

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Голова Правління

ПАТ «Страхова компанія «Місто»



/О.О.Поплавський/

«20» листопада 2012 року

1. ТЕРМІНИЛОЖИ	
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	
4. СТРАХОВИЙ РИЗИК, СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ	
6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЛЛЯГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	8
7. ДОРОДОК ВИСНАВЛЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА ВИПЛАТ	10
8. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК, СТРАХОВИЙ ТАРИФ ТА ОБ'ЄМ ПЛАТІВ	10
9. ДОРОДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	12
10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРИН	13
11. ДО СТРАХУВАННЯ ТА У РАХ НАС ТАРИФ СТРАХОВОГО ОДИНЦЮ	14
12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЯКІ ПИ	15
ПРАВИЛА	
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ	
13. СТРОК ПОВИНАТЯ РИЗИКА ПР	17
14. ПРАВИЛА ВИПЛАТ	18
15. ТАРИФИ ПЕРИОДИЧНИХ ДОГОВОРІВ	18
16. ПОРЯДОК ВИПЛАТ	19
17. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХУВАННЯ	19
18. СУОБЛЮЖЕННЯ	20
19. ДОДАТОК 1. КАРТОН СТРАХОВОГО ТАРИФА	21
20. ДОДАТОК 2. ПЕРЕЛІК АБО РІВНОВАЖНИХ ОПЕРАЦІЙ	23
21. ДОДАТОК 3. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ	26

м. Вінниця - 2012р.

ЗМІСТ:

1. ТЕРМІНОЛОГІЯ.....	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	5
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	6
4. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВІ ВИПАДКИ.	6
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	7
6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	9
7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ І ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ.....	10
8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	12
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.....	13
10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	14
11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	15
12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.....	17
13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	17
14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	18
15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	18
16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.....	19
17. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН.....	19
18. ОСОБЛИВІ УМОВИ.....	19
ДОДАТОК 1. БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ.....	21
ДОДАТОК 2. ПЕРЕЛІК ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ	23
ДОДАТОК 3. ПЕРЕЛІК КРИТИЧНИХ ХВОРОБ	26

1. ТЕРМІНОЛОГІЯ.

1.1. В цих Правилах добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, надалі – Правила, вживаються наступні терміни:

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

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, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

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

Інвалідність, стійка непрацездатність – соціальна недостатність (дезадаптація) внаслідок обмеження життєдіяльності людини, яка викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, зокрема, в результаті хвороби, що призводять до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі і захисті.

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

Критична хвороба - смертельно небезпечна хвороба (критичний стан), що становить пряму загрозу життю Застрахованої особи. Перелік критичних хвороб наведений у Додатку 3 до цих Правил.

МСЕК – Медико-соціальна експертна комісія.

Непрацездатність – це стан здоров'я (функцій організму) Застрахованої особи, обумовлений хворобою, який унеможлиблює виконання роботи визначеного обсягу, професії без шкоди для її здоров'я.

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

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

Залежно від умов Договору страхування, особливостей хвороби, на випадок якої здійснюється страхування, період очікування (каренції) може встановлюватись тривалістю до 9-ти місяців. Особливості встановлення періоду очікування (каренції) визначаються цими Правилами та Договором страхування.

Постійна втрата працездатності – це повна чи часткова втрата здатності до загальної чи професійної праці.

Правила - Правила добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби ПАТ „Страхова компанія „Місто”.

Працездатність – це здатність до праці, що залежить від стану здоров'я, фізичного, духовного розвитку (розумових та емоційних можливостей), а також професійних знань, уміння і досвіду працівника, що дає йому змогу виконувати роботу визначеного обсягу, характеру та якості.

Професійна хвороба – хвороба, що є прямим наслідком професійної діяльності Застрахованої особи та зумовлена виключно або переважно впливом шкідливих речовин, виконання певних видів робіт та інших чинників, пов'язаних з професійною діяльністю.

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

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

Стаціонар – державний або приватний лікувальний заклад, що має ліцензію на надання стаціонарної медичної допомоги населенню, або відділення стаціонару лікувально-профілактичного закладу, розташований на території України.

Хірургічна операція, хірургічне втручання, оперативне втручання (від лат. operatio - робота, дія) — комплекс дій над тканинами або органами людини, що проводиться лікарем-хірургом з лікувальною метою, а також для діагностики, корекції функцій організму, що виконується за допомогою різних способів роз'єднання та сполучення тканин, у тому числі з використанням температурного впливу (кріохірургії, термокоагуляції та ін.), електричного струму (напр., електрокоагуляції), радіочастотного впливу, енергії лазерного випромінювання, ультразвуку.

Сторони - Страховик та Страхувальник за Договором страхування.

Страховик – Відкрите акціонерне товариство "Страхова компанія "Місто".

Страхувальник - дієздатна фізична або юридична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

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

Страховий акт – документ, що складається Страховиком при настанні страхового випадку і який разом із заявою Страхувальника про здійснення страхової виплати є підставою для здійснення цієї виплати. Страховий акт складається на підставі документів про причини, обставини страхового випадку і розмір збитку.

Страховий випадок - подія, передбачена Договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій третій особі.

Страховий платіж (Страховий внесок, Страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

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

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

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

Тимчасова непрацездатність - неспроможність особи виконувати свої трудові обов'язки внаслідок короткотривалих обставин об'єктивного характеру, зокрема, спричинених хворобою.

Тимчасова непрацездатність має тимчасовий зворотний характер під впливом лікування та реабілітаційних заходів, триває до відновлення працездатності або встановлення групи інвалідності. Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи засвідчується листом тимчасової непрацездатності або довідкою встановленого зразка, передбаченими «Інструкцією про порядок видачі документів, які засвідчують тимчасову непрацездатність громадян», затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.11.2001р. №455, зареєстрованою в Міністерстві юстиції України 4 грудня 2001 р. за N 1005/6196.

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

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. На підставі Закону України "Про страхування" і цих Правил ПАТ «Страхова компанія «Місто» (далі – Страховик) укладає договори добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (далі – Договір страхування).

2.2. Страхувальниками згідно з цими Правилами можуть бути юридичні особи та дієздатні фізичні особи.

2.3. Страхувальники - юридичні особи можуть укладати Договори страхування лише про страхування фізичних осіб, зазначених у Договорі страхування як Застраховані особи.

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

2.5. Якщо Страхувальник - фізична особа уклав Договір страхування щодо себе, то він одночасно є Застрахованою особою.

2.6. 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.

2.7. 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, зазначених у Договорі страхування.

2.8. Відповідно до цих Правил не можуть бути застрахованими:

2.8.1. інваліди I - ої групи;

2.8.2. особи, які знаходяться на обліку в наркологічному, психоневрологічному, онкологічному, туберкульозному, шкір-венерологічному диспансерах; хворі на злоякісні новоутворення, у тому числі на онкогематологічні захворювання; ВІЛ-інфіковані; особи, які страждають серцевою недостатністю третьої стадії, цирозом печінки, термінальною нирковою недостатністю, гепатитом С;

2.8.3. особи, у яких в анамнезі були гострі порушення мозкового кровообігу (інсульт), інфаркт міокарда, гострий енцефаліт;

2.8.4. госпіталізовані на момент укладання Договору страхування;

2.8.5. особи віком понад 80 років;

2.8.6. фізичні особи, визнані судом недієздатними у порядку, визначеному статтею 39 Цивільного Кодексу України.

У випадку, якщо така особа буде зазначена в Договорі страхування як Застрахована особа, події, що відбулися з нею, страховими випадками визнаватись не будуть незалежно від причин, з яких така особа зазначена у Договорі страхування. При цьому Договір страхування вважається припиненим з дати, коли такі обставини стали відомі Страховикові, за згодою сторін, а страхова премія, сплачена за Договором, підлягає поверненню.

2.9. 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.

2.10. Якщо Вигодонабувач не був призначений або помер, то страхова виплата у випадку смерті Застрахованої особи в результаті хвороби виплачується спадкоємцеві (спадкоємцям) Застрахованої особи.

2.11. Ці Правила регулюють загальні умови добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби і порядок укладання Договору страхування. Конкретні умови добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби 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. Згідно із цими Правилами страховими ризиками є:

4.1.1. смерть Застрахованої особи в результаті хвороби,

4.1.2. стійка втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби:

- встановлення інвалідності 1-ої групи;

- встановлення інвалідності 2-ої групи;

- встановлення інвалідності 3-ої групи;

4.1.3. тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби;

4.1.4. тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби у зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування та/або проведення хірургічного втручання.

4.1.5. втрата працездатності (стійка чи тимчасова) Застрахованої особи в результаті критичних хвороб, передбачених Переліком критичних хвороб (Додаток 3 до цих Правил).

4.2. Під хворобою в цих Правилах слід розуміти будь-яке ураження органів або тканин Застрахованої особи внаслідок дії патогенних (фізичних, механічних, хімічних, біологічних, соціальних та ін., крім нещасного випадку) факторів, яке було вперше діагностовано протягом строку дії Договору страхування і яке призвело до смерті, стійкої або тимчасової втрати працездатності Застрахованої особи.

Датою настання хвороби вважається дата встановлення медичним спеціалістом відповідної кваліфікації заключного діагнозу, що ґрунтується на результатах проведеного медичного обстеження Застрахованої особи та її лікування.

4.3. За згодою Страховика та Страхувальника у Договорі страхування поняття хвороби може бути конкретизовано у змісті за перебігом, умовами лікування, ступенем ураження систем та органів організму тощо, зокрема: первинні гострі хвороби, загострення або ускладнення хронічної хвороби, хірургічні хвороби, хвороби, що потребують лікування в умовах стаціонару, критичні хвороби, професійні хвороби та ін.

4.4. Згідно з цими Правилами Договір страхування може бути укладено на випадок настання смерті, стійкої або тимчасової втрати працездатності Застрахованої особи в результаті певної хвороби (нозологічної одиниці), певної групи (класу) хвороб (нозологічних одиниць) або будь-якої хвороби згідно з умовами Договору страхування. Конкретна хвороба або перелік хвороб, на випадок настання яких здійснюється страхування, зазначається у Договорі страхування.

4.5. Договором страхування може бути передбачено страхування ризику стійкої втрати працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби (п. 4.1.2) тільки на випадок встановлення інвалідності 1-ої групи або на випадок настання 1-ої і 2-ої групи інвалідності.

4.6. Договором страхування може бути передбачено страхування ризику втрати працездатності (стійкої чи тимчасової) Застрахованої особи в результаті критичних хвороб (п. 4.1.5) за скороченим переліком критичних хвороб, який зазначається у Договорі страхування.

4.7. Договір страхування може бути укладений як на випадок настання всіх страхових ризиків, зазначених у п. 4.1 цих Правил, так і на випадок настання декількох окремих з них.

При цьому ризики, зазначені у пп. 4.1.2, 4.1.3, 4.1.4 цих Правил, окремо на страхування не приймаються.

4.8. Страхувими випадками згідно з цими Правилами визнаються наслідки хвороби, вперше діагностованої протягом строку дії Договору страхування (за винятком подій, зазначених у розділі 5 цих Правил), підтвержені документами, виданими компетентними установами (медичними закладами та ін.) у встановленому законодавством порядку, а саме:

4.8.1. Смерть Застрахованої особи в результаті хвороби.

4.8.2. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби:

- встановлення інвалідності 1-ої групи;

- встановлення інвалідності 2-ої групи;

- встановлення інвалідності 3-ої групи.

4.8.3. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби.

4.8.4. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби у зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування та/або проведення хірургічного втручання.

4.8.5. Втрата працездатності (стійка чи тимчасова) Застрахованої особи в результаті критичних хвороб, передбачених Переліком критичних хвороб (Додаток 3 до цих Правил).

4.9. Події, зазначені в п. 4.8.1 та п. 4.8.2 цих Правил, визнаються страховими випадками, якщо такі події наступили протягом одного року з дати настання хвороби, вперше діагностованої у Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування (якщо інше не встановлено Договором страхування), та якщо такі події є прямими наслідками зазначеної хвороби.

4.10. Події, зазначені в п. 4.8.3 та п. 4.8.4 цих Правил, визнаються страховими випадками, якщо такі події відбулись протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати настання хвороби, вперше діагностованої протягом строку дії Договору страхування (якщо інше не встановлено Договором страхування), незалежно від того, чи закінчився строк дії Договору страхування на момент настання страхового випадку чи ні, та якщо такі події є прямими наслідками зазначеної хвороби.

4.11. По страховим випадкам, зазначеним в пп. 4.8.3, 4.8.4 цих Правил, Договором страхування може бути обумовлений період очікування, за який страхова виплата Страховиком не здійснюється. Тривалість періоду очікування зазначається у Договорі страхування.

4.12. Події, передбачені пунктом 4.8.5 цих Правил, визнаються страховими випадками, якщо критична хвороба вперше була діагностована у Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування, але не раніше закінчення періоду очікування, встановленого Договором страхування. Мінімальна тривалість періоду очікування по страховому випадку, передбаченому у п. 4.8.5 цих Правил, складає 30 (тридцять) календарних днів з дати початку строку дії Договору страхування.

4.13. Договором страхування, укладеним на випадок настання події, передбаченої п. 4.8.3 цих Правил, може бути передбачено страхування за скороченим переліком хірургічних операцій або за окремими видами хірургічних операцій в результаті хвороби. Конкретний перелік хірургічних операцій, на випадок настання яких здійснюється страхування, зазначається у Договорі страхування.

4.14. Конкретний перелік страхових випадків узгоджується Страхувальником і Страховиком при укладенні Договору страхування і зазначається у Договорі страхування.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страхувими випадками не визнаються наслідки хвороб, що зазначені у п. 4.8 цих Правил, якщо вони є результатом:

5.1.1. керування Страхувальником (Застрахованою особою) будь-яким транспортним засобом без права на керування або у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, або передачі Страхувальником (Застрахованою особою) керування особі, яка

перебувала в стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, або особі, яка мала права керувати даним транспортним засобом;

5.1.2. добровільного вживання Страхувальником (Застрахованою особою) алкоголю, будь-яких замінників алкоголю, наркотичних, психотропних, токсичних речовин і/або лікарських засобів без призначення лікаря відповідної кваліфікації (за винятком випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Застрахованої особи третіми особами);

5.1.3. самогубства або спроб самогубства Застрахованої особи, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до самогубства протиправними діями третіх осіб;

5.1.4. причин, прямо чи побічно пов'язаних з психічними захворюваннями Застрахованої особи, паралічу, епілептичних припадків, інших конвульсій тіла, якщо такі паралічі, епілептичні припадки або конвульсії тіла не є наслідками хвороби, на випадок настання якої здійснюється страхування згідно з Договором страхування;

5.1.5. професійних або регулярних занять видами спорту, пов'язаних з підвищеним травматизмом, таких, як автотранспорт, альпінізм, баскетбол, волейбол, бокс, боротьба, бойові види спорту, велосипедний спорт, гірський туризм, гірськолижний спорт, гандбол, гімнастика, дельтапланеризм, легка атлетика, ковзанярський спорт, кінний спорт, рафтинг, стрибки у воду, вітрильний спорт, стрибки з парашутом, підводне плавання та пірнання, самбо, дзюдо, сучасне п'ятиборство, лижний спорт, біатлон, тріатлон, важка атлетика, силове триборство, повітряні види спорту, фехтування, стрільба, фігурне катання, футбол, хокей, спелеологія, скелелазіння, перегони будь-якого виду (крім бігу) та інші, якщо інше не обумовлено Договором страхування;

5.1.6. перебування Застрахованої особи в місцях позбавлення волі у період відбування покарання або знаходження під слідством.

5.2. Страхувальними випадками не визнаються:

5.2.1. наслідки хвороби, на яку Застрахована особа захворіла поза строком та місцем дії Договору страхування або протягом періоду очікування, встановленого Договором страхування;

5.2.2. будь-які наслідки алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння чи отруєння Застрахованої особи;

5.2.3. будь-які наслідки захворювання Застрахованої особи на СНІД або ВІЛ-інфекцію;

5.2.4. будь-які наслідки венеричних хвороб, інфекційних хвороб, що передаються статевим чи переважно статевим шляхом незалежно від шляху їх передачі та часу існування;

5.2.5. наслідки вроджених вад, аномалій розвитку, спадкових хвороб;

5.2.6. наслідки хронічних хвороб в стадії ремісії (крім випадків загострення хронічних хвороб, передбачених Договором страхування);

5.2.7. симптоми, ознаки і неточно визначені стани здоров'я Застрахованої особи;

5.3.6. проведення косметичних та пластичних операцій та їх наслідки;

5.3.7. будь-які наслідки хвороб, про які Страхувальник (Застрахована особа) була обізнаний (на) та з приводу яких Застрахована особа зверталась за медичною допомогою або перебувала на диспансерному обліку в лікувально-профілактичному закладі до дати початку строку дії Договору страхування.

5.3. Не визнаються страховими випадками події, зазначені у п. 4.8 цих Правил, що відбулись в результаті:

5.3.1. війни, інтервенції, військових конфліктів та сутичок, військових маневрів, інших військових заходів (незалежно від факту оголошення війни), якщо інше не передбачено Договором страхування;

5.3.2. громадянської війни, участі Застрахованої особи в народних хвилюваннях, локаутах, страйках, бунтах, революціях, інших порушеннях громадського порядку, військових переворотів або в іншому незаконному захваті влади, а також в будь-яких інших подібних заходах, пов'язаних із застосуванням та зберіганням зброї, боєприпасів, у ролі заколотника, організатора або ініціатора, або якщо Застрахована особа виступала на стороні заколотників, організаторів або ініціаторів народних хвилювань, безладдя та страйків;

5.3.3. будь-якого розладу здоров'я внаслідок дії радіаційного випромінювання або в результаті використання ядерної енергії, радіаційного, хімічного чи бактеріологічного забруднення;

5.3.4. служби Застрахованої особи в будь-яких військових силах та формуваннях будь-якої держави або участі у військових маневрах, навчаннях, випробовуваннях військової техніки чи інших подібних операціях у ролі військовослужбовця або цивільного службовця;

5.3.5. служби Застрахованої особи в правоохоронних органах, пожежній охороні, охороні комерційних структур, якщо інше не обумовлено Договором страхування;

5.3.6. офіційно визнаних випадків епідемій, природних лих (катастроф).

5.4. Не визнаються страховими випадками події, передбачені пунктом 4.8.5 цих Правил, якщо такі події:

5.4.1. пов'язані з вагітністю, пологами, штучним перериванням вагітності; з операціями по зміні статі, по стерилізації або лікуванню безпліддя;

5.4.2. пов'язані з видаленням матеріалу, занесеного під час минулих хірургічних втручань;

5.4.4. спричинили хірургічне втручання:

а) що було здійснено за відсутності медичних показань та/або хірургом без відповідної кваліфікації;

б) що мало діагностичний, профілактичний та/або експериментальний характер.

5.5. Якщо на момент настання хвороби Застрахована особа знаходилась у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння (незалежно від ступеню сп'яніння) або знаходилась під дією психотропних речовин, події, що зазначені у п. 4.8 цих Правил, страховими випадками не визнаються.

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

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

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

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, передбачені розділом 15 цих Правил, не призвели до дострокового припинення дії Договору страхування.

6.4. Страховий захист згідно з Договором страхування може діяти:

6.4.1. 24 години на добу;

6.4.2. під час виконання Застрахованою особою своїх службових обов'язків, за виключенням час шляху до місця виконання службових обов'язків роботи та час шляху у зворотному напрямку.

Часом виконання службових обов'язків вважається час виконання Застрахованою особою обов'язків за трудовим договором як на території Страхувальника, так і поза зазначеною територією в інтересах Страхувальника;

6.4.3. під час виконання Застрахованою особою своїх службових обов'язків, включаючи час прямування Застрахованої особи до місця виконання своїх службових обов'язків та час на дорогу у зворотному напрямку;

6.4.4. під час навчання в учбовому закладі;

6.4.5. під час занять спортом;

6.4.6. в інший час, обумовлений Договором страхування за згодою сторін.

6.5. Для окремих страхових випадків або певної хвороби (нозологічної одиниці) чи певної групи (класу) хвороб (нозологічних одиниць) у Договорі страхування може бути встановлений період очікування (каренція). Тривалість періоду очікування (каренції) обумовлюється Договором страхування.

Протягом періоду очікування (каренції) при зверненні Страхувальника (Застрахованої особи) до Страховика з приводу наслідків відповідної хвороби страхова виплата не здійснюється.

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

7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ І ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ

7.1. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору страхування або внесення змін до Договору страхування, або у випадках, передбачених чинним законодавством.

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

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

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

7.4.1. При настанні страхового випадку, передбаченого п. 4.8.1 цих Правил («Смерть Застрахованої особи в результаті хвороби») страхова виплата здійснюється у розмірі 100% страхової суми, встановленої по даному страховому випадку.

7.4.2. При настанні страхового випадку, передбаченого п. 4.8.2 цих Правил («Стійка втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби: встановлення інвалідності 1-ої, 2-ої, 3-ої групи»), страхова виплата здійснюється у наступних розмірах:

а) при встановленні 1-ої групи інвалідності – до 100% страхової суми, встановленої по даному страховому випадку;

б) при встановленні 2-ої групи інвалідності – до 80% страхової суми, встановленої по даному страховому випадку;

в) при встановленні 3-ої групи інвалідності – до 60% страхової суми, встановленої по даному страховому випадку.

7.4.2.1. Конкретні розміри страхових виплат залежно від ступеню стійкої втрати працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби зазначаються у Договорі страхування. У будь-якому випадку розмір таких виплат не може бути меншим за 50% страхової суми, встановленої по страховому випадку стійкої втрати працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби (п. 4.8.2 Правил).

7.4.2.2. При встановленні протягом одного року з моменту настання хвороби більшого ступеню інвалідності Застрахованої особи страхова виплата здійснюється з урахуванням раніше виплачених страхових сум по встановленню ступеню стійкої втрати працездатності у зв'язку з однією і тією ж хворобою.

7.4.2.3. У будь-якому випадку розмір страхових виплат за всіма страховими випадками, що відбулись по ризику стійкої втрати працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби (п. 4.8.2 цих Правил) протягом строку дії Договору страхування, не може перевищувати страхову суму, не може перевищувати страхову суму, встановлену Договором страхування по даному страховому випадку.

7.4.3. При настанні страхового випадку, передбаченого п. 4.8.3 цих Правил («Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби»), страхова виплата здійснюється за кожен день тимчасової непрацездатності у розмірі 0,2% страхової

суми, встановленої по даному страховому випадку, якщо інше не обумовлено Договором страхування, але не більше страхової суми.

7.4.3.1. Договором страхування може бути обмежена кількість днів тимчасової непрацездатності Застрахованої особи в результаті хвороби протягом строку дії Договору страхування, за які Страховик здійснює страхові виплати.

7.4.3.2. По ризику тимчасової втрати працездатності в результаті хвороби (п. 4.8.3 цих Правил) Договором страхування може бути обумовлений період очікування, під час якого звернення з приводу наслідків хвороб, передбачених Договором страхування, не розглядаються та страхова виплата у зв'язку із наслідками хвороби Страховиком не здійснюється. Тривалість періоду очікування зазначається у Договорі страхування.

7.4.3.3. Розмір страхових виплат за всіма страховими випадками, що відбулись протягом строку дії Договору страхування по страховому випадку тимчасової втрати працездатності в результаті хвороби, не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування по даному страховому випадку.

7.4.4. При настанні страхового випадку, передбаченого п. 4.8.4 цих Правил («Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби у зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування та/або проведення хірургічного втручання») розміри страхових виплат визначаються наступним чином:

7.4.4.1. У зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування в результаті хвороби страхова виплата здійснюється у розмірі 1,0% страхової суми, встановленої Договором страхування по страховому випадку, зазначеному в п. 4.8.4 цих Правил, за кожний день стаціонарного лікування, у тому числі за кожен день перебування Застрахованої особи в реанімації, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

7.4.4.2. При настанні страхового випадку, зазначеного в п. 4.8.4 цих Правил, Договором страхування може бути встановлений наступний розмір страхових виплат:

а) у розмірі 2,0% страхової суми по зазначеному страховому випадку за кожний день перебування Застрахованої особи в реанімації;

б) у розмірі 1,0% страхової суми по зазначеному страховому випадку за кожний день стаціонарного лікування Застрахованої особи, за виключенням днів перебування в реанімації.

7.4.4.3. Договором страхування може бути обмежена загальна кількість днів стаціонарного лікування Застрахованої особи в результаті хвороби протягом строку дії Договору страхування, за які Страховиком здійснюється страхова виплата.

7.4.4.4. Договором страхування може бути встановлений ліміт (обмеження) страхової суми, встановленої по страховому випадку, передбаченому п.4.8.4 Правил, по стаціонарному лікуванню Застрахованої особи в результаті хвороби.

7.4.4.5. Договором страхування може бути встановлений період очікування 0 до 7-ми днів перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні, за які страхова виплата не здійснюється. Тривалість періоду очікування зазначається у Договорі страхування.

7.4.4.6. У зв'язку з необхідністю хірургічного втручання в результаті хвороби страхова виплата залежно від умов Договору страхування здійснюється одноразово у розмірі відсотка страхової суми, встановленої по страховому випадку, зазначеному в п. 4.8.4 цих Правил, за відповідну хірургічну операцію, передбачену «Переліком хірургічних операцій» (Додаток 2 до цих Правил) або умовами Договору страхування.

7.4.4.7. У разі необхідності проведення двох або більше хірургічних операцій під час одного хірургічного втручання страхова виплата здійснюється у розмірі найбільшого відсотка страхової суми, що підлягає виплаті за найбільш важку хірургічну операцію. відповідно до «Переліку хірургічних операцій» (Додаток 2 до цих Правил).

7.4.4.8. Якщо хірургічне втручання, здійснене в результаті хвороби, не зазначене в «Переліку хірургічних операцій» (Додаток 2 до цих Правил) або в Договорі страхування, страхова виплата здійснюється відповідно до п. 7.4.4.1 цих Правил.

7.4.4.9. Розмір страхових виплат за всіма страховими випадками, що відбулись протягом строку дії Договору страхування по ризику тимчасової втрати працездатності в результаті хвороби у зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування та/або проведення

хірургічного втручання, не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування по даному страховому випадку.

7.4.5. При настанні страхового випадку, зазначеного в п. 4.8.5 цих Правил, страхова виплата здійснюється Страховиком у розмірі 100% страхової суми, встановленої Договором страхування по даному страховому випадку. Страхова виплата здійснюється у випадку втрати працездатності (тимчасової або стійкої) в результаті першої критичної хвороби, що наступила вперше протягом строку дії Договору страхування та що передбачена умовами Договору страхування.

7.5. Якщо за Договором страхування раніше здійснювались страхові виплати і в Договорі страхування встановлена єдина страхова сума за всіма страховими випадками, зазначеними у Договорі страхування, то страхова виплата здійснюється Страховиком за вирахуванням раніше здійснених страхових виплат.

7.6. Страхові тарифи обчислюються Страховиком шляхом актуарних розрахунків.

Базові страхові тарифи по страхуванню здоров'я на випадок хвороби зазначені у Додатку 1 до цих Правил.

7.7. Конкретний розмір страхового тарифу за Договором страхування обчислюється на підставі базових страхових тарифів з урахуванням чинників, що впливають на ступінь страхового ризику (віку, статі Застрахованої особи, професії, виду спорту і т. ін.), строку дії Договору страхування, виду страхового покриття, результатів анкетування, медичного обстеження шляхом множення базового страхового тарифу на понижуючі або підвищуючі коефіцієнти. Обчислений таким чином при укладенні Договору страхування страховий тариф зазначається у Договорі страхування.

7.8. Страховий платіж обчислюється шляхом множення страхової суми, встановленої у Договорі страхування, на ставку страхового тарифу, визначеного згідно з пунктом 7.7 цих Правил, та зазначається у Договорі страхування.

7.9. При одночасному колективному страхуванні страховий тариф і страховий платіж розраховуються окремо на кожну Застраховану особу та зазначаються у Договорі страхування.

7.10. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово при укладенні Договору страхування, якщо інше не обумовлено Договором страхування. Строк сплати страхового платежу зазначається у Договорі страхування.

7.11. Договором страхування може бути передбачена сплата Страхувальником страхового платежу декількома частинами. При цьому строки сплати першої і кожної наступної частини страхового платежу зазначаються у Договорі страхування.

7.12. Страховий платіж сплачується Страхувальником відповідно до 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 - іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

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

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. При укладенні Договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника документи, необхідні для оцінки Страховиком страхового ризику, зокрема, інформацію та/або документи медичних закладів, інших компетентних установ.

Страховальник, підписуючи Договір страхування, дає свою згоду на одержання Страховиком відомостей про стан свого здоров'я.

8.3. У разі необхідності при укладанні Договору страхування Страховик може здійснювати додаткове анкетування та/або призначити додаткове медичне обстеження особи (осіб), про страхування якої (яких) укладається Договір страхування. При цьому Страховик може обґрунтовано вимагати від Страховальника або особи, про страхування якої укладається Договір, будь-якої додаткової інформації про стан її здоров'я.

У разі відмови Страховальника або особи, про страхування якої укладається Договір, відповісти на запитання анкети або пройти медичне обстеження на вимогу Страховика Страховик може відмовити Страховальнику або такій особі в укладенні Договору страхування.

8.4. Договір страхування може бути укладений про страхування однієї особи або про одночасне страхування декількох осіб.

Якщо Страховальник укладає Договір про одночасне страхування декількох осіб, разом із письмовою Заявою Страховальник надає Страховикові список таких осіб із зазначенням їх прізвищ, імен, дат народження, адрес проживання за підписом уповноваженої особи та оригінальною печаткою Страховальника.

8.5. При укладенні Договору страхування на користь інших фізичних осіб Страховальник надає Страховику документальне підтвердження згоди таких осіб на страхування.

Якщо Договір страхування укладається про страхування недієздатних або частково дієздатних осіб, Страховикові надається письмова згода батьків, опікунів або піклувальників таких осіб.

8.6. Договір страхування укладається у письмовій формі.

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

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страховик зобов'язаний:

9.1.1. ознайомити Страховальника з умовами страхування та цими Правилами;

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

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

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

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

9.1.6. не розголошувати відомостей про Страховальника 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 укладенні Договору страхування вимагати від Страховальника інформацію, що необхідна для оцінки ступеню страхового ризику;

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

9.2.3. самостійно з'ясувати причини і обставини страхового випадку; з цією метою направляти запити у медичні заклади, компетентні установи (включаючи судові інстанції) з метою отримання відповідних висновків та/або документів, призначати незалежну експертизу страхового випадку, вимагати від Застрахованої особи пройти медичний огляд у призначених Страховиком медичних установах;

9.2.4. відмовити у здійсненні страхової виплати відповідно до умов цих Правил;

9.2.5. на внесення змін в умови Договору страхування відповідно до умов цих Правил;

9.2.6. на дострокове припинення дії Договору страхування відповідно до умов цих Правил;

9.2.7. брати участь у якості третьої особи при розгляді будь-якої справи, пов'язаної зі страховим випадком, у суді.

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 страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику (зокрема, зміну професії Застрахованої особи, місця роботи, про заняття спортом, при колективному страхуванні - про зміну умов праці, що впливають на захворюваність працівників, і т. ін.);

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

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

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

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 відповідно до умов Договору страхування;

9.4.4. на внесення змін в умови Договору страхування відповідно до умов цих Правил;

9.4.5. на дострокове припинення Договору страхування відповідно до умов цих Правил;

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

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

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страхувальника.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. При настанні страхового випадку Страхувальник зобов'язаний:

10.1.1. звернутися за допомогою до медичного закладу та дотримуватись рекомендацій лікарів;

10.1.2. не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з моменту, коли Страхувальнику про це стало відомо (якщо інше не встановлено Договором страхування) повідомити Страховика за телефонами або за адресою, зазначеними у Договорі страхування (страховому полісі, сертифікаті, свідоцтві), про настання страхового випадку;

10.1.3. надати Страховику всі необхідні документи у строки, передбачені Договором страхування;

10.1.4. на вимогу Страховика надати представнику Страховика можливість проведення додаткового медичного огляду Застрахованої особи.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

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

а) письмова заява встановленого Страховиком зразка з вимогою про здійснення страхової виплати (заява про страхову виплату);

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

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

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

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

- для фізичної особи: паспорт, свідоцтво про народження, довідка про присвоєння ідентифікаційного коду 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 Страхувальника (Застрахованої особи) - доручення, видане Страхувальником (Застрахованою особою) довіреній 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);

11.1.1. за страховим випадком, зазначеним у п. 4.8.1 цих Правил («Смерть Застрахованої особи в результаті хвороби»):

а) свідоцтво про смерть Застрахованої особи, видане органом РАЦС або іншим уповноваженим на те державним органом, або його нотаріально засвідчена копія;

б) офіційний медичний висновок про смерть (або посмертний епікриз), виданий медичною установою, де була зареєстрована смерть, або інший документ, що встановлює причину і обставини смерті, виданий медичною установою, органом РАЦС (довідка про смерть) або іншим уповноваженим державним органом;

в) витяг з протоколу патологоанатомічного розтину (якщо патологоанатомічний розтин не проводився – копія заяви родичів про відмову від розтину та копія довідки патологоанатомічного відділення, на підставі якої видається свідоцтво про смерть) або судово-медичного дослідження із зазначенням діагнозу та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові Застрахованої особи;

г) виписка з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого медичного закладу, в якому проводилось лікування Застрахованої особи,

д) документи компетентних установ про розслідування причин смерті Застрахованої особи (при потребі);

е) виписка з медичної карти амбулаторного хворого з інформацією про наявність у Застрахованої особи травм чи хвороб до моменту укладання Договору страхування;

є) нотаріально завірена копія свідоцтва про спадщину спадкоємця (якщо в Договорі страхування не зазначений Вигодонабувач);

11.1.2. за страховим випадком, зазначеним у п. 4.8.2 цих Правил («Стійка втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби: встановлення інвалідності 1-ої, 2-ої, 3-ої групи»):

а) висновок МСЕК про встановлення Застрахованій особі групи інвалідності в результаті хвороби;

б) виписка з амбулаторної чи стаціонарної карти хворого лікувального закладу (виписний епікриз), що направив Застраховану особу на МСЕК;

в) копія листа тимчасової непрацездатності чи відповідної довідки лікувального закладу, в якому проводилось лікування, обстеження Застрахованої особи з приводу хвороби;

г) виписка з медичної карти амбулаторного хворого з інформацією про наявність у Застрахованої особи травм чи хвороб до моменту укладання Договору страхування;

11.1.3. за страховим випадком, зазначеним у п. 4.8.3 цих Правил («Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби»):

а) копія листа тимчасової непрацездатності чи відповідної довідки лікувального закладу, в якому проводилось лікування, обстеження Застрахованої особи з приводу хвороби;

б) виписка з амбулаторної або стаціонарної карти хворого лікувального закладу (виписний епікриз);

в) виписка з медичної карти амбулаторного хворого з інформацією про наявність у Застрахованої особи травм чи хвороб до моменту укладання Договору страхування;

11.1.4. за страховим випадком, зазначеним у п. 4.8.4 цих Правил («Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби у зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування та/або проведення хірургічного втручання»):

а) копія листа непрацездатності чи відповідної довідки лікувального закладу, в якому проводилось лікування, обстеження Застрахованої особи з приводу хвороби;

б) виписка з історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого) лікувального закладу (виписний епікриз) з інформацією про діагноз, строки лікування Застрахованої особи у стаціонарі та/або проведення хірургічної операції з приводу хвороби;

в) виписка з медичної карти амбулаторного хворого з інформацією про наявність у Застрахованої особи травм чи хвороб до моменту укладання Договору страхування;

11.1.5. за страховим випадком, зазначеним у п. 4.8.5 цих Правил («Втрата працездатності (стійка чи тимчасова) Застрахованої особи в результаті критичних хвороб, передбачених Переліком критичних хвороб, Додаток 3 до цих Правил»):

а) копія листа тимчасової непрацездатності чи відповідної довідки лікувального закладу, в якому проводилось лікування, обстеження Застрахованої особи з приводу критичної хвороби (при встановленні тимчасової втрати працездатності в результаті критичної хвороби);

б) висновок МСЕК про встановлення Застрахованій особі групи інвалідності в результаті хвороби; виписка з амбулаторної чи стаціонарної карти хворого лікувального закладу (виписний епікриз), що направив Застраховану особу на МСЕК (при встановленні стійкої втрати працездатності в результаті критичної хвороби);

в) виписка з амбулаторної або стаціонарної карти хворого лікувального закладу (виписний епікриз);

г) виписка з медичної карти амбулаторного хворого з інформацією про наявність у Застрахованої особи травм чи хвороб до моменту укладання Договору 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 їхня відсутність унеможлиблює встановлення факту, причин і обставин настання страхового випадку.

11.3. Конкретний перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку, 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.

11.5. Протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту здійснення повідомлення про настання страхового випадку Страхувальником (Застрахованою особою) або Вигодонабувачем відповідно до п. 10.1 цих Правил, якщо інше не передбачено Договором страхування, Страховик зобов'язаний витребувати у Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача один або декілька документів з переліку, наведеного у пп. 11.1 цих Правил, а Страхувальник (Застрахована особа) або Вигодонабувач для одержання страхової виплати повинні їх надати Страховикові.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюється Страховиком відповідно до умов Договору страхування на підставі письмової заяви одержувача страхової виплати (Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача, спадкоємця Застрахованої особи у випадку її смерті) та страхового акту, що складається Страховиком на підставі документів, що підтверджують настання страхового випадку (згідно з розділом 11 цих Правил).

Договором страхування може бути встановлений строк, протягом якого Страховику повинна надійти від Страхувальника, Застрахованої особи, її спадкоємця або Вигодонабувача письмова заява про страхову виплату та документи, що підтверджують настання страхового випадку.

12.2. Страхова виплата може здійснюватись представнику Застрахованої особи за дорученням, оформленим відповідно до порядку, встановленого законом.

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

12.4. Страхова виплата здійснюється Страховиком її одержувачу протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дати прийняття відповідного рішення шляхом, зазначеним одержувачем у заяві про страхову виплату, - безготівковим переказом на банківський рахунок, поштовим переказом на поштову адресу, готівкою через касу Страховика та ін.

12.5. Страхова виплата здійснюється Страховиком у 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 ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

13.1. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхових виплат приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дня одержання всіх необхідних

документів, що підтверджують факт настання страхового випадку (перелік таких документів наведено у розділі 11 цих Правил).

13.2. Якщо правоохоронними органами відкрита кримінальна справа проти Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача (спадкоємця) і ведеться розслідування, Страховик має право подовжити 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 відповідного 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 Страховикові 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 (тридцять) календарних 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, розмір якої зазначається у Договорі страхування.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

18.1. Протягом строку дії Договору страхування його умови можуть бути змінені та/або доповнені окремими положеннями 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 наступили 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.

Додаток № 1
до Правил добровільного
страхування здоров'я на випадок хвороби
від «20» листопада 2012 року

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. У Таблиці №1 наведені базові річні страхові тарифи по добровільному страхуванню здоров'я на випадок хвороби.

Базові річні страхові тарифи по добровільному страхуванню здоров'я на випадок хвороби

Таблиця №1

Страхові випадки:	Базовий річний страховий тариф, %
1. Смерть Застрахованої особи в результаті хвороби (п. 4.8.1 Правил)	1,0
2. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби: встановлення інвалідності 1-ої, 2-ої, 3-ої групи (п. 4.8.2 Правил)	1,0
3. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби (п. 4.8.3 Правил)*	3,3
4. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку у зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування та/або проведення хірургічного втручання (п. 4.8.4 Правил)	1,54
5. Втрата працездатності (стійка чи тимчасова) Застрахованої особи в результаті критичних хвороб, передбачених Переліком критичних хвороб (Додаток 3 до цих Правил)**	2,92

***Примітка.** Базовий річний страховий тариф по страховому випадку «Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби (п. 4.8.3 Правил)» визначений із врахуванням того, що при настанні страхового випадку страхова виплата здійснюється Застрахованій особі у розмірі 0,2% страхової суми за кожен день тимчасової непрацездатності. При зміні розміру виплати страховий тариф підлягає перерахуванню відповідно до умов Договору страхування.

****Примітка.** Якщо страхування по страховому випадку «Втрата працездатності (стійка чи тимчасова) Застрахованої особи в результаті критичних хвороб, передбачених Переліком критичних хвороб» (п. 4.8.5 Правил) здійснюється по скороченому переліку критичних хвороб, базовий річний страховий тариф підлягає перерахуванню відповідно до умов Договору страхування.

2. Коефіцієнти, що застосовуються до страхових тарифів залежно від часу дії страхового захисту за Договором страхування, наведені у Таблиці №2:

Таблиця №2.

Час дії страхового захисту*:	Коефіцієнт
1) 24 години на добу (п. 6.4.1 Правил)	1,00
2) час виконання Застрахованою особою своїх службових обов'язків, за виключенням час шляху до місця виконання службових обов'язків роботи та час шляху у зворотному напрямку (п. 6.4.2 Правил):	

а) для працівників, зайнятих фізичною працею	0,75
б) для працівників розумової праці	0,65
3) час виконання Застрахованою особою своїх службових обов'язків, включаючи час прямування Застрахованої особи до місця виконання своїх службових обов'язків та час на дорогу у зворотному напрямку (п. 6.4.3 Правил)	0,85
4) час навчання в учбовому закладі (п. 6.4.4 Правил)	0,50

***Примітка.** При страхуванні на час занять спортом до базових страхових тарифів, зазначених у Таблиці №1 цього Додатку 1, можуть застосовуватись тільки коефіцієнти, що наведені у Таблицях №№ 3 і 4.

3. Коефіцієнти, що застосовуються до страхових тарифів при колективному страхуванні:

Таблиця №3.

Кількість застрахованих осіб	Коефіцієнт
10	0,9
11-20	0,875
21 - 30	0,85
31 - 50	0,825
51 - 100	0,8
101 - 250	0,775
251 - 500	0,75
501 - 1000	0,725
понад 1000	0,7

4. Коефіцієнти, що застосовуються до страхового тарифу при укладанні Договору страхування на строк менше 1 (одного) року (коефіцієнти короткостроковості), наведені у Таблиці №4.

Таблиця №4.

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

***Примітка.** Неповний місяць приймається за повний, крім випадку страхування на строк 15 або менше днів.

5. Залежно від конкретних умов Договору страхування, наявності чинників, що впливають на ступінь страхового ризику, до базових річних страхових тарифів можуть бути застосовані понижуючі від 0,1 до 1,0 або підвищуючі коефіцієнти від 1,0 до 7,0.

6. Норматив витрат на ведення справи не перевищує 40%.

Актуарій

Ю. Карташов

Свідоцтво № 03-002

від 26.11.2009 року

Додаток № 2
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби
від «20» листопада 2012 року

ПЕРЕЛІК ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

ВИД ХІРУРГІЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ	Розмір страхової виплати (% страхової суми)
ЧЕРЕВНА ПОРОЖНИНА	
Дві або більше хірургічні операції, зроблених через той самий доступ, будуть вважатися як одна операція	
а) апендектомія	50
б) резекція кишечника	70
в) резекція шлунка	70
г) гастро-ентеротомія	60
д) видалення жовчного міхура (холіцистектомія)	70
е) лапаротомія для проведення діагностики, лікування або видалення одного або декількох органів, за винятком вищезгаданого	50
ж) лапароскопія з метою діагностики або лікування	50
АБСЦЕС	
а) розкриття поверхневого абсцесу, фурункула (одного або декількох)	5
б) лікування карбункула або абсцесу, що вимагають госпіталізації, одного або декількох	10
АМПУТАЦІЯ	
а) одного пальця руки або ноги	10
б) кисті, передпліччя або стопи до гомілковостопного суглоба	20
в) ноги, руки або стегна	40
г) стегна (на рівні таза)	70
МОЛОЧНА ЗАЛОЗА	
а) ампутація однієї або обох повністю з резекцією лімфовузлів у пахвовій області	70
б) ампутація однієї або обох, часткова	40
ГРУДНА КЛІТКА	
а) загальна торакопластика	100
б) видалення легені або частини легені	70
в) розкриття грудної порожнини з метою діагностики або лікування	20
г) бронхоскопія діагностична	10
д) бронхоскопія операційна, що виключає біопсію	20
е) кардіохірургія із заміною стулок клапанів	100
ж) кардіохірургія з використанням шунтування	75
з) кардіохірургія, що включає реконструкцію судин	50
ВУХО	
а) мірінготомія (розсічення барабанної перетинки)	5

б) мастоїдектомія – повна однобічна	50
в) мастоїдектомія – повна двостороння	60
г) фенестрація – однієї або двох сторін	100
СТРАВОХІД	
а) операція із приводу стриктури	40
б) гастроскопія	10
ОКО	
а) відслойка сітківки – численні розриви	100
б) катаракта	50
в) глаукома	30
г) видалення очного яблука	30
д) видалення крилоподібної плівки (ітеригія)	20
е) розкриття ячменя (на оці) або видалення халязіону	5
ПЕРЕЛАМИ. Лікування простих переламів	
У випадку відкритих переламів виплата, виражена у відсотках, збільшується на 50%, але не буде перевищувати максимальну страхову суму по даному покриттю, зазначену в Договорі страхування.	
У випадку переламів, що вимагають відкритого операційного втручання, включаючи трансплантацію кістки або зрощування кістки, виплата, виражена у відсотках, збільшується на 100%, але не буде перевищувати максимальну страхову суму по даному покриттю, зазначену в Договорі страхування.	
а) ключиці, лопатки або передпліччя, однієї кістки	15
б) куприка, передплюсневих, цвілевих або os calsis	10
в) стегна	40
г) плеча або ноги	25
д) кожного пальця руки або ноги, або ребра	5
е) передпліччя – дві кістки, надколінка або таза, що не потребують витяження	20
ж) ноги, двох кісток	30
з) нижньої щелепи	20
и) зап'ястя, п'ясткової кістки, кісток носа, двох і більше ребер або груднини	10
к) таза, що вимагає витяження	30
л) хребця, поперечних відростків (кожного)	5
м) хребця, компресійний перелам, одного або більше	40
н) зап'ястя	10
СЕЧОСТАТОВА СИСТЕМА	
а) видалення нирки	70
б) фіксація нирки	70
в) лапаротомія з метою діагностики або лікування пухлин або каменів у нирках, сечоводі або сечовому міхурі за допомогою інвазивної хірургії	60
г) лапаротомія з метою діагностики або лікування або видалення пухлин або каменів у нирках, сечоводі або сечовому міхурі за допомогою каутеризації, ендоскопічних засобів або літотрипсії	20
д) стриктура або уретра – відкрите хірургічне втручання	30
е) внутрішньо-уретральні операції за допомогою інвазивної хірургії	15

ж) простата – повне видалення шляхом оперативного втручання – повний курс процедур	70
з) простата – часткове видалення ендоскопічним способом	25
и) простата – інші види операційного втручання	50
к) орхієктомія або видалення придатка яєчка	25
л) гідроцеле (водянка оболонки яєчка) або варикоцеле, варикозне розширення вен сім'яного канатика	10
м) видалення фіброзних новотворів без лапаротомії (без розкриття черевної порожнини)	20
ЗОБ	
а) часткове або повне видалення щитовидної залози, включаючи всі стадії операційних процедур	70
ГРИЖА	
а) інвазивна хірургія – одиночна грижа	20
б) інвазивна хірургія – подвійна грижа	25
в) радикальна операція, що включає ін'єкційний метод для лікування одиночної грижі	40
г) радикальна операція, що включає ін'єкційний метод для лікування подвійної грижі	50
СУГЛОБИ ТА ВИВИХИ	
Для вивиху, що вимагає відкритого оперативного втручання, розмір вказаного нижче страхового забезпечення збільшиться у два рази, але не буде перевищувати максимальну страхову суму по даному покриттю, зазначену в Договорі страхування.	
а) розсічення суглоба для лікування хвороби або травми, за винятком нижчезгаданих випадків і за винятком парацентеза	15
б) розсічення плечового, ліктьового, тазостегнового або колінного суглобів, за винятком парацентеза	40
в) ексцизія, відкрита фіксація, екзартикуляція або артропластика на плечі, стегні або хребті	75
г) ексцизія, відкрита фіксація, екзартикуляція або артропластика на коліні, лікті, зап'ясті або щиколотці	35
д) вивихи пальців рук і ніг (кожного)	5
е) вивихи плеча або ліктя, зап'ястя або щиколотки	15
ж) вивих нижньої щелепи	5
з) вивихи таза або коліна, за винятком колінної чашечки	20
и) вивихи надколінка	5
НІС	
а) операція усередині носової порожнини	15
б) операція поза носовою порожниною	35
в) поліп, видалення одного або декількох	5
г) підслизова резекція	25
д) конхотомія (резекція носової раковини)	10
ПАРАЦЕНТЕЗ	
а) черевної порожнини	10
б) грудної клітки або сечового міхура, за винятком катетеризації	5
в) барабанної перетинки, суглобів або хребта, парацентез у випадку	5

водянки оболонки яєчка	
ПРЯМА КИШКА ТА РЕКТОСКОПІЯ	
а) радикальна резекція із приводу злоякісних новотворів, всі стадії, включаючи колостомію	100
б) геморої тільки зовнішній, висічення, повний комплекс процедур	10
в) геморої внутрішній або внутрішній і зовнішній, включаючи випадання прямої кишки, загальне для висічення або повного курсу ін'єкційного методу лікування	20
г) свищ у задньому проході	15
д) тріщина в задньому проході	5
е) ректоскопія з або без біопсії	10
ж) колоноскопія з або без біопсії	15
з) інші види операцій на прямій кишці	20
ЧЕРЕП	
а) трепанація черепа для термінового видалення гематоми	100
б) трепанація черепа за допомогою судинної хірургії	75
в) трепанація черепа для видалення пухлин	75
ГОРЛО	
а) тонзилектомія або тонзилектомія і аденоектомія для дорослих і дітей старше 15 років	15
б) тонзилектомія або тонзилектомія і аденоектомія для дітей молодше 15 років	10
в) використання ларингоскопа для постановки діагнозу	5
ПУХЛИНИ видалення шляхом хірургічного втручання:	
а) злоякісної пухлини, за винятком слизуватої оболонки, шкіри і підшкірної тканини	50
б) злоякісної пухлини слизуватої оболонки, шкіри й підшкірної тканини	25
в) волосяний (пилоніальної кісти або кіст)	25
г) доброякісних пухлин яєчка або молочної залози	20
д) гангліїв (нервових вузлів)	5
е) доброякісних пухлин, однієї або декількох за винятком зазначених у даній секції	10
ж) варикозне розширення вен – повний комплекс процедур на всіх венах, або хірургічне втручання або ін'єкційний метод лікування однієї ноги	20
з) варикозне розширення вен – повний комплекс процедур на всіх венах, або хірургічне втручання або ін'єкційний метод лікування двох ніг	30

Додаток № 3
до Правил добровільного
страхування здоров'я на випадок хвороби
від «20» листопада 2012 року

ПЕРЕЛІК КРИТИЧНИХ ХВОРОБ

Рак
Кардіоміопатія
Інфаркт міокарда
Апоплексія головного мозку (інсульт)
Операція аортокоронарного шунтування
Операція на серцевих клапанах
Операція аорти
Трансплантація органів
Апластична анемія
Хвороба Альцгеймера або передчасна деменція
Енцефаліт – гостре запалення головного мозку
Набутий вторинний імунодефіцит як результат переливання крові
Хронічна ниркова недостатність
Летальне захворювання печінки (цироз)
Втрата мовної здатності (повна афазія)
Обширний опік
Стійкий параліч м'язів
Розсіяний склероз
М'язова дистрофія
Параліч
Легенева гіпертонія
Поліомієліт (дитячий параліч)
Втрата свідомості (коматозний стан)
Хвороба Паркінсона
Сліпота
Глухота
Інші хвороби з летальним результатом, передбачені Договором страхування.

ПАТ "СК "Місто"

Всього прошито та пронумеровано: 1

скріплено печаткою

27 (двадцять сім) аркушів

Голова правління

Поплавський О.О.

НАЦІОНАЛЬНА КОМПАНІЯ, що здійснює
ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ у сфері РИНОК В ОЖИВЛЕНИХ
ТОВАРАХ
РЕЄСТРОВАНО



Смаєвський

0413007



Handwritten signatures in blue ink at the bottom of the page.