

ЗАТВЕРДЖУЮ

**Голова Правління
ЗАТ “СК “РАРИТЕТ”**

_____ **Т. В. Бутківська**
«05» серпня 2009 року

**П Р А В И Л А
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)
№ 09 – 09**

(з врахуванням змін від 16.11.2012 р., затверджених 11.07.2013 р.)

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил Приватне акціонерне товариство “Страхова компанія “РАРИТЕТ” (надалі - Страховик), укладає з юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі - Страхувальники) Договори добровільного медичного страхування фізичних осіб, відповідно до яких гарантує оплату вартості медичних послуг визначеного переліку і якості в обсягах Програми медичного страхування та в межах страхової суми, визначених у Договорі страхування.

1.2. **Страхувальники** - юридичні особи та дієздатні фізичні особи (Договір страхування укладається відносно себе або про страхування третіх осіб), які уклали із Страховиком Договір страхування відповідно до законодавства України.

1.3. У випадку, якщо Договір страхування укладений Страхувальником відносно себе, Страхувальник набуває прав і обов'язків Застрахованої особи, передбачених Договором страхування.

1.4. Договори страхування можуть укладатись без попереднього медичного огляду. На страхування не приймаються фізичні особи віком до 3-х та понад 60-ти років, інваліди I, II, III груп, госпіталізовані на час укладання Договору страхування, ті, які мають вроджені вади та аномалії розвитку та ті, які стоять на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, онкологічних, венерологічних диспансерах, а також в центрі по боротьбі із СНІД, якщо інше не передбачено Договором страхування. Страховик може встановлювати інші обмеження щодо осіб, які приймаються на страхування.

1.5. **Страховик** – ПрАТ СК “РАРИТЕТ”.

1.6. **Договір страхування** - письмова угода між Страхувальником та Страховиком, відповідно до якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату (організувати надання медичної допомоги (послуги) та ін.) особі, визначеній у Договорі страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі в визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування. Договори страхування укладаються на підставі цих Правил страхування.

1.7. **Застрахована особа** - фізична особа, на користь якої укладено Договір страхування.

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

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

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

1.11. **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування у разі настання страхового випадку. Страхова виплата може дорівнювати як страховій сумі, так і частині страхової суми.

1.12. **Ліміт відповідальності** - гранична сума, що відшкодовується Страховиком по одному (або декількох) страховому випадку та/або медичній послугі у зв'язку з наданням певного виду медичної допомоги, яка визначена Договором страхування, в межах страхової суми.

1.13. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.

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

1.15. **Страховий випадок** - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась та з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) або медичному закладу (за згодою Застрахованої особи) на умовах, визначених Договором страхування.

1.16. **Розлад здоров'я Застрахованої особи** - стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями

органів та систем організму.

1.17. **Медична допомога** - комплекс спеціальних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворювань та інвалідності, на ранню діагностику захворювань, медична допомога особам з травмами, гострими та хронічними захворюваннями, включаючи хірургічні втручання.

1.18. **Медичні послуги** - консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні процедури, що передбачені Договором страхування.

1.19. **Базовий медичний заклад** - медичний заклад, з яким Страховик уклав Договір про надання Застрахованим особам медичної допомоги (медичних послуг).

1.20. **Лікувальні бази Страховика** - медичні заклади будь-якої форми власності, через які здійснюється на договірних умовах із Страховиком реалізація Програм медичного страхування.

1.21. **Медична установа** - заклад, який згідно з чинним законодавством України має право надавати медичні послуги, виключаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг, послуг по реабілітації, гідропроцедур, опікування.

1.22. **Програма медичного страхування** - перелік видів медичної допомоги та медичних послуг, витрати на які відшкодовуються Страховиком.

1.23. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короточасна, непередбачена та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що фактично відбулась і призвела до травматичного ушкодження або смерті Застрахованої особи.

1.24. **Швидка медична допомога** - невідкладна медична допомога, що надається загально-профільними та спеціалізованими бригадами, включаючи транспортування та\або медичний супровід до медичного закладу.

1.25. **Стоматологічна допомога** - допомога, що надається лікарем-стоматологом та включає обстеження, чистку, пломбування та видалення зубів при настанні страхового випадку в межах встановленого в Договорі страхування ліміту.

1.26. **Невідкладна стоматологічна допомога** - допомога, що необхідна терміново для лікування природних зубів при виникненні гострого болю, чи пошкоджених в результаті нещасного випадку, за умови, що така допомога була надана протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання нещасного випадку.

1.27. **Невідкладна медична евакуація** – медично-виправдані витрати щодо невідкладного транспортування та медичного супроводу Застрахованої особи, яка перебуває в критичному медичному стані до найближчого медичного закладу, де може бути надана відповідна медична допомога.

1.28. **Медикаменти та матеріали** – ліки, лікарські засоби, перев'язувальні матеріали, опорні пристрої, що призначені лікарем-спеціалістом.

1.29. **Амбулаторне лікування** - медична допомога, що надається поліклінікою, медико-санітарною-частиною, амбулаторією, консультацією Застрахованій особі, коли вона не потребує стаціонарного лікування.

1.30. **Денний стаціонар** - місцезнаходження Застрахованої особи, яка знаходиться в медичному закладі протягом періоду надання їй медичної допомоги, але Застрахована особа не залишається там на ніч.

1.31. **Стаціонар** - медичний заклад, де Застрахована особа знаходиться протягом періоду, що перевищує 24 (двадцять чотири) години, з метою отримання медичної допомоги.

1.32. **Медичний стан** - будь-яке захворювання чи травма, що не підпадають під виключення даних Правил.

1.33. **Витрати за надання медичної допомоги (медичної послуги)** - обґрунтовані та необхідні витрати за надання медичної допомоги (медичної послуги), передбаченої п. 3.3. цих Правил та умовами Договору страхування.

1.34. **Трансплантація органів** – хірургічне втручання з метою вживлення органів (нирок, серця, печінки, тканин, рогівки та ін.) від іншої людини (тварини) по життєвих показниках.

1.35. **Спеціаліст** - особа, яка має право займатися медичною практикою та надавати

медичну допомогу відповідно до законодавства України в межах отриманої ліцензії та професійної кваліфікації.

1.36. **Строк дії Договору страхування** – строк, визначений Договором страхування, протягом якого Страхувальнику (Застрахованій особі) надається страховий захист, за який Страхувальник сплачує страхову премію згідно з умовами Договору страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної страхувальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

2.2. За Договором страхування Застрахована особа має право на страхову виплату при настанні страхового випадку чи на оплату Страховиком медичної допомоги (медичної послуги), яка передбачена конкретними умовами Договору страхування у медичних закладах, визначених у Договорі страхування.

2.3. Цими Правилами передбачено обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:

оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної страхувальником програми медичного страхування, яка була надана Застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких вона звернулася під час дії договору, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої Правилами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;

відшкодування понесених Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК, СТРАХОВИЙ ВИПАДОК. ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. **Страховим ризиком** за цими Правилами є захворювання або загострення хронічної хвороби Застрахованої особи під час дії Договору страхування. Договором страхування може бути передбачений конкретний перелік захворювань, на випадок яких здійснюється страхування.

3.2. **Страховим випадком** за цими Правилами визнається звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до медичного закладу, визначеного Договором страхування, у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або травмою, отруєнням з метою одержання консультативно-діагностичної, лікувально-оперативної, або іншої медичної допомоги та медичних послуг у межах та в обсязі Програм медичного страхування, що передбачені Договором страхування.

3.3. **Договором страхування можуть бути передбачені наступні Програми медичного страхування:**

3.3.1. **Програма А - “Амбулаторія (поліклініка)”**. Програма гарантує організацію, контроль якості та оплату вартості медичної допомоги (медичних послуг), необхідних для лікування Застрахованої особи в амбулаторно-поліклінічних умовах (амбулаторне обстеження, консультаційно-діагностична допомога при виникненні гострих захворювань) в медичних закладах, визначених Договором страхування, та відповідно до переліку послуг, обраних Страхувальником при укладанні Договору страхування.

3.3.2. **Програма С - “Стаціонар”**. Програма гарантує організацію, контроль якості та оплату вартості медичної допомоги (медичних послуг), необхідних для лікування Застрахованої особи в умовах спеціалізованих медичних закладів (гострі захворювання,

загострення чи ускладнення хронічних захворювань), надання необхідних медикаментів, діагностичних процедур, одноразового інструментарію відповідно до передбаченого в Договорі страхування переліку медичних послуг, при зверненні Застрахованої особи в стаціонарні медичні заклади, які визначені Договором страхування. Договором страхування може бути передбачено, що Програма гарантує оплату перебування в палатах стаціонару, у тому числі реанімаційних палатах та харчування відповідно до нормативів, затверджених цими медичними закладами.

3.3.3. Програма D - “Швидка медична допомога”. Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається загально-профільними або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги, включаючи транспортування та медичну евакуацію до медичних закладів, якщо це передбачено умовами договору страхування.

3.3.4. Програма S - “Стоматологія”. Програма передбачає організацію та оплату вартості стоматологічної допомоги, що надається спеціалістом при лікуванні захворювань стоматологічного профілю.

3.3.5. Програма Sn - “Невідкладна стоматологія”. Програма передбачає організацію надання та оплату вартості невідкладної допомоги при захворюванні зубів.

3.3.6. Програма P - “Консультативно-діагностична допомога”. Програма передбачає організацію та оплату вартості консультацій, обстежень, проведення досліджень, надання рекомендацій щодо лікування в умовах поліклініки.

3.3.7. Програма Fh - “Аптека”. Програма передбачає організацію та оплату медикаментозного забезпечення курсу лікування в амбулаторних умовах та/або умовах стаціонару.

3.3.8. Програма W - “Вагітність та пологи”. Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається в передпологовому періоді та при пологах.

3.3.9. Програма T - “Онкологія”. Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при онкологічних захворювань.

3.3.10. Програма Pm - “Нетрадиційна медицина”. Програма передбачає організацію надання та оплату вартості лікування нетрадиційними методами.

3.3.11. Програма O - “Корекція зору”. Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при порушеннях функцій органу зору, які мали місце під час дії Договору страхування.

3.3.12. Програма F - “Сім’я”. Програма передбачає організацію та оплату профілактичних заходів та медичної допомоги, що надається застрахованим членам сім’ї.

3.3.13. Програма M - “Лікар офісу”. Програма передбачає медичне спостереження працівників колективу кваліфікованим лікарем, організацію надання та оплату профілактичних заходів та медичної допомоги.

3.3.14. Програма B - “Айболить” - страхування дітей віком до 14 років. Програма передбачає організацію надання та оплату комплексу профілактичних та лікувальних заходів по збереженню та відновленню здоров’я дитини.”

3.3.15. Програма Pr - “Профілактика”. Програма передбачає організацію надання та оплату комплексу профілактичних заходів, зокрема: вакцинація, вітамінізація, профілактичні огляди і т. і.

3.3.16. Програма A+C+D+Sn (та за вибором інші програми) - “Комплексна медична допомога”. Програма гарантує організацію та оплату вартості медичної допомоги (медичних послуг), що будуть надані Застрахованій особі медичними закладами, відповідно до конкретного переліку послуг, які включені до програм “Амбулаторія (поліклініка)”, “Стаціонар” та інших програм, обраних Страхувальником при укладанні Договору страхування.

3.3.17. У Договорі страхування можуть передбачатися різні варіанти комбінацій Програм страхування, які наведені у п. 3.3. цих Правил.

3.4. Виключення із страхових випадків і обмеження страхування.

Страховий захист не надається у разі (якщо інше не передбачено Договором страхування):

- 3.4.1. туберкульозу та його наслідків незалежно від клінічної форми і стадії процесу;
- 3.4.2. інфекційних захворювань, що передаються переважно статевим шляхом згідно класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я (сифіліс, гонорея, хламідіоз, трихомоноз, гарднерельоз, мікоплазмоз, анальний, генітальний герпес та ін.);
- 3.4.3. ВІЛ-інфекції, СНІДу;
- 3.4.4. венеричних та дерматологічних захворювань, хронічного туберкульозу, крім вперше діагностованого туберкульозу;
- 3.4.5. псоріазу, нейродерміту, екземи, глибоких мікозів шкіри та внутрішніх органів;
- 3.4.6. системних захворювань сполучної тканини (системна червона вовчанка, ревматоїдний артрит, дерматоміозит), системні васкуліти (вузловий періартеріт, геморагічний васкуліт), амілоїдоз;
- 3.4.7. спадкових захворювань, вроджених аномалій та вад розвитку;
- 3.4.8. хронічного гепатиту та циррозу печінки, що виникли внаслідок алкогольної інтоксикації;
- 3.4.9. професійних захворювань: хронічних інтоксикацій, викликаних впливом хімічних виробничих чинників (меланодермія, ливарна лихоманка, тefлонова лихоманка, пневмоконіози), захворювань, що викликаються впливом фізичних чинників (вібрацією, ультразвуком, електромагнітними випромінюваннями, електрозварюванням, гіпертермією, лазерними випромінюваннями, декомпресією) та ін.;
- 3.4.10. гострих та хронічних променевиx уражень;
- 3.4.11. саркоїдозу та муковісцидозу, незалежно від клінічної форми та стадії процесу;
- 3.4.12. злоякісних новоутворень, а також обумовлених ними ускладнень, у тому числі захворювань крові пухлинної природи; гемофілії, серповидно-клітинної анемії; усіх пухлин центральної нервової системи, які діагностовано до початку дії Договору;
- 3.4.13. цукрового діабету (I і II стадії);
- 3.4.14. хронічної ниркової недостатності, що потребує проведення позаниркового очищення крові;
- 3.4.15. захворювання серця, судин, нервової системи, що потребують хірургічного втручання, включаючи установку штучного водія ритму;
- 3.4.16. психічних захворювань та їх ускладнень, що не супроводжуються об'єктивними симптомами, що дозволяли б поставити однозначний і явний діагноз, а також всіляких травм та соматичних захворювань, що виникли внаслідок захворювання психічної природи;
- 3.4.17. захворювання, причиною яких стало зловживання алкоголем і його сурогатами, наркотичними та токсичними речовинами, а також травм, опіків та отруєнь, що отримані Застрахованою особою у стані чи в результаті алкогольного, наркотичного та токсичного сп'яніння;
- 3.4.18. захворюваннями на особливо небезпечні інфекції, що викликані масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів;
- 3.4.19. погіршення стану або розладу здоров'я, травматичного ушкодження, отриманого у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- 3.4.20. спроби самогубства;
- 3.4.21. навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень;
- 3.4.22. несвоєчасного повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 3.4.23. надання медичними закладами медичних послуг, не передбачених Договором страхування;
- 3.4.24. лікування захворювань, травм та інших ушкоджень організму, пов'язаних безпосередньо або побічно з виділенням ядерної енергії, радіоактивним опроміненням і/або їхніми наслідками;

3.4.25. лікування травм, захворювань і інших ушкоджень організму, які сталися у період дії Договору страхування, але стали прямим наслідком військових дій, війни, тероризму, окупації території, акту агресії, збройних інцидентів (незалежно від того, чи була оголошена війна), громадянської війни, заколоту, революції, повстання, бунту, страйку, локауту, громадських безладь, військового перевороту або узурпації влади, саботажу з боку груп або окремих осіб, що діють від імені політичних організацій або взаємодіючих із ними, змови проти існуючого де-юре або де-факто уряду або якогось органу влади;

3.4.26. лікування захворювань, що виникли в результаті дії аномальних явищ (природних, фізичних та інших);

3.4.27. вживання ліків, непризначених лікарем (самолікування).

3.5. Страховик не оплачує вартість таких медичних послуг (якщо інше не передбачено Договором страхування):

3.5.1. ведення вагітності при термінах понад 8 тижнів;

3.5.2. роди, аборт (за винятком змушеного переривання вагітності внаслідок нещасного випадку);

3.5.3. лікування, процедури та препарати, які сприяють чи запобігають заплідненню, лікування безпліддя, імпотенції, штучне запліднення, стерилізація, підбір методів контрацепції (у тому числі введення і видалення внутріматочної спіралі);

3.5.4. хірургічне лікування ожиріння або зміна маси тіла;

3.5.5. модифікації людського тіла з метою поліпшення психологічного, розумового або емоційного стану Застрахованої особи, такі як хірургічна зміна статі;

3.5.6. зубопротезування та ортодонтія; лікування пародонтозу; імплантація зубів;

3.5.7. пластична, косметична хірургія, ортопедія, за винятком відновлення і/або корекції після нещасного випадку, що відбувся в період дії Договору страхування;

3.5.8. планові хірургічні операції ока;

3.5.9. трансплантація органів або тканин;

3.5.10. використання і підгонка коригуючих медичних пристроїв або пристосувань (окуляри, контактні лінзи, слухові пристрої, імпланти, штучні суглоби, клапани тощо);

3.5.11. лікування порушень вимови;

3.5.12. лікування, що є за характером експериментальним (пов'язаним з апробацією методик, ліків) або дослідницьким;

3.5.13. проведення профілактичних вакцинацій;

3.5.14. лікування й обстеження нетрадиційними методами усіх видів (гіпноз, фітотерапія, гіпоксія, гомеопатичне лікування, рефлексотерапія і т.п.), за винятком іридіодіагностики;

3.5.15. лікувальний масаж і мануальна терапія понад 10 процедур в рік;

3.5.16. перебування в стаціонарі для одержання головним чином піклувального догляду;

3.5.17. перебування в стаціонарі більш ніж 21 день на рік;

3.5.18. індивідуальний догляд хворого; медсестринський догляд за Застрахованою особою удома;

3.5.19. наслідків занять застрахованою особою екстремальними видами розваг та спорту;

3.5.20. пільгове лікарське забезпечення;

3.5.21. обстеження з метою оформлення санаторно-курортних карт, медичної документації для поїздок за кордон, на право носіння зброї, для керування автотранспортом; для відвідування спортивно-оздоровчих закладів;

3.6. Страховик не оплачує вартість медичної допомоги (медичних послуг), пов'язаної із захворюванням, яке мало місце до початку дії Договору страхування, за винятком загострення хронічного захворювання.

3.7. Страховик не несе відповідальність у випадку несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку, який стався в період дії Договору страхування.

3.8. Страховик не оплачує, якщо інше не передбачено Договором страхування, вартість

допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, інвалідних колясок тощо), а також пошук та доставку органів для трансплантації.

3.9. Договором страхування може бути передбачено санаторно-курортне лікування, яке було призначено лікарем, як продовження стаціонарного лікування.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ. ФРАНШИЗА

4.1. Страховою сумою є грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку, і яка визначається, виходячи з переліку і вартості медичних послуг, передбачених Договором страхування.

4.2. Граничний розмір страхової суми за Договором страхування, як і перелік медичних послуг, визначається за домовленістю між Страхувальником та Страховиком під час укладання Договору страхування, але не може бути нижче мінімального розміру, встановленого Страховиком.

4.3. Сума страхових виплат за Договором страхування не може перевищувати страхову суму або ліміт відповідальності Страховика, якщо він встановлений у Договорі страхування.

4.4. Розмір страхової премії, що сплачується Страхувальником за Договором страхування, встановлюється в залежності від Програми медичного страхування (п. 3.3. цих Правил), обраного Страхувальником переліку медичних послуг, строку страхування та інших умов, передбачених Договором страхування. При цьому, розмір страхової премії на одну Застраховану особу встановлюється з урахуванням індивідуального ступеня ризику, а також виходячи з вартості медичних послуг у конкретному медичному закладі. У випадку суттєвої зміни ступеня ризику, обсягу, якості та вартості медичних послуг у медичних закладах, визначених Договором страхування, розмір страхової суми і страхової премії може коригуватись шляхом укладання Додаткової угоди до діючого Договору страхування. Розмір страхової премії визначається відповідно до страхових тарифів, які наведені у Додатку № 1 до цих Правил. При укладанні Договору страхування на строк менше одного року страхова премія розраховується так:

Таблиця № 1

Коефіцієнти короткостроковості в залежності від строку дії Договору страхування (на строк менше одного року):

Строк дії Договору страхування (місяці)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт	0,3	0,38	0,45	0,5	0,6	0,68	0,76	0,85	0,89	0,94	0,97	1,0

Таблиця № 2

Коефіцієнти короткостроковості в залежності від строку дії договору страхування (на строк менше одного місяця):

Строк дії Договору страхування (днів)	до 7-ми днів	до 14-ти днів	до 21-го дня	до 31-го дня
Коефіцієнт	0,5	0,75	0,95	1,0

За Договором страхування, укладеним на строк менше одного року, розмір страхового платежу визначається як добуток річного або місячного страхового платежу та

коефіцієнту короткостроковості на підставі таблиць № 1 або № 2, в залежності від строку дії Договору страхування.

4.5. Терміни та порядок сплати страхової премії визначаються в Договорі страхування.

4.6. Страхова премія може бути сплачена Страхувальником готівкою до каси Страховика або перерахована на розрахунковий рахунок Страховика шляхом безготівкових розрахунків.

4.7. Франшиза – сума чи суми, що не оплачує Страховик у разі настання страхового випадку, і які Застрахована особа сплачує самостійно в рахунок оплати витрат за надання медичної допомоги.

4.8. За узгодженням сторін, Договір страхування може передбачати власну участь Страхувальника або Застрахованої особи в оплаті витрат на медичну допомогу (медичні послуги) в розмірі безумовної франшизи до 200 гривень за окремою Програмою медичного страхування.

4.9. У Договорі страхування може бути передбачена франшиза за днями лікування від 5 до 10 діб. Франшиза за днями лікування - кількість днів лікування, за якими Страховик не несе відповідальності по оплаті медичних послуг.

4.10. При укладанні Договору страхування, в якому застосовується франшиза за днями лікування, страховий тариф може бути зменшений на 0,1% за кожен день, який входить до франшизи.

4.11. Договором страхування може бути передбачений ліміт відповідальності Страховика (гранична сума виплат) за окремими Програмами страхування, або окремими медичними послугами.

5. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Договір страхування може укладатись строком на один рік, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. У разі якщо договір страхування укладається на строк до одного року до страхового платежу застосовуються коефіцієнти короткостроковості, зазначені у Таблиці №1 та Таблиці №2 цих Правил.

5.2. Договір страхування діє на території України.

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

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

5.5. Договором страхування може бути передбачений інший порядок набуття ним чинності.

6. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

6.2. Страхувальник може укласти із Страховиком Договір про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

6.3. У заяві-анкеті вказуються:

 прізвище, ім'я, по батькові Страхувальника, Застрахованої особи та реквізити Страхувальника – юридичної особи;

 стать Застрахованої особи;

 вік Застрахованої особи – дата народження та кількість повних років на момент

подачі заяви на страхування;

домашня адреса і номер телефону Страхувальника та Застрахованої особи;

строк страхування;

Програма медичного страхування;

інші відомості на вимогу Страховика.

6.4. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватися страховим полісом (свідоцтвом, сертифікатом, посвідченням, карткою), що є формою Договору страхування.

6.5. Якщо Страхувальником виступає юридична особа, то невід'ємною частиною Генерального Договору страхування є індивідуальні страхові поліси (свідоцтва, сертифікати, посвідчення, картки) на кожен Застраховану особу, список Застрахованих осіб (постійно працюючих на підприємстві), складений за формою, встановленою Страховиком та інформація, яка необхідна Страховику для оцінки ризику.

6.6. При втраті страхового полісу (свідоцтва, сертифікату, посвідчення, картки) Застрахована особа повинна протягом двох днів сповістити про це Страховика. Загублений документ визнається таким, що втратив свою чинність і не може бути підставою для одержання та оплати медичної допомоги (медичних послуг), передбаченої цим страховим полісом (свідоцтвом, сертифікатом, посвідченням, карткою). Страховик замість втраченого страхового полісу (свідоцтва, сертифікату, посвідчення, картки) видає його дублікат.

6.7. Видача страхового полісу (свідоцтва, сертифікату, посвідчення, картки) Страхувальнику (Застрахованій особі) відбувається після сплати страхової премії у встановлені Договором страхування строки.

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

7.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

7.1.1. ознайомитися з Правилами та умовами страхування;

7.1.2. вимагати організації надання якісної та вчасної медичної допомоги (медичних послуг) у медичних закладах, визначених Договором страхування, відповідно до умов обраної Програми медичного страхування;

7.1.3. розширити перелік медичних послуг, оплата вартості яких гарантується Договором страхування, або підвищити рівень медичного обслуговування шляхом укладання Додаткової угоди та сплати додаткової страхової премії;

7.1.4. достроково припинити дію Договору страхування у порядку, встановленому чинним законодавством та цими Правилами.

7.2. Страховик має право:

7.2.1. перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію та контролювати виконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору страхування;

7.2.2. відмовити у страховій виплаті відповідно до п.п. 3.5., 3.6.-3.9., 9.12. цих Правил;

7.2.3. достроково припинити дію Договору страхування при неналежному виконанні Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору з письмовим повідомленням Страхувальника про причини припинення дії Договору страхування.

7.3. Страхувальник зобов'язаний:

7.3.1. своєчасно вносити страхові платежі, встановлені Договором страхування;

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

7.3.3. при укладанні договору страхування повідомити страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору;

7.3.4. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений Договором страхування;

7.3.5. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок

настання страхового випадку;

7.3.6. забезпечити збереження Договору страхування (страхового полісу) і не передавати його іншим особам із метою одержання ними медичних послуг, передбачених Договором страхування.

7.4. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахована особа зобов'язана:

7.4.1. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений Договором страхування;

7.4.2. в разі настання страхового випадку виконувати призначення лікаря, дотримуватися розпорядку, встановленого медичним закладом;

7.4.3. забезпечити збереження Договору страхування (страхового полісу, посвідчення, картки, сертифікату) і не передавати його іншим особам із метою одержання ними медичних послуг, передбачених Договором страхування.

7.5. Страховик зобов'язаний:

7.5.1. ознайомити Страхувальника з Правилами та умовами страхування;

7.5.2. видати Страхувальнику (Застрахованій особі) Договір страхування (страховий поліс);

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

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

7.5.5. контролювати обсяг, терміни і якість медичної допомоги відповідно до умов Договору страхування.

7.6. Договором страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Сторін.

8. ДІЇ СТОРІН ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

8.1. При настанні страхового випадку медична допомога (медичні послуги) надається Застрахованій особі по пред'явленні нею Договору страхування (страхового полісу, посвідчення, картки, сертифікату).

8.2. В разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа повідомляє Страховика про необхідність отримання медичної допомоги (медичних послуг) за телефонами, вказаними у страховому полісі (страхового полісу, посвідчення, картки, сертифікату, свідоцтві), а в разі неможливості такого повідомлення з об'єктивних причин, Застрахована особа звертається до базового медичного закладу, визначеного Договором страхування, про що протягом 24 годин з моменту настання страхового випадку, повинна повідомити Страховика про своє місцезнаходження в медичному закладі.

8.3. В разі необхідності одержання медичних послуг, рекомендованих лікарем базового медичного закладу, які не можуть бути надані в цьому медичному закладі, Застрахована особа звертається до довіреного лікаря Страховика та одержує направлення в інший медичний заклад із списку лікувальних баз Страховика.

8.4. Якщо призначені Застрахованій особі лікарем медичні послуги не можуть надати медичні заклади із списку лікувальних баз Страховика, Застрахована особа отримує їх за направленням довіреного лікаря Страховика в іншому медичному закладі.

8.5. В разі, якщо з об'єктивних причин Застрахована особа звернулася до медичного закладу, що не входить до списку лікувальних баз Страховика, Застрахована особа самостійно сплачує вартість медичної допомоги (медичних послуг), після чого надає Страховику заяву на страхову виплату та документи, які підтверджують факт настання страхового випадку (п.9.7. цих Правил).

9. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ВІДМОВА У СТРАХОВИХ ВИПЛАТАХ

- 9.1. При зверненні Застрахованої особи до медичних закладів із списку лікувальних баз Страховика, Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати медичному закладу (за згодою Застрахованої особи) вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги (медичних послуг).
- 9.2. Страховик приймає рішення про виплату або відмову у виплаті протягом 7 (семи) робочих днів з дня одержання документів, що підтверджують факт настання страхового випадку.
- 9.3. Страхова виплата здійснюється на підставі документів, наданих медичним закладом:
- 9.3.1. звіту медичного закладу про надану медичну допомогу (медичні послуги) конкретній Застрахованій особі;
 - 9.3.2. акту виконаних робіт медичного закладу;
 - 9.3.3. рахунків за надану медичну допомогу (медичні послуги).
- 9.4. Оплата вартості медичної допомоги (медичних послуг), наданої медичним закладом з числа лікувальних баз Страховика, здійснюється Страховиком у порядку та в строки, передбачені Договором між Страховиком та цим медичним закладом.
- 9.5. При зверненні Застрахованої особи до медичних закладів, що не входять до списку лікувальних баз Страховика, Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі на умовах, передбачених Договором страхування.
- 9.6. У випадку самостійної оплати Застрахованою особою медичних послуг, Страховик оплачує вартість наданих медичних послуг в межах передбачених Договором страхування.
- 9.7. Для одержання страхової виплати в разі самостійної оплати медичних послуг, Застрахована особа надає Страховику:
- 9.7.1. заяву на ім'я Голови Правління ПрАТ СК "РАРИТЕТ" на страхову виплату;
 - 9.7.2. виписку з амбулаторної карти чи історії хвороби, де вказуються діагноз, методи обстеження, перелік та кількість медикаментів, що призначались Застрахованій особі;
 - 9.7.3. квитанції про оплату послуг, наданих медичними закладами (із зазначенням кожної послуги та її вартості);
 - 9.7.4. товарні чеки (накладні) з аптеки, де вказані: назва медичного препарату, кількість та вартість;
 - 9.7.5. фіскальні касові чеки з аптеки;
 - 9.7.6. копія лікарняного листа, або довідка медичного закладу;
 - 9.7.7. копію ідентифікаційного номеру;
 - 9.7.8. документ, що засвідчує Застраховану особу (паспорт);
- Страховик має право запросити інші документи, передбачені Договором страхування. Ненадання Страхувальником таких документів Страховику не є підставою для відмови у страховій виплаті.
- 9.8. Без наданих документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, страхова виплата не може бути здійснена.
- 9.9. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі на підставі страхового акту, який оформлюється Страховиком за визначеною ним формою та є формою рішення Страховика про страхову виплату.
- 9.10. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі протягом 7 (семи) робочих днів з дати прийняття рішення про страхову виплату (якщо інший термін не передбачений Договором страхування), або у цей же термін Страховик повідомляє про відмову у страховій виплаті у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.
- 9.11. Страхова виплата здійснюється у формі, обумовленій Договором страхування (безготівковим розрахунком або готівкою до каси Страховика).
- 9.12. **Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:**

- 9.12.1. навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 9.12.2. вчинення Страхувальником-фізичною особою або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- 9.12.3. несвоєчасне повідомлення страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 9.12.4. подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;
- 9.12.5. інші випадки, передбачені законом.
- 9.13. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству України.
- 9.14. При виникненні обґрунтованих сумнівів з приводу достовірності інформації, що надається Страховику, строк прийняття рішення про виплату (відмову у страховій виплаті) або здійснення страхової виплати може бути відстрочено Страховиком на строк до 45 робочих днів (до з'ясування обставин та причин настання страхового випадку) та повідомляється Страхувальнику в письмовій формі з обґрунтуванням причин відстрочки.
- 9.15. Загальний розмір страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків не може перевищувати страхову суму або встановлений у Договорі страхування ліміт відповідальності Страховика (п. 4.11. цих Правил).

10. ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 10.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:
- 10.1.1. закінчення строку дії;
- 10.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) за Договором страхування в повному обсязі;
- 10.1.3. ліквідації Страхувальника - юридичної особи, або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування";
- 10.1.4. несплати Страхувальником страхових внесків у встановлені Договором страхування строки;
- 10.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 10.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- 10.1.7. інших випадків, передбачених чинним законодавством України.
- 10.2. Страховик має право достроково припинити дію Договору страхування в односторонньому порядку у випадках:
- 10.2.1. якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов Договору страхування або доплати страхової премії при збільшенні ступеня ризику настання страхового випадку;
- 10.2.2. невиконання Страхувальником обов'язків, передбачених Договором страхування;
- 10.2.3. якщо недостовірність даних, що впливають на ступінь ризику, буде виявлена після вступу Договору страхування в силу.
- 10.3. Про намір достроково припинити дію 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. 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.

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

10.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

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

10.7. Зміни та доповнення до Договору страхування здійснюються у письмовій формі, у вигляді Додаткової угоди до нього, за взаємним погодженням між Страховиком та Страхувальником.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Всі спори між Страховиком та Страхувальником або Застрахованою особою, що можуть виникати у період дії Договору страхування, вирішуються шляхом переговорів.

11.2. Якщо сторони під час переговорів не дійшли згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

12. ОСОБЛИВІ УМОВИ

12.1. У разі несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки страховий захист за таким Договором страхування призупиняється з 00.00 годин дня, наступного за днем, визначеним як день сплати страхового платежу (його частини). При цьому страховий захист за Договором страхування поновлюється з 00.00 годин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика. В такому випадку Страховик звільнений від зобов'язання здійснювати виплату страхового відшкодування за страховими випадками, що сталися в період призупинення страхового захисту.

12.2. Питання, не врегульовані умовами Договору страхування, вирішуються у відповідності до цих Правил.

12.3. Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для відмови у виплаті страхового відшкодування, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені Законом України «Про страхування», повинні бути передбачені Договором страхування.