

Зареєстровані:

Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 14.05.2020 року

Розпорядження № 885

**ЗАТВЕРДЖУЮ:**  
Директор  
Товариства з додатковою відповідальністю  
«Страхова компанія «Мотор-Гарант»



В.В. Тишечко

2020 р.

**П Р А В И Л А**  
**добровільного медичного страхування**  
**(безперервного страхування здоров'я)**  
**(нова редакція)**

м. Запоріжжя – 2020р.

## ЗМІСТ

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ.....	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ .....	5
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ .....	5
4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ.....	5
5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ.....	5
6. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ.....	6
7. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ .....	6
8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	10
9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	10
10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН .....	11
11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ .....	13
12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ .....	13
13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ....	14
14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ .....	15
15. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	16
16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	16
17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ .....	17
18. ОСОБЛИВІ УМОВИ.....	17
Додаток №1 до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) .....	18-21

## 1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

**Асистанс (Асистуюча компанія, Сервісна компанія)** – юридична особа, яка діє від імені та за дорученням Страховика і провадить організацію і контроль щодо надання медичних та інших послуг Застрахованій особі в межах чинного законодавства, а також здійснює оплату таких послуг за рахунок коштів Страховика.

**Базовий медичний заклад (Базовий МЗ)** – лікувально-профілактичний заклад з переліку Страховика, передбачений Програмою страхування для отримання Застрахованими особами медичних та інших послуг як основний, з яким Страховик та/чи Асистанс має договірні відносини.

**Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання екстреної медичної допомоги, може призвести до значного тривалого розладу здоров'я або загрожувати життю.

**Гострий біль** – реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

**Договір страхування** – це письмова угода між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування страхувальником, на користь якої укладено договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

**Екстрена госпіталізація** – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, отриманої травми, отруєння, що становить загрозу життю і вимагає невідкладного лікування в умовах стаціонару.

**Загострення хронічного захворювання** – стадія перебігу хронічного захворювання, яка характеризується значним посиленням існуючих симптомів захворювання, появою нових симптомів та пов'язана з певною динамікою розвитку хвороби чи впливом додаткових патогенних факторів у зв'язку з чим потребує медикаментозного та іншого лікування до відновлення працездатності Застрахованої особи.

**Застрахована особа** – дієздатна фізична особа, резидент або нерезидент України, на користь якої укладений договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

**Лікар-координатор** – представник Страховика та/чи Асистансу, який організовує надання медичної допомоги Застрахованій особі.

**Лікувально-профілактична установа/заклад (ЛПУ/ЛПЗ)** – заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію на здійснення медичної практики у відповідності до норм чинного законодавства.

**ЛПУ з переліку Страховика** – ЛПУ, з якими Страховик (Асистанс) уклав договір про співпрацю щодо надання Застрахованим особам медичних та інших послуг.

**Ліміт (субліміт) відповідальності Страховика** – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми (ліміту), який за згодою Сторін може встановлюватись при укладанні договору страхування за програмами страхування, опціями та / або за окремими видами послуг, передбачених Програмою страхування.

**Місце дії Договору** – територія, при перебуванні Застрахованої особи на якій Страховик несе відповідальність за договором страхування у відповідності до його умов. При виникненні будь-якого розладу здоров'я Застрахованої особи поза зоною, визначеною як «Місце дії договору», Страховик не несе відповідальності по договору страхування, в тому числі стосовно оплати/відшкодування будь-яких послуг з приводу лікування такого розладу здоров'я та/чи його наслідків.

**Медико-санітарна допомога** – медична та інша пов'язана із нею допомога, включаючи заходи профілактики, – комплекс спеціальних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику захворювань, допомогу особам з травмами, гострими захворюваннями, загостреннями хронічних хвороб і реабілітацію хворих та інвалідів, консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та

профілактичні заходи, а також надання медикаментів і медичних матеріалів, необхідних для лікування Застрахованих осіб.

**Планова госпіталізація** – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, отриманої травми, отруєння, що не потребують невідкладного надання медичної допомоги за життєвими показаннями та можуть бути відстрочені у часі.

**Планове оперативне втручання** – проведення хірургічного втручання після більш ніж 24 годин після встановлення діагнозу та/чи виявлення показань до оперативного втручання, а також випадки, коли проведення оперативного втручання можливо відстрочити на 24 години без загрози життю та здоров'ю.

**Нещасний випадок** – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок впливу різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних і т. ін.) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованої особи та/або її загибелі (смерті), яка не підпадає під виключення згідно з цими Правилами страхування або Договором страхування.

До зовнішніх факторів можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, механізмів, інструментів тощо.

Під розладом здоров'я слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травма, забій, рана, перелом, черепно – мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля і т. ін.), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками тощо.

**Оздоровчий заклад** – заклад, що належить до суб'єктів сфери фізичної культури і спорту і надає фізкультурно-оздоровчі послуги для населення.

**Програма добровільного медичного страхування** (далі – Програма страхування) – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, транспортних та інших послуг певного обсягу та рівня, які надаються Застрахованій особі згідно з умовами Договору страхування із зазначенням тих чи інших обмежень. Програма страхування може складатись з однієї чи декількох базових програм (підпрограм) або опцій.

**Спеціалізована служба Страховика** – підрозділ Страховика, який здійснює організацію і контроль надання медичних та інших послуг Застрахованій особі, передбачених умовами Договору страхування.

**Сторони** – Страховик та Страхувальник при сумісному вживанні в тексті цих Правил.

**Страховик** – Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «Мотор-Гарант», яке одержало у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності у формі добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).

**Страхувальники** – юридичні особи або дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком договори страхування.

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

**Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування, яка відбулась під час дії договору страхування і з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі або іншій третій особі.

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

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

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

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

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

**Хронічне захворювання** – хвороба з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень та/або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

## **2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

2.1 Страховик згідно із Законом України “Про страхування” і відповідно до умов цих Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я) (далі – Правила) укладає договори добровільного медичного страхування (далі – Договори страхування) з дієздатними фізичними особами, які є громадянами України, іноземними громадянами, особами без громадянства або юридичними особами будь-якої організаційно-правової форми, резидентами та нерезидентами України, які зареєстровані і діють відповідно до законодавства України (далі – Страхувальники).

2.2 Договір страхування передбачає 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:

2.2.1. оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку (виду) та якості (в обсязі обраної Страхувальником Програми страхування), яка була надана Страхувальнику чи Застрахованій особі, закладами охорони здоров’я, до яких він (вона) звернувся під час дії Договору страхування, у зв’язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров’я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої цими Правилами та Договором страхування, що пов’язана з наданням медико-санітарної допомоги;

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

2.3 Страхувальник може укладати договори щодо страхування власного здоров’я та (або) здоров’я третіх осіб (Застрахованих осіб), визначених Страхувальником у Договорі страхування за їх згодою, крім випадків, передбачених законодавством України.

2.4 Якщо Страхувальником є юридична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування фізичних осіб, то Застрахованими особами є фізичні особи, визначені у списку Застрахованих осіб, який є невід’ємною частиною Договору страхування.

2.5 Страхувальник, який уклав Договір страхування на свою користь, набуває прав і обов’язків Застрахованої особи згідно з Договором страхування.

2.6 Вік Застрахованої особи на момент укладання договору страхування не повинен бути меншим 3 років та старшим за 65 років, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування.

2.7 Ці Правила регулюють загальні умови Договору страхування та порядок його укладення. За згодою Сторін у Договір страхування можуть бути внесені інші (додаткові) умови, що не суперечать цим Правилам та законодавству України.

## **3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов’язані зі здоров’ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою.

## **4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ**

4.1. Розмір страхової суми визначається за згодою Сторін в залежності від обраної Програми страхування і вартості окремих медичних та інших послуг, передбачених такою Програмою, на момент укладання Договору страхування та залежно від регіону України.

4.2. Погоджений Сторонами розмір страхової суми зазначається в Договорі страхування.

4.3. У Договорі страхування можуть бути встановлені окремі страхові суми, а також ліміти та субліміти відповідальності Страховика і франшизи за окремими Програмами страхування, страховими випадками або за певними видами передбаченої Договором страхування медичної чи іншої допомоги.

4.4. Розмір страхової суми, а також ліміти, субліміти відповідальності Страховика і франшизи за окремими Програмами страхування можуть бути змінені за узгодженням Сторін до настання страхового випадку.

## **5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ.**

5.1. Розмір базових страхових тарифів обчислюється актуарно на підставі відповідної статистики настання страхових випадків з урахуванням вартості медичних та інших послуг, передбачених умовами певної Програми страхування на момент укладання Договору страхування, кількості Застрахованих осіб, ризику їх захворюваності в залежності від факторів ризику діяльності, віку тощо.

5.2. Базові страхові тарифи, які застосовуються при укладанні Договорів страхування на підставі цих Правил, наведені в Додатку №1 до цих Правил. В залежності від конкретних умов Програми страхування до базових страхових тарифів можуть застосовуватись коригуючі (підвищувальні чи понижувальні) коефіцієнти.

5.3. Страховий платіж визначається шляхом множення страхової суми за окремою Програмою страхування або Договором страхування в цілому на ставку страхового тарифу, визначеного згідно п.5.2. цих Правил, та зазначається у Договорі страхування.

5.4. Страховий платіж сплачується Страхувальником як плата за страхування шляхом безготівкового перерахування на поточний рахунок Страховика (його відокремленого підрозділу), в розмірі та в строки, передбачені умовами Договору страхування.

5.5. Страхувальники - резиденти згідно з укладеним Договором страхування мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент – у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

5.6. Зазначений в Договорі страхування страховий платіж за узгодженням Сторін може сплачуватися одноразово або частинами. Конкретні умови, строки або терміни сплати страхового платежу встановлюються у Договорі страхування.

5.7. У разі сплати страхового платежу (або його частини) в строки або терміни, зазначені в Договорі страхування, але не в повному обсязі, Страховик несе відповідальність за Договором страхування пропорційно відношенню фактично сплаченої частини страхового платежу до нарахованого страхового платежу (його частини) за Договором страхування, і в разі настання страхового випадку розмір страхової виплати буде зменшуватися відповідно, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

## **6. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

6.1. Відповідно до цих Правил, страховим ризиком є подія, яка відбулась під час дії та на території дії і за Місцем дії Договору страхування, із переліку:

6.1.1. гостре захворювання Застрахованої особи;

6.1.2. загострення хронічного захворювання Застрахованої особи;

6.1.3. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

6.1.4. необхідність звернення Застрахованої особи до закладу охорони здоров'я та/або оздоровчого закладу та/або Спеціалізованої служби Страховика та/або Асистансу у інших випадках, передбачених умовами Договору страхування.

6.2. Страховим випадком є факт одержання Страхувальником (Застрахованою особою) медичних та інших послуг, передбачених умовами Договору страхування, необхідність одержання яких виникла внаслідок подій, передбачених п.6.1. цих Правил.

## **7. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

7.1. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, не приймаються на страхування:

7.1.1. особи, визнані у встановленому порядку недієздатними;

7.1.2. особи, які страждають на тяжкі нервові захворювання (в тому числі пухлини головного мозку, пухлини спинного мозку, ураження нервової системи, енцефаліт), психічні захворювання, СНІД, будь-які хронічні захворювання в стадії декомпенсації (в т.ч. часткової декомпенсації), а також особи, які знаходяться на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись: онкологічному, наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному);

7.1.3. хворі на тяжкі форми захворювань серцево-судинної та/чи дихальної систем;

7.1.4. госпіталізовані до початку чи на момент початку дії Договору страхування.

7.2. Страховик має право достроково припинити дію Договору страхування щодо певної Застрахованої особи, якщо буде встановлено факт, що така Застрахована особа підпадає під ознаки будь-якого підпункту пункту 7.1. цих Правил страхування, однак Страховику не було повідомлено про це до початку дії Договору страхування. Сплачені за таким Договором страхування страхові платежі за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхових тарифів, та страхових виплат повертаються Страхувальнику.

7.3. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування до виключень із страхових випадків і обмежень страхування належать:

7.3.1. Погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, яке відбулося внаслідок та/або під час наступних подій:

7.3.1.1. вчинення Страхувальником/Застрахованою особою протиправних дій;

7.3.1.2. свідомого спричинення собі шкоди, зокрема, спроби самогубства, відмови від лікування, створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу, недотримання призначень медичного персоналу та/або лікувального режиму;

7.3.1.3. вживання алкоголю та/або наркотичних та/або токсичних речовин та/або ліків, не призначених лікарем;

7.3.1.4. самолікування, або лікування в ЛПУ та/або окремих лікарів, які не мають ліцензії на медичну діяльність, або яке здійснювалось без погодження зі Страховиком чи його офіційним представником;

7.3.1.5. служби у збройних силах та/або роботи в правоохоронних структурах та/або у пожежних чи охоронних структурах;

7.3.1.6. особливого, надзвичайного або військового стану, громадянської війни, військового вторгнення, дій іноземних ворогів, будь-яких громадських заворушень та/або порушень громадського порядку та/або терористичних актів;

7.3.1.7. хімічного та/або бактеріологічного та/або радіаційного забруднення навколишнього середовища;

7.3.1.8. польотів у будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа перебуває на борту як пасажир у цивільному авіатранспорті, власник якого мав ліцензію на пасажирське перевезення.

7.3.2. Отримання Застрахованою особою медичних послуг поза обумовленої Договором страхування території дії (Місцем дії) та/або в медичних закладах, не передбачених Програмою страхування.

7.3.3. Будь-яке захворювання або його наслідки, яке було наявним у Застрахованої особи до моменту укладення Договору страхування та інформацію про яке Страхувальник/Застрахована особа не повідомив/ла або навмисно спотворив/ла у декларації про стан свого здоров'я.

7.3.4. Наступні захворювання та/або стани Застрахованої особи – як діагностика (в т.ч. на етапі встановлення попереднього діагнозу), так і лікування (за винятком випадків, коли діагностика та/чи лікування цих захворювань/станів прямо передбачене умовами Програми страхування, визначеними в Договорі страхування):

7.3.4.1. хронічне захворювання будь-якого типу в фазі ремісії (в т.ч. нестійкої) та/або загострення хронічного захворювання та/або гостре захворювання та/або ускладнення захворювання, яке виникло до початку дії Договору страхування (незалежно від часу діагностування);

7.3.4.2. хронічне захворювання, яке виникло до початку дії Договору страхування (незалежно від часу діагностування), крім випадків виникнення під час дії Договору страхування загострення такого захворювання, яке несе пряму загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи;

7.3.4.3. професійні захворювання;

7.3.4.4. виробничі травми;

7.3.4.5. психічні захворювання та їх наслідки, пограничні стани, психологічні розлади;

7.3.4.6. вроджені аномалії, вади розвитку, генетичні та спадкові захворювання та їх ускладнення;

7.3.4.7. венеричні захворювання та захворювання, що передаються переважно статевим шляхом;

7.3.4.8. СНІД та погіршення стану здоров'я пов'язані із ВІЛ-інфікуванням;

- 7.3.4.9. особливо небезпечні інфекції згідно переліку, затвердженого Наказом МОЗ України від 19.07.95 N113 «Про затвердження Переліку особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб»;
- 7.3.4.10. вагітність та погіршення стану здоров'я, спричинене вагітністю, штучне переривання вагітності (крім переривання вагітності за медичними показаннями в разі, якщо таке спричинено нещасним випадком, що стався із Застрахованою особою під час дії Договору страхування);
- 7.3.4.11. чоловіче чи жіноче безпліддя, будь-які заходи щодо регулювання запліднюваності, народжуваності та/або порушень статевої функції, в т.ч. визначення гормонів репродуктивної панелі, діагностика/лікування дисгормональних станів (аденома простати, ендометріоз, фіброміома, мастопатія тощо), клімактеричний синдром, порушення менструального циклу, гіперандрогенія, полікістоз яєчників, метаболічний синдром, синдром виснаження яєчників, гіперпролактинемія, тестування вагітності тощо;
- 7.3.4.12. гострі чи хронічні кольпіти, цервіцити, вульвовагініти, дизбіози/дисбактеріози, уретрити, простатити, баланопостити будь-якої етіології, за винятком випадків, коли це прямо передбачене Програмою страхування;
- 7.3.4.13. функціональні розлади органів травлення, зокрема, дискінезії жовчовивідних шляхів (окрім випадків, коли ДЖШ виникає як супутній діагноз основного захворювання гастроентерологічного профілю), функціональний закріп, диспанкреатизм; стани, що супроводжуються порушенням фізіологічної мікрофлори організму;
- 7.3.4.14. оперативні втручання, лікування та інші заходи, пов'язані зі зміною статі та/чи психологічними/психічними розладами, та/чи будь-якими гендерними проблемами;
- 7.3.4.15. лікування будь-яких захворювань та станів, які потребують замісної гормональної терапії та/або препаратів для постійного та тривалого прийому, окрім станів ускладнень таких захворювань, що потребують невідкладної медичної допомоги, до ліквідації загрози життю;
- 7.3.4.16. будь-які хронічні захворювання в стадії декомпенсації;
- 7.3.4.17. хронічна недостатність будь-якого органу та/чи системи, незалежно від стадії такої недостатності;
- 7.3.4.18. хронічні хвороби периферійних судин, зокрема, варикозна хвороба, облітеруючий ендартеріїт, облітеруючий атеросклероз, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність, геморої тощо;
- 7.3.4.19. гіпертонічна хвороба, симптоматична гіпертензія, вегетативна (нейроциркуляторна) дистонія (ВСД, НЦД тощо) та дисциркуляторна енцефалопатія будь-якого генезу, окрім невідкладної допомоги при кризових станах;
- 7.3.4.20. лікування будь-яких вікових дегенеративно-дистрофічних змін та їх ускладнень, зокрема, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз, остеохондроз (будь-яка форма) тощо;
- 7.3.4.21. захворювання крові та кровотворних органів;
- 7.3.4.22. системні захворювання сполучної тканини та їх наслідки, недиференційовані колагенози;
- 7.3.4.23. аутоімунні та/чи системні демієлінізуючі хвороби (в т.ч. розсіяний склероз);
- 7.3.4.24. саркоїдоз, муковісцидоз, незалежно від клінічної форми і стадії розвитку, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона;
- 7.3.4.25. гепатити (крім гепатиту А), цироз печінки;
- 7.3.4.26. дерматити будь-якої локалізації, хронічні дерматози (псоріаз, нейродерміт, екзема, вітиліго тощо);
- 7.3.4.27. мікози будь-якої локалізації;
- 7.3.4.28. цукровий діабет (як основне, так і супутнє захворювання);
- 7.3.4.29. туберкульоз;
- 7.3.4.30. будь-які новоутворення та їх ускладнення; вегетації; поліпи; гіпертрофії елементів лімфоїдної та інших тканин;
- 7.3.4.31. онкологічні захворювання, їх наслідки та ускладнення;
- 7.3.4.32. хвороби ока та його придаткового апарату, окрім станів, що потребують невідкладної медичної допомоги і сталися внаслідок нещасних випадків;
- 7.3.4.33. герпетичні інфекції, хронічні персистуючі інфекції, в т.ч. викликані вірусами Коксакі, вірусами ЕСНО, ентеровірусами, групою TORCH-інфекцій тощо;



- 7.3.4.34. алергічні захворювання (алергічний риніт, алергічний дерматит, алергічний кон'юнктивіт тощо), окрім станів, що несуть загрозу життю (анафілактичний шок, набряк Квінке);
- 7.3.4.35. захворювання, які пов'язані з масовими захворюваннями та/чи епідеміями (крім ГРВІ один раз на рік);
- 7.3.4.36. інвазивні хвороби шлунково-кишкового тракту та інших органів (амебіаз, лямблії, аскаридоз, філяріоз тощо);
- 7.3.4.37. стани, які супроводжуються бактеріо- чи вірусносіємством без наявності клінічних ознак захворювання; тривалий, понад 10 днів, субфебрилітет невідомого походження ( $37,0^{\circ}\text{C}$  –  $38,0^{\circ}\text{C}$ ); синдром хронічної втоми;
- 7.3.4.38. пародонтоз, гінгівіт, естетичне та профілактичне стоматологічне лікування, протезування;
- 7.3.4.39. будь-які операції чи лікування, що незавершені чи очікувалися до початку набрання чинності Договору страхування, а також операції, які рекомендовані в плановому порядку (планове оперативне лікування);
- 7.3.4.40. лікування захворювань, у тому числі травм, набутих в результаті професійного заняття спортом (під час тренувань та змагань), або заняття екстремальними видами спорту на аматорському рівні (альпінізм, катання на лижах, ковзанах тощо);
- 7.3.5. Страховик не покриває та не відшкодовує витрати пов'язані з (якщо інше прямо не передбачене умовами Програми страхування, визначеними в Договорі страхування):
- 7.3.5.1. отриманням медичних послуг без погодження зі Страховиком чи його уповноваженим представником та/або не передбачених Програмою страхування та/або після закінчення строку дії Договору страхування, в тому числі при достроковому припиненні його дії;
- 7.3.5.2. трансплантацією органів та/чи тканин, окрім випадків алло-ауто трансплантації шкіри за життєвими показаннями при опіковій хворобі;
- 7.3.5.3. оперативними втручаннями із застосуванням апарату штучного кровообігу; ендоскопічними втручаннями; оперативним лікуванням, пов'язаним із будь-якою пластикою (стендуванням; артроскопічним лікуванням тощо); видаленням новоутворень, поліпів тощо;
- 7.3.5.4. проведенням пластичних, косметичних та естетичних оперативних втручань;
- 7.3.5.5. оперативним втручанням на очах, лікуванням катаракти, корекцією зору, у тому числі при комп'ютерному синдромі, глаукомі, міопії, лікуванні косоокості тощо; використанням лазерних технологій лікування, в т.ч. лазерна коагуляція сітківки ока тощо;
- 7.3.5.6. коригуванням маси тіла або хірургічним лікуванням ожиріння;
- 7.3.5.7. будь-яким видом протезування;
- 7.3.5.8. використанням і підбором коригувальних та/або допоміжних медичних пристроїв чи виробів медичного призначення (окулярів, контактних лінз, слухових пристроїв, слухових імплантатів тощо);
- 7.3.5.9. придбанням дезінфікуючих засобів, предметів гігієни, памперсів, пелюшок, шампунів, кремів, паст тощо;
- 7.3.5.10. медичних інструментів, пристроїв та товарів медичного призначення (спринцівки, інгалятори, тонометри, термометри, контейнери, пробірки, рукавиці, халати, бахіли тестери тощо), ортопедичних засобів та посібників (бандажі, корсети, ортези, ортопедичне взуття, милиці, м'який медичний інвентар тощо), медичних пристроїв, які заміщають або корегують функції уражених чи відсутніх органів тощо (штучні водії ритму, кришталіки, стенти, шунти, імпланти, протези, конструкції та пристосування для металостеосинтезу тощо);
- 7.3.5.11. придбанням стимуляторів загальної дії, біологічно активних добавок (БАД) та харчових добавок (домішок), ензимів загальної дії, гіполіпідемічних препаратів (у т.ч. статинів), вазопротекторів; ноотропних препаратів; простагландинів, хондропротекторів, гепатопротекторів, пробіотиків, бактеріофагів, вітамінних комплексів і препаратів стимуляції будь-якої системи (імунної, нервової тощо), імуномодуляторів, імуноглобулінів, препаратів урсодезоксіхолієвої кислоти (урсофальк та інші), агоністів та антагоністів гонадотропін-релізінг гормонів, препаратів-аналогів гонадотропін-релізінг-гормону (в т.ч. золадекс, диферелін тощо); гомеопатичних препаратів; будь-яких профілактичних препаратів чи засобів; засобів для симптоматичного лікування;
- 7.3.5.12. забезпеченням кровозамінниками та препаратами крові;

- 7.3.5.13. використанням методів нетрадиційної медицини (фітотерапії, гомеопатії, лікування біологічно активними добавками, акупунктури, гідро-процедур, діагностики та лікування за методом Фоля/Накатані, мікрохвильової/інформаційної терапії, еферентних методів, гіпнозу, тощо);
- 7.3.5.14. експериментальним лікуванням, лікуванням при участі у клінічних випробуваннях;
- 7.3.5.15. забезпеченням індивідуального дієтичного/посиленого харчування та/або поліпшених побутових умов під час перебування в лікувальному закладі;
- 7.3.5.16. санаторно-курортним лікуванням; медичною реабілітацією та відновлювальною терапією;
- 7.3.5.17. профілактичним лікуванням, в т.ч. вакцинацією, вітамінізацією, оздоровчими (відвідування басейну, масаж тощо) та фізіотерапевтичними процедурами (ЛФК, електрофорез тощо);
- 7.3.5.18. викликом до дому професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, лікарів вузькопрофільної спеціалізації; медичними маніпуляціями на дому; консультаціями в амбулаторних умовах провідних (головних) фахівців, професорів, докторів (кандидатів) медичних наук;
- 7.3.5.19. медичним обстеженням без погіршення стану здоров'я (медкомісії водіїв, допризовників і призовників, для отримання дозволу на носіння зброї тощо); відкриттям та закриттям лікарняного листку без огляду лікаря, доставкою лікарняного листку в офіс, додому; оформленням лікарняного листку по догляду за дитиною;
- 7.3.5.20. необґрунтованою госпіталізацією Застрахованої особи у стаціонар;
- 7.3.5.21. сплатою внесків до благодійних фондів, лікарняних кас, інших страхових компаній;
- 7.3.5.22. моральною шкодою та/чи упущеною вигодою.
- 7.4. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену Договором страхову суму, а у випадку встановлення лімітів відповідальності на окремі послуги в рамках Програми страхування – частину вартості лікування, що перевищує цей ліміт. Якщо умовами Договору страхування, зокрема, Програмою страхування, встановлена франшиза, то Страховик здійснює страхові виплати за вирахуванням розміру такої франшизи.
- 7.5. В разі необхідності проведення Застрахованій особі діагностики, в тому числі диференційної діагностики, з приводу захворювань та/чи станів, які належать чи можуть належати до виключень із страхових випадків і обмежень страхування, така діагностика та/чи диференційна діагностика проводиться за рахунок Застрахованої особи до встановлення остаточного діагнозу, а в разі, якщо виявлене захворювання та/чи стан належатиме до страхових випадків, Страховик здійснює Застрахованій особі/Вигодонабувачу страхову виплату в розмірі вартості такої діагностики з урахуванням умов Розділу 13 цих Правил.
- 7.6. Умовами окремого Договору страхування або Програми страхування, перелік виключень та обмежень страхування може бути звужений, доповнений або змінений.

## **8. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 8.1. Строк дії договору страхування встановлюється за згодою сторін і зазначається в Договорі страхування.
- 8.2. Територія дії Договору страхування – Україна, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

## **9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 9.1. Для укладення Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином (усно) заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Подання заяви не зобов'язує Страхувальника та Страховика укласти Договір страхування.
- 9.2. При укладенні Договору страхування Страховик має право витребувати у Страхувальника всі документи, які необхідні для оцінки страхового ризику. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, в тому числі результати попереднього медичного обстеження передбачуваних Застрахованих осіб.
- 9.3. Договір страхування укладається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться (по одному примірнику) у кожній із Сторін.

- 9.4. Укладання Договору страхування засвідчується підписами Страхувальника (коли Страхувальником виступає юридична особа – підписом уповноваженої особи Страхувальника і печаткою Страхувальника) та уповноваженої особи Страховика і печаткою Страховика.
- 9.5. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення страхового платежу або першої його частини, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.
- 9.6. Дія Договору страхування закінчується о 24 годині дня, зазначеного у Договорі страхування, як день закінчення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.
- 9.7. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.
- 9.8. У випадку страхування групи осіб, Договір страхування (поліс, сертифікат) може бути виданий як на кожного члена групи, так і на всю групу. В останньому випадку до Договору додається список Застрахованих осіб, із зазначенням розміру страхового тарифу та страхової суми для кожної Застрахованої особи, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Форму списку Застрахованих осіб визначає Страховик. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування (полісу, сертифікату).
- 9.9. Застрахованій особі забороняється передавати Договір страхування (поліс, сертифікат) іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги та інших послуг.
- 9.10. У разі втрати Договору страхування (полісу, сертифікату) Страхувальник повинен на підставі особистої письмової заяви одержати у Страховика дублікат Договору страхування. З моменту видачі дублікату Договору страхування втрачені примірники Договорів страхування вважаються недійсними, виплати за ними не здійснюються.
- 9.11. У Договорі страхування за погодженням Сторін може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в Договір страхування і не діють в конкретних умовах страхування.

## 10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

### 10.1. Страхувальник має право:

- 10.1.1. Перевіряти виконання Страховиком умов Договору страхування;
- 10.1.2. Отримати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов укладеного ним Договору страхування;
- 10.1.3. Вимагати від Страховика оплати медичних послуг певного переліку в обсязі Програми страхування, передбаченої Договором страхування;
- 10.1.4. Звертатися до Страховика при настанні випадку, що має ознаки страхового випадку, за інструкціями щодо порядку дій Страхувальника (Застрахованої особи чи особи, що представляє її інтереси) у разі настання страхового випадку;
- 10.1.5. Достроково припинити дію Договору страхування, в порядку та на умовах, передбачених Договором страхування та цими Правилами страхування;
- 10.1.6. Ініціювати внесення змін до Договору страхування;
- 10.1.7. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страхувальника.

### 10.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 10.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі у розмірах та в строки, визначені Договором страхування;
- 10.2.2. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
- 10.2.3. Не розголошувати конфіденційну інформацію про діяльність Страховика, про зміст Договору страхування, яка стала йому відома при укладанні та під час дії Договору страхування;
- 10.2.4. При укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмету Договору страхування;
- 10.2.5. Вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованих осіб та провадити усі можливі заходи, направлені на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 10.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у строк, передбачені умовами Договору страхування;

10.2.7. За наявності відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, цими Правилами та/або Договором страхування, що позбавляють Страхувальника права на отримання страхової виплати, - повернути страхову виплату, що вже отримана Страхувальником, протягом строку, передбаченого законом, цими Правилами та/або Договором страхування.

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

### **10.3. Застрахована особа має право:**

10.3.1. У разі настання страхового випадку, отримувати медичну допомогу в обсязі та в межах Програми страхування, в т.ч. лімітів страхування, які передбачені Договором страхування;

10.3.2. Сплачувати самостійно вартість отриманих медичних послуг на умовах, передбачених Договором страхування.

10.3.3. Подавати Страховику заяву на отримання страхової виплати (у випадку компенсації вартості за самостійно оплачене лікування, погоджене із Страховиком) згідно умов Програми страхування та Договору страхування, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування;

10.3.4. Повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у Базовому медичному закладі;

10.3.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Застрахованої особи.

### **10.4. Застрахована особа зобов'язана:**

10.4.1. Проходити лікування, яке призначене лікарем, виконувати вказівки медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

10.4.2. Сумлінно зберігати страхові документи (Договір страхування, картку застрахованої особи, страхові сертифікати, інше), не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;

10.4.3. У разі втрати страхових документів негайно сповістити про це Страховика;

10.4.4. Достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я, існуючі ризики щодо його зміни та надавати іншу інформацію, яка може мати відношення до страхового випадку та/чи зміни ступеню страхового ризику;

10.4.5. Надавати лікарю-координатору Страховика та/чи Асистансу та /чи лікарю Базового МЗ (за вибором Страховика) можливість проведення (організації проведення) додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;

10.4.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені Договором страхування;

10.4.7. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи.

### **10.5. Страховик має право:**

10.5.1. Перевіряти достовірність даних, повідомлених йому Страхувальником та Застрахованою особою;

10.5.2. Вимагати проведення попереднього медичного обстеження з метою одержання достовірних даних для оцінки страхового ризику;

10.5.3. Відмовити у прийнятті на страхування особи на підставі даних анкети (декларації) про стан здоров'я, проведеного обстеження або на підставі відмови такої особи проходити медичне обстеження.

10.5.4. Робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ, які можуть володіти інформацією про обставини настання Страхового випадку;

10.5.5. Повністю або частково відмовити в оплаті медичних послуг відповідно до Розділу 7 та 14 цих Правил, а також у випадках передбачених Договором страхування;

10.5.6. Відкласти вирішення питання щодо здійснення страхової виплати при виникненні обґрунтованих сумнівів з приводу достовірності інформації, що надається Страхувальником (Застрахованою особою) до повного з'ясування усіх обставин згідно умов пункту 13.7. цих Правил.

10.5.7. Достроково припинити дію Договору страхування або ініціювати внесення в нього змін в порядку та на умовах, передбачених цими Правилами та Договором страхування;

10.5.8. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика.

#### **10.6. Страховик зобов'язаний:**

10.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

10.6.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику;

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

10.6.4. Не розголошувати відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які стали йому відомі під час укладання Договору страхування та тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майновий стан, крім випадків, встановлених законодавством України;

10.6.5. Видати Страхувальнику Договір страхування із зазначенням обраної Програми страхування;

10.6.6. Прийняти рішення про виплату або відмову у здійсненні страхової виплати у строки, встановлені Договором страхування;

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

10.7. Сторони повинні дотримуватись умов Договору страхування та цих Правил страхування.

### **11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

11.1. У випадках, передбачених Договором страхування, Страхувальник (Застрахована особа) повинен звернутися до Спеціалізованої служби Страховика та/чи Асистансу за телефоном, зазначеним в Договорі страхування та отримати інформацію щодо подальших дій.

11.2. Медичні послуги (крім послуг невідкладної медичної допомоги) Застрахованій особі надаються медичними закладами за умови пред'явлення нею медичному закладу наступних документів:

11.2.1. письмового направлення лікаря-координатора Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) або за попередньої домовленості по телефону;

11.2.2. Договору страхування (поліс, сертифікат, картка застрахованої особи);

11.2.3. документу, що посвідчує особу.

11.3. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається Спеціалізованій службі Страховика (Асистансу) або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане іншою особою, яка діятиме від імені Застрахованої особи, зокрема, її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

11.4. У разі необхідності отримання медичної допомоги в медичному закладі, не передбаченому Договором страхування, Застрахована особа (інша особа, яка діятиме від імені Застрахованої особи) повинна повідомити про це Спеціалізовану службу Страховика (Асистанс) протягом строку, визначеного у Договорі страхування, і узгодити обсяг та вартість необхідної медичної допомоги до моменту її отримання.

11.5. Договором страхування може бути передбачений інший порядок звернення Застрахованих осіб за медичною допомогою.

### **12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ**

12.1. Страховик сплачує (в межах страхової суми та лімітів/сублімітів/франшиз Програм страхування) вартість послуг, наданих Застрахованим особам закладами охорони здоров'я, оздоровчими та іншими закладами, на підставі рахунків та відповідних актів виконаних робіт, калькуляцій витрат, переліку виданих Застрахованим особам лікарських засобів, рецептів тощо,

які надаються Страховику такими закладами безпосередньо та/або за посередництвом Асистансу.

12.2. В разі оплати вартості послуг, передбачених умовами Договору страхування та наданих Застрахованим особам закладами охорони здоров'я, оздоровчими та іншими закладами за посередництвом Асистансу, Страховик сплачує (в межах страхової суми та лімітів/сублімітів/франшиз Програм страхування) вартість таких послуг на підставі рахунків та відповідних актів виконаних робіт Асистансу за передбаченими відповідним договором доручення формами, а також доданих до них копій рахунків та відповідних актів виконаних робіт, калькуляцій витрат, переліку виданих Застрахованим особам лікарських засобів, рецептів тощо, наданих на оплату Асистансу закладами охорони здоров'я, оздоровчими та іншими закладами.

12.3. Якщо Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість наданих їй медичних та/чи оздоровчих послуг та/чи придбала медикаменти за виписаними довіреним лікарем Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) рецептами, їй повертається витрачена сума чи її частина шляхом здійснення страхової виплати на підставі наданих належним чином оформлених документів, а саме:

12.3.1. заяви на страхову виплату за формою Страховика;

12.3.2. документів для проведення ідентифікації особи – паспорту, довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру, копії свідоцтва про народження (для неповнолітніх);

12.3.3. медичних документів – виписки із карти амбулаторного (стаціонарного) хворого, консультаційного висновку лікаря – при проведенні обстеження; інших медичних документів за затвердженими формами; копій лікарняних листків, завірених роботодавцем; рецептів на придбання ліків;

12.3.4. документів, що підтверджують понесені витрати – фіскальних чеків, а також товарних чеків у разі, якщо у фіскальних чеках не визначений конкретний перелік медикаментів та їх кількість чи конкретний перелік медичних послуг та їх кількість; квитанцій банків (оригіналів) про здійснення безготівкової оплати із визначенням за що саме була здійснена оплата;

12.3.5. документів компетентних органів, які визначають факт, причини та обставини настання нещасного випадку – в разі розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

12.3.6. інших документів на вимогу Страховика, що стосуються з'ясування факту, причин та обставин настання випадку з ознаками страхового випадку;

12.4. Умовами конкретних Договорів страхування та/чи Програм страхування перелік документів може бути змінений.

### **13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

13.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування на підставі заяви на страхову виплату та страхового акту, який складається у визначеній Страховиком формі за умови отримання всіх необхідних підтверджуючих документів, визначених в Розділі 12 цих Правил, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування та/або умовами відповідних договорів доручення та/чи договорів про співпрацю.

13.2. Розмір страхової виплати визначається виходячи з вартості фактично наданої Застрахованій особі медичних та інших передбачених умовами Програми страхування послуг в межах встановленої Договором страхової суми та лімітів/сублімітів відповідальності Страховика, а також з урахуванням розміру франшизи, якщо вона встановлена. Загальна сума страхових виплат на кожну Застраховану особу за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхову суму, встановлену для такої Застрахованої особи у Договорі страхування.

13.3. Страхові виплати здійснюються Страховиком шляхом:

13.3.1. перерахування грошових коштів на банківський рахунок ЛПЗ/ЛПУ чи іншого закладу, який за згодою Страховика надав медико-санітарну допомогу та інші послуги, оплата вартості яких передбачена умовами Договору;

13.3.2. перерахування грошових коштів на банківський рахунок Асистансу – у разі, якщо оплата медико-санітарної допомоги та інших послуг, наданих Застрахованим особам, передбачена від імені та за рахунок Страховика за посередництвом Асистансу;

13.3.3. Застрахованій особі чи іншій особі, яка має право на отримання страхової виплати у відповідності до умов Договору та норм чинного законодавства, – у разі, якщо вартість медико-санітарної допомоги та інших послуг, наданих Застрахованій особі і передбачених до оплати умовами Договору страхування, Застрахована особа оплатила самостійно, або зазначені витрати здійснила від її імені третя особа.

13.4. Страхові виплати закладам охорони здоров'я та іншим закладам, а також Асистансу здійснюються у порядку і на умовах, передбачених відповідними договорами, укладеними між Страховиком та медичним чи іншим закладом (установою) або між Страховиком та Асистансом.

13.5. Рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у її здійсненні Страховик приймає протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання всіх необхідних та належним чином оформлених документів, і в цей же термін складає страховий акт або письмово повідомляє про відстрочку чи відмову у страховій виплаті з обґрунтуванням причини цієї відстрочки або відмови, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

13.6. Страхові виплати Страхувальникам (Застрахованим особам) здійснюється впродовж 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату (затвердження страхового акту), якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

13.7. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) документів та/або наданої Страхувальником (Застрахованою особою) інформації недостатньо для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати чи відмови у її здійсненні, Страховик може подовжити строк прийняття такого рішення для здійснення запитів та отримання відомостей, які стосуються заявленого випадку, у правоохоронних органах, медичних установ та інших підприємств, установ і організацій, які володіють інформацією про обставини заявленого випадку.

13.8. Якщо за фактом, який став причиною погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, правоохоронними органами розпочато досудове розслідування, прийняття рішення Страховиком про страхову виплату може бути відкладено до закриття кримінального провадження або набрання рішенням суду, винесеним по даному кримінальному провадженню, законної сили та отримання Страховиком відповідних документів щодо цього.

13.9. Договором страхування також може бути передбачено здійснення страхової виплати частково, у вигляді певного відсотку вартості отриманої Застрахованою особою медичної допомоги та/або у вигляді компенсації послуг певного переліку. Решту вартості отриманих медичних послуг в такому випадку Застрахована особа оплачує самостійно. Порядок та умови здійснення такої виплати визначаються умовами Договору страхування (та/або Програмою страхування).

13.10. 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.

## **14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

14.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

14.1.1. Навмисні дії Страхувальника (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 особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

14.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

14.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

14.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

14.1.5. Ненадання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку та розмір збитків, зазначених у Договорі страхування.

14.1.6. Отримання Застрахованою особою послуг поза Територією дії (Місцем дії), визначеними Програмою страхування та/чи умовами Договору страхування, та/чи здійснення витрат з причин, що належать до обмежень страхування та виключень із страхових випадків, зазначених у Розділі 7 цих Правил.

14.1.7. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого із зобов'язань, передбачених умовами Договору страхування.

14.1.8. Неповна сплата страхового платежу в терміни та на умовах, передбачених Договором страхування.

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

## **15. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

15.1. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 календарних днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

15.2. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання додаткової угоди до Договору страхування. Внесені зміни набувають чинності з дати підписання Сторонами додаткової угоди, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування та/або самою додатковою угодою.

15.3. У разі незгоди будь-якої із Сторін на внесення змін у Договір страхування у строк до 10-ти днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

## **16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

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

16.1.1. Закінчення строку дії;

16.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;

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

16.1.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (Застрахованої особи) чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків передбачених законом;

16.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

16.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

16.1.7. У інших випадках, передбачених законодавством України.

16.2. 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 страхування та законодавством України.

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

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



16.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються сплачені страхові платежі повністю. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником (або Застрахованою особою) умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених нормативом у розмірі страхового тарифу, і страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

16.6. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо при укладенні Договору страхування платежі було здійснено в безготівковій формі.

16.7. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику страхові документи (сертифікати. Картки застрахованих осіб, інше), які дають право на одержання медичної допомоги.

## **17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

17.1. З питань, не врегульованих Договором страхування, Сторони керуються цими Правилами та чинним законодавством України.

17.2. Спори, які виникають при виконанні Договору страхування, вирішуються Сторонами шляхом переговорів. Якщо в процесі переговорів Сторони не дійдуть згоди, то подальше вирішення спорів відбувається відповідно до чинного законодавства України з дотриманням порядку досудового врегулювання спорів.

## **18. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

18.1. Умови, що не врегульовані цими Правилами, регулюються Договором страхування та чинним законодавством України.

18.2. Цими Правилами регламентовано основні умови страхування. За згодою сторін до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, що не суперечать положенням цих Правил та нормам чинного законодавства України.

## ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Програма страхування, яка є невід'ємною частиною Договору страхування, за бажанням Страхувальника може включати одну або декілька опцій/базових програм страхування (надалі – Опції). Для однієї, кількох або для кожної із Опцій, в тому числі у межах однієї послуги за такою Опцією, включаючи додаткові послуги, можуть встановлюватись франшизи, ліміти відповідальності Страховика (обмеження) щодо обсягу медичної допомоги та/або максимальної суми виплат в разі виникнення страхового випадку.

Страхова сума, яка встановлюється за згодою Сторін у Програмі страхування Договору страхування на кожну Застраховану особу, може складатися із окремих страхових сум (лімітів) за кожною із Опцій Програми страхування, або може включати окремі страхові суми (ліміти та/чи субліміти) відповідальності Страховика за однією чи декількома Опціями в межах загальної страхової суми Програми страхування, яка перевищує суму таких окремих страхових сум (лімітів) за однією чи декількома Опціями.

Тариф за окремими Опціями може бути скоригований із застосуванням коефіцієнтів, передбачених цими Правилами. За усіма без виключення Програмами чи Опціями можуть бути передбачені додаткові послуги за умови сплати додаткового платежу.

### 1. ОПЦІЇ ТА ПЕРЕЛІК ПОСЛУГ ЗА ОПЦІЯМИ, ЯКІ МОЖУТЬ БУТИ ВКЛЮЧЕНІ ДО ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1 АМБУЛАТОРНО – ПОЛІКЛІНІЧНА ДОПОМОГА передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування) консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, лікувально-оздоровчих установ, зокрема:

- консультації терапевта та вузькопрофільних спеціалістів: оториноларинголог, офтальмолог, невропатолог, кардіолог, хірург, уролог, гінеколог, мамолог, дерматолог, ендокринолог, гастроентеролог, травматолог, проктолог та інші.
- проведення лабораторних досліджень в амбулаторних умовах за медичними показаннями: загально-клінічні аналізи, біохімічні показники крові, гематологічна і гормональна панель, бактеріологічні дослідження, інфекційна панель та інші.
- проведення інструментальних методів діагностики в амбулаторних умовах за медичними показаннями: ультразвукова діагностика (УЗД), ендоскопічні дослідження, рентгенологічні дослідження, інструментальні функціональні дослідження, КТ, МРТ та інші.

1.2 МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЛІКУВАННІ\* передбачає забезпечення Застрахованих осіб медичними препаратами (офіційно зареєстрованими на Україні), які призначені лікуючим лікарем, необхідними для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах основного захворювання курсом до 30 днів за кожною нозологією протягом року, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Умовами окремої Програми страхування строк курсу медикаментозного лікування та інші умови опції може бути змінено.

\* Опція забезпечується лише у комплексі із однією або кількома іншими Опціями.

1.3 СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА (ЕКСТРЕНА АБО ЕКСТРЕНА ТА ПЛАНОВА) передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування) лікування в умовах стаціонару при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування, зокрема:

- перебування Застрахованої особи в умовах цілодобового стаціонару;
- консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;
- консультація лікарів вузького профілю;
- проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікарем;

- терапевтичне та хірургічне лікування, анестезіологічна допомога;
  - забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, витратними медичними матеріалами на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря;
  - харчування, передбачене умовами даного медичного закладу.
- 1.4 ШВИДКА ТА/АБО НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування) медичне обслуговування бригадою невідкладної медичної допомоги, зокрема:
- виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа;
  - огляд лікарем, встановлення попереднього діагнозу;
  - діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги;
  - медикаментозне забезпечення виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги;
  - транспортування каретою невідкладної допомоги до лікувального закладу у випадку необхідності невідкладної стаціонарної допомоги.
- 1.5 СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА\* передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування) отримання стоматологічних послуг, зокрема:
- Огляд і консультація лікаря - стоматолога;
  - Діагностичні дослідження, в т.ч. рентгенологічні;
  - Забезпечення анестезії;
  - Зняття незнімних протезів для лікування зубів по швидкій допомозі;
  - Видалення зубів та коренів за медичними показаннями;
  - Невідкладна допомога при періоститі, періодонтиті, розкриття абсцесів, висічення слизового «капюшону»;
  - Накладання тимчасової пломби;
  - Розкриття запальних інфільтратів і пародонтальних абсцесів.
- \* Опція забезпечується лише у комплексі із однією або кількома іншими Опціями.
- 1.6 ОФТАЛЬМОЛОГІЯ передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування) отримання послуг офтальмології, зокрема:
- Огляд, консультації інші професійні послуги лікарів-офтальмологів;
  - Діагностичні лабораторні та інструментальні дослідження;
  - Підбір окулярів та контактних лінз;
  - Забезпечення лінзами для окулярів та контактними лінзами;
  - Забезпечення медикаментами.
- 1.7 ПРОФІЛАКТИКА І ОЗДОРОВЛЕННЯ передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування) отримання послуг із профілактики захворювань, зокрема:
- Курс профілактичного масажу;
  - Відвідування фітнес-центру (басейн, сауна, тренажерний зал тощо);
  - Профілактичний медичний огляд;
  - Вакцинацію від грипу;
  - Вітамінопрофілактику та/чи імунізацію.
- 1.8 ДОДАТКОВІ ОПЦІЇ:
- 1.7.1. Лікування за кордоном;
  - 1.7.2. Реабілітаційне та санаторно-курортне лікування;
  - 1.7.3. Вагітність;
  - 1.7.4. Пологи;
  - 1.7.5. Патронаж дитини до 1 року;
  - 1.7.6. Проведення планових скринінгових досліджень (лабораторних, інструментальних, функціональних);
  - 1.7.7. Інші Опції за згодою Сторін Договору страхування, які не суперечать цим Правилам та нормам чинного законодавства України.
- 1.9 ДОДАТКОВІ ПОСЛУГИ ЗА ОПЦІЯМИ:

До Договору страхування за кожною із Опцій може бути включено весь або частину, а також доповнення (розширення) до наведеного нижче переліку додаткових медичних та інших послуг.

Амбулаторно-поліклінічна допомога	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Застосування консультативних послуг лікарів вищої категорії, кандидатів і докторів наук;</li> <li>– Виклик лікаря до дому;</li> <li>– Виклик лікаря до офісу;</li> <li>– Діагностика та профілактика щодо органів зору;</li> <li>– Проведення поглибленого комплексного обстеження з метою виявлення захворювань на ранній стадії;</li> <li>– Фізіотерапевтичне лікування основного захворювання: світлолікування, грязелікування, електролікування;</li> <li>– Реабілітаційні заходи;</li> <li>– Забезпечення офісною аптечкою;</li> <li>– Супроводження Договору страхування довіреним лікарем;</li> <li>– Надання лікарняних листків;</li> <li>– Інші послуги</li> </ul>
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Вітамінізація та/або забезпечення імуномодуляторами;</li> <li>– Гомеопатичне лікування;</li> <li>– Пробіотики при антибіотикотерапії;</li> <li>– Гормональні медичні препарати;</li> <li>– Лікувальні косметичні засоби за призначенням дерматолога: зіненріт, нізорал, дермазол, фрідем тощо;</li> <li>– Краплі для зволоження очей, препарати «чорниця-форте»;</li> <li>– Фітопрепарати;</li> <li>– Ферментні препарати для лікування шлунково-кишкового тракту: фестал, холензім, мезим, мезим-форте тощо;</li> <li>– Хондропротектори (алфултоп, дона і т.п.) При лікуванні дегенеративно-дистрофічних захворювань опірно-рухового апарату;</li> <li>– Гепатопротектори (карсил, есенціале, гепабене тощо);</li> <li>– Статини (коректори ліпідного обміну);</li> <li>– Засоби медичного призначення: гіпсові пов'язки, пов'язки типу «скотчкаст», ортези;</li> <li>– Інші препарати та/чи вироби медичного призначення.</li> </ul>
Стаціонарна допомога	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Планова госпіталізація;</li> <li>– Розташування в 1-2-місних палатах підвищеного рівня комфорту;</li> <li>– Розташування в палатах з найвищим рівнем сервісу (люкс);</li> <li>– Стаціонар на дому;</li> <li>– Послуги приватної наглядальниці (при необхідності);</li> <li>– Організація індивідуального харчування в умовах стаціонару;</li> <li>– Інші послуги.</li> </ul>
Стоматологічна допомога	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Гігієнічні процедури (відбілювання зубів, зняття зубного каменю);</li> <li>– Реставрація зубів;</li> <li>– Протезування зубів;</li> <li>– Інші послуги.</li> </ul>
Офтальмологія	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Забезпечення оправами до окулярів;</li> <li>– Лікування короткозорості; далекозорості; астигматизму;</li> <li>– Лазерна корекція зору;</li> <li>– Факоемульсифікація, імплантація штучного хрусталика;</li> <li>– Оперативне лікування катаракти;</li> <li>– Забезпечення краплями для зволоження очей (певна кількість разів);</li> <li>– Інші послуги.</li> </ul>
Профілактика і оздоровлення	– За переліком Програми страхування
Додаткові опції	– За переліком Програми страхування

## 2. СТРАХОВІ ТАРИФИ

### 2.1. Базові річні страхові тарифи.

Таблиця 1

Опція	Страховий тариф на рік, %
Амбулаторно-поліклінічна допомога	2,0 – 5,0
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні	1,0 – 5,0
Стационарна допомога	0,7 – 4,0
Швидка медична допомога	1,0 – 5,0
Стоматологічна допомога	5,0 – 50,0
Офтальмологія	5,0 – 50,0
Профілактика і оздоровлення	3,0 – 50,0
Додаткові опції	1,0 – 50,0

2.2. В залежності від факторів, що впливають на визначення ступеню страхового ризику та конкретних умов Договору страхування, до тарифів застосовуються поправочні коефіцієнти, включаючи але не обмежуючись:

Таблиця 2

Коригуючий коефіцієнт в залежності від фактору ризику	Діапазон значень
К 1 – Вік Застрахованої особи	0,5 – 5
К 2 – Вид діяльності Застрахованої особи	0,8 – 4
К 3 – Місце проживання Застрахованої особи	0,8 – 2
К 4 – Умови проживання Застрахованої особи	0,5 – 2
К 5 – Стан здоров'я Застрахованої особи до початку страхування	0,5 – 30
К 6 – Розмір франшиз(и)	0,5 – 3
К 7 – Розмір страхової суми	0,5 – 2
К 8 – Територія дії (Місце дії) Договору страхування	1 – 5
К 9 – Кількість Застрахованих осіб при страхуванні групи осіб	0,5 – 1
К 10 – Обсяг страхового захисту*	0,4 – 25

\*За узгодженням Страховика і Страхувальника можливе збільшення чи зменшення базового тарифу в залежності від певного переліку страхових випадків, кількості Опцій Програми страхування, конкретного переліку додаткових послуг (наявності, відсутності тих чи інших послуг та/або доповнень до них), наявності та розміру сум лімітів, сублімітів, франшиз, а також конкретного переліку виключень і обмежень страхування – незмінного, зменшеного чи доповненого. При цьому застосовується коригуючий коефіцієнт від 0,01 до 25.

2.3. У випадку, якщо Договір страхування укладається на строк менший одного року, застосовуються наступні поправочні коефіцієнти:

Таблиця 3

**Таблиця коефіцієнтів строку дії Договору страхування**  
(при розрахунку неповний місяць дії Договору рахується за повний)

Кількість місяців дії Договору щодо окремої застрахованої особи, міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт (K <sub>c</sub> )	0,35	0,48	0,6	0,68	0,75	0,81	0,86	0,9	0,94	0,96	0,98

2.4. Нормативні витрати на ведення справи за договорами добровільного медичного страхування не перевищують 50% (п'ятдесят відсотків) від суми загального страхового платежу за таким Договором страхування.

В цьому документі пронумеровано, прошифровано та  
скріплено підписом і печаткою

21 (двадцять один) ) аркушів  
Директор ТДВ «СК «Мотор-Гарант»

*В.В. Тишечко*

В.В. Тишечко

« 31 » 2020 р.





НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ,  
ЩО ЗДІЙСНЮЄ ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ  
ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ

РОЗПОРЯДЖЕННЯ

14.05.2020

Київ

№ 885

Про реєстрацію ТОВАРИСТВУ  
З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ  
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «МОТОР-  
ГАРАНТ» правил добровільного  
страхування, викладених у новій редакції

За результатами розгляду листа ТОВАРИСТВА З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «МОТОР-ГАРАНТ» про реєстрацію правил добровільного страхування, викладених у новій редакції від 31.03.2020 № 288 (вх. № П 654 від 06.04.2020), відповідно до пункту 3 частини першої статті 28 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», частини третьої статті 17 Закону України «Про страхування», на підставі підпункту 62 пункту 4 Положення про Національну комісію, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, затвердженого Указом Президента України від 23.11.2011 № 1070, Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з надання фінансових послуг (крім професійної діяльності на ринку цінних паперів), затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 07.12.2016 № 913, Характеристики та класифікаційних ознак видів добровільного страхування, затверджених розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 09.07.2010 № 565, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 16.11.2010 за № 1119/18414, Національна комісія що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, **постановила:**

1. Зареєструвати ТОВАРИСТВУ З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «МОТОР-ГАРАНТ» (код за ЄДРПОУ 31154435; місцезнаходження: 69068, м. Запоріжжя, вулиця Вересаєва, 3):

Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), викладені в новій редакції, затверджені Директором ТДВ «СК «МОТОР-ГАРАНТ» Тишечком В.В. від 31.03.2020;

Правила добровільного страхування від нещасних випадків, викладені в новій редакції, затверджені Директором ТДВ «СК «МОТОР-ГАРАНТ» Тишечком В.В. від 31.03.2020;

Правила добровільного страхування медичних витрат, викладені в новій редакції, затверджені Директором ТДВ «СК «МОТОР-ГАРАНТ» Тишечком В.В. від 31.03.2020.

2. Управлінню забезпечення діяльності Голови та членів Комісії забезпечити оприлюднення рішення на офіційному вебсайті Нацкомфінпослуг у мережі Інтернет.

3. Контроль за виконанням розпорядження покласти на члена Нацкомфінпослуг Максимчук О.В.

Голова Комісії

І. Пашко