

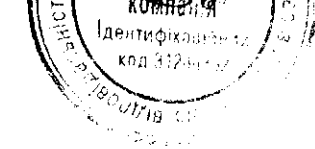
"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Генеральний директор

ТДВ "Нерпа Страхова компанія"

/Дзьобак В.В./

"12" червня 2007 р.



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

1, 2, 3, 2

Київ – 2007

ЗМІСТ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ	3
3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ	3
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	3
5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ	5
6. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ, СТРАХОВІ ТАРИФИ	5
7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	6
8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	6
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	7
10. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	9
11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	9
12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	9
13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	10
14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	11
15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	12
16. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ДОПОВНЕНЬ ДО ПРАВИЛ	12
17. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ У ПРАВИЛАХ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (ГЛОСАРІЙ)	12

1 ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1. На підставі цих Правил Товариство з додатковою відповідальністю “Перша страхова компанія” (далі по тексту – Страховик) укладає Договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я) з дієздатними громадянами або юридичними особами (надалі – Страхувальники), згідно з якими Застрахованим особам гарантується організація і фінансування Медичних послуг відповідно переліку, передбаченого Програмою добровільного медичного страхування (надалі – Програма), яка є невід’ємною частиною Договору добровільного медичного страхування.
- 1.2. Застрахованими особами за цими Правилами вважаються малолітні, неповнолітні та повністю дієздатні фізичні особи, про страхування яких за їх згодою Страхувальником укладено Договір добровільного медичного страхування та які можуть набувати прав і обов’язків Страхувальника згідно з Договором добровільного медичного страхування (надалі – Договір страхування). Якщо Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою.
- 1.3. Терміни, що використовуються у Правилах, визначені в Розділі 17 цих Правил.

2 ОБ’ЄКТ СТРАХУВАННЯ

- 2.1. Об’єктом страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов’язані із здоров’ям Застрахованої особи.

3 СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 3.1. Страховим ризиком за цими Правилами є раптова і непередбачена зміна стану здоров’я Застрахованої особи, яка вимагає надання цій особі відповідної медичної допомоги.
- 3.2. Страховим випадком за цими Правилами визнається мотивоване звернення Застрахованої особи в період дії Договору страхування за медичною допомогою з приводу Гострого захворювання, Загострення хронічного захворювання, Ускладнення захворювання, отриманої травми, отруєння та інших випадків розладу здоров’я Застрахованої особи.

4 ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

- 4.1. Виключеннями із Страхових випадків за будь-яких обставин є наступні випадки:
 - 4.1.1. Звернення Застрахованої особи за отриманням Медичних послуг з приводу хоча б одного із наступних Медичних станів цієї особи:
 - 4.1.1.1. Будь-яке Захворювання або його наслідки, що були діагностовано у Застрахованої особи до моменту укладення Договору страхування, та інформацію про яке Застрахована особа не повідомила або навмисно спотворила у декларації про стан здоров’я.
 - 4.1.1.2. Будь-яке Захворювання не передбачене Програмою.
 - 4.1.1.3. Профілактичне, підтримуюче або замісне лікування Хронічних захворювань будь-якого типу в Фазі ремісії.
 - 4.1.1.4. Гостре захворювання та/або Загострення захворювання та/або Ускладнення захворювання, що виникло до моменту укладення Договору страхування та продовжуються на момент укладення Договору страхування.
 - 4.1.1.5. Протезування (в тому числі, стоматологічне).
 - 4.1.1.6. Корекції зору.
 - 4.1.1.7. Медичний стан Застрахованої особи, що став наслідком самолікування, або лікування у Медичній установі та/або у окремих Лікарів всупереч рекомендаціям лікуючого лікаря.
 - 4.1.1.8. Медичні стани, що виникли поза обумовленого в Договорі страхування (страховому сертифікаті) місця та строку дії Договору страхування.

- 4.1.1.9. Медичні стани, які є наслідками вживання наркотичних та/або токсичних речовин або алкоголю.
- 4.1.1.10. Медичні стани, які виникли внаслідок роботи в побуті та/або на виробництві Застрахованої особи у стані алкогольного та/або наркотичного сп'яніння.
- 4.1.1.11. Медичні стани, що виникли у формі або внаслідок психічних захворювань.
- 4.1.1.12. Вроджені вади та захворювання.
- 4.1.1.13. Медичні стани, викликані свідомим спричиненням собі шкоди, в тому числі спробою самогубства, відмовою від лікування, недотриманням або порушенням призначень Медичного персоналу або лікувального режиму, зміною за бажанням Застрахованої особи (всупереч рекомендаціям лікаря) медичних технологій, які використовуються при лікуванні як основного Захворювання так і його ускладнень.
- 4.1.1.14. Венеричні захворювання та захворювання, що передаються переважно статевим шляхом.
- 4.1.1.15. ВІЛ-інфікування, СНІД та Медичні стани, пов'язані із ВІЛ-інфікуванням.
- 4.1.1.16. Чоловіче чи жіноче безпліддя та заходи по регулюванню народжуваності.
- 4.1.1.17. Медичний стан, що виник під час проходження служби в Збройних Силах України чи інших держав.
- 4.1.1.18. Медичний стан, що став наслідком війни або участі у військових діях, військового вторгнення, дій іноземних ворогів (незалежно від того, була оголошена війна чи ні), громадянської війни, бунту, революції, заколоту або воєнної влади, повстання, порушення громадського порядку, страйку, військового стану або стану облоги, спроби повалення уряду, будь-якого терористичного акту, крім виладків, коли Застраховану особу визнано жертвою вчинення (або спроби вчинення) відповідної протиправної дії.
- 4.1.1.19. Медичний стан, що став наслідком подорожі Застрахованої особи будь-яким повітряним транспортним засобом, крім як у якості:
- працівника замовника авіаційних робіт, який пов'язаний із забезпеченням технологічного процесу під час авіаційних робіт, або
 - пасажира за квитком, що виданий авіаперевізником, який має право здійснювати відповідні авіаперевезення, або
 - пасажира, який перевозиться таким авіаперевізником за заявкою замовника авіаційних робіт без квитка);
- 4.1.1.20. Медичний стан, що виник при спробі вчинення або вчиненні Застрахованою особою протиправних дій.
- 4.1.1.21. Медичний стан, що виник протягом перебування Застрахованої особи в місцях позбавлення волі.
- 4.1.1.22. Звернення Застрахованої особи за отриманням наступних Медичних послуг:
- 4.1.1.23. Проведення косметичних та естетичних оперативних (в тому числі хірургічних) втручань, якщо цього не вимагає Медичний стан Застрахованої особи.
- 4.1.1.24. Надання Медичних послуг, що не передбачені Програмою.
- 4.1.2. Якщо інше не передбачено Договором страхування, обмеженнями по страхових випадках вважаються звернення Застрахованої особи за наступними Медичними послугами:
- 4.1.2.1. Послуги, що включають використання методів нетрадиційної медицини (фітотерапія, гомеопатія, акупунктура, гідропроцедури, діагностика та лікування по Фоліо/Накатані, мікрохвильова та (або) інформаційна терапія, еферентні методи, гіпноз тощо).
- 4.1.2.2. Послуги, що передбачають надання Застрахованій особі індивідуального дієтичного та/або посиленого харчування при її перебуванні в медичній установі.

- 4.1.2.3. Послуги, що передбачають поліпшені побутові умови перебування Застрахованої особи у Клініці (одномісна палата, телевізор, холодильник, кондиціонер, телефон, окремий санвузол тощо).
- 4.1.2.4. Послуги, що включають санаторно-курортне лікування.
- 4.1.3. Послуги з приводу хоча б одного з наступних Медичних станів цієї особи:
- 4.1.3.1. Медичного стану, що виник внаслідок роботи в правоохоронних структурах, в тому числі у складі державної охорони, у воєнізованій пожежній охороні або у недержавних охоронних структурах.
- 4.1.3.2. Медичного стану, що спричинений виробничим травматизмом та (або) професійним захворюванням Застрахованої особи.
- 4.1.3.3. Вагітності та Медичного стану, безпосередньо пов'язаного із вагітністю, крім випадків переривання вагітності за медичними показами.
- 4.1.3.4. Медичного стану, безпосередньо пов'язаного із онкологічним захворюванням Застрахованої особи незалежно від терміну первісного виявлення цього захворювання.
- 4.1.3.5. Медичного стану, пов'язаного з туберкульозом та його наслідками.
- 4.1.3.6. Медичного стану, що є прямим наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, пов'язаного із хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища перебування Застрахованої особи.
- 4.1.3.7. Медичного стану, що виник під час заняття небезпечними видами спорту.
- 4.2. Договір страхування може передбачати додаткові обмеження, пов'язані із Медичним станом Застрахованої особи на час укладання Договору страхування.

5 ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ

- 5.1. Страхова сума встановлюється Страховиком за згодою Страхувальника при укладенні Договору страхування окремо по кожній Програмі.
- 5.2. Фінансові зобов'язання Страховика перед Застрахованою особою під час дії Договору страхування обмежені страховою сумою або сублімітом страхової суми, встановленими у Договорі страхування (страховому сертифікаті).
- 5.3. Перелік та зміст окремих Програм наведено у Додатку № 1 до цих Правил. Договором страхування, за домовленістю Сторін, можуть визначатися додаткові обмеження у наданні Медичних послуг по окремій Програмі.
- 5.4. Страховик, за згодою Страхувальника, може встановити франшизу для окремих страхових ризиків або Програм у розмірі та виді, що визначаються у Договорі страхування.

6 СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ, СТРАХОВІ ТАРИФИ

- 6.1. Розмір страхового платежу для кожної Програми обчислюється шляхом множення відповідної страхової суми на величину конкретного страхового тарифу.
- 6.2. Базові страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно для кожної Програми окремо. Базові страхові тарифи наведені у Додатку №2 до цих Правил.
- 6.3. Конкретний розмір страхового тарифу для кожної Застрахованої особи по кожній Програмі встановлюється Страховиком за домовленістю із Страхувальником, враховуючи вік Застрахованої особи, інформацію про стан здоров'я, строк дії Договору страхування та інші фактори, що можуть впливати на ступінь страхового ризику, в тому числі додаткові умови Договору страхування.
- 6.4. Страховий платіж на кожному Застраховану особу визначається для кожної Програми окремо, а загальна сума страхового платежу розраховується шляхом додавання сум страхових платежів, визначених по кожній Програмі.

- 6.5. Сплата Страхувальником страхового платежу може здійснюватися:
- щомісяця частинами, шляхом сплати 1/12 частини річного страхового платежу;
 - щоквартально частинами, шляхом сплати 1/4 частини річного страхового платежу;
 - один раз на півроку частинами, шляхом сплати 1/2 частини річного страхового платежу;
 - одноразово, шляхом сплати всього визначеного в Договорі страхування страхового платежу.

6.6. Порядок і строки сплати страхового платежу визначаються Договором страхування.

7 СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 7.1. Строк дії Договору страхування визначається за згодою сторін та остаточно обумовлюється в Договорі страхування.
- 7.2. Про своє бажання подовжити дію Договору страхування на наступний строк Страхувальник повинен сповістити Страховика за 10 календарних днів до закінчення його дії.
- 7.3. Місцем дії Договору страхування є територія України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8 ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 8.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику заяву або список осіб, стосовно яких буде укладено Договір страхування.
- 8.2. Всі особи, стосовно яких буде укладено Договір страхування, заповнюють декларацію про стан свого здоров'я та надають письмову згоду на своє страхування.
- 8.3. Для малолітньої або неповнолітньої особи згоду на їх страхування надають і декларацію про стан їх здоров'я заповнюють законні представники цих осіб.
- 8.4. Страховик має право здійснити оцінку ступеню страхового ризику та для отримання додаткової інформації про стан здоров'я окремих осіб, стосовно яких буде укладатися Договір страхування, запропонувати цим особам пройти за власні кошти додаткове медичне обстеження в медичній установі, призначеній Страховиком. У разі подальшої відмови Страховика від страхування такої особи, витрати на додаткове медичне обстеження цієї особи, яка проходила це обстеження, Страховиком не компенсуються.
- 8.5. Договір страхування укладається в двох примірниках. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною кожного примірника Договору страхування.
- 8.6. Договір страхування набирає чинності з моменту оплати Страхувальником першого страхового платежу (першої частини страхового платежу), якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 8.7. Після початку дії Договору страхування, Страховик протягом часу, визначеного у Договорі страхування, передає Страхувальнику іменні страхові сертифікати та сервісні картки на кожному Застраховану особу, що являються документами, які засвідчують право Застрахованої особи на отримання Медичних послуг за Договором страхування.
- 8.8. Договір страхування діє до 24:00 години дати, зазначеної в Договорі страхування як дата закінчення його дії. Якщо у Застрахованої особи виникло Гостре захворювання, Загострення хронічного захворювання чи Ускладнення захворювання під час строку дії Договору страхування та продовжується після закінчення строку його дії, Страховик продовжує виконувати всі свої зобов'язання (в межах страхової суми) щодо Застрахованої особи до повного її одужання або переходу Захворювання в Фазу ремісії, але не більше 3 місяців після дати закінчення дії Договору страхування.
- 8.9. В залежності від особливостей Програми, Договором страхування може передбачатись інший порядок укладання Договору страхування.

9 ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

- 9.1.1. Достроково припинити дію Договору страхування з дотриманням п.14.2 цих Правил.
- 9.1.2. Змінити умови Договору страхування.
- 9.1.3. Вимагати від Страховика виконання умов Договору страхування.
- 9.1.4. Протягом строку дії Договору страхування розширити перелік Медичних послуг, надання яких гарантується Договором страхування, або підвищити розмір відповідної Страхової суми, уклавши додаткову угоду до Договору страхування та сплативши при цьому додатковий Страховий платіж.
- 9.1.5. Вносити зміни до списку Застрахованих осіб, уклавши додаткову угоду до діючого Договору страхування.
- 9.1.6. Договором страхування можуть передбачатись також і інші права Страхувальника.

9.2. Застрахована особа має право:

- 9.2.1. В межах чинного законодавства скористатися правами Страхувальника, якщо це передбачено Договором страхування. Якщо Застрахована особа є малолітньою чи неповнолітньою, її права представляють законні представники.
- 9.2.2. Вимагати надання Медичних послуг в обсягах передбачених Договором страхування.
- 9.2.3. Вимагати дострокового припинення Договору страхування відносно себе.
- 9.2.4. Договором страхування можуть бути встановлені також інші права Застрахованої особи, що не протирічають чинному Законодавству України.

9.3. Страховик має право:

- 9.3.1. Достроково припинити дію Договору страхування з дотриманням п.14 цих Правил.
- 9.3.2. Змінити умови Договору страхування.
- 9.3.3. Вимагати від Страхувальника виконання умов Договору страхування.
- 9.3.4. Перевіряти повідомлену Страхувальником / Застрахованою особою інформацію.
- 9.3.5. Отримувати будь-яку інформацію медичного характеру про Застраховану особу від будь-якого Лікаря чи Медичної установи та право на медичне обстеження Застрахованої особи.
- 9.3.6. Вимагати проходження Застрахованою особою додаткового обстеження при виникненні сумнівів в тому що подія входить до переліку страхових випадків (наприклад, кров на алкоголь тощо).
- 9.3.7. Відмовитися від здійснення Страхової виплати згідно із умовами п.13 цих Правил.
- 9.3.8. Достроково припинити дію Договору страхування у разі передачі Застрахованою особою сервісної картки та/або страхового сертифікату іншим особам з метою отримання ними Медичних послуг. При страхуванні колективу (групи осіб) Договір страхування припиняється лише щодо вказаної Застрахованої особи.
- 9.3.9. Договором страхування можуть передбачатись також і інші права Страховика.

9.4. Страховик зобов'язаний:

- 9.4.1. Дотримуватися виконання умов Договору страхування.
- 9.4.2. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.
- 9.4.3. Видати Страхувальнику страхові сертифікати на кожному Застраховану особу, що вказана в Договорі страхування, та сервісні картки.
- 9.4.4. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Застрахованій особі.
- 9.4.5. Організувати надання послуг Застрахованій особі в обсягах передбачених Програмами, визначеними Договором страхування, своєчасно і повністю оплатити вартість цих послуг та здійснювати постійний контроль за якістю, обсягом та своєчасністю надання

цих послуг.

9.4.6. При настанні Страхового випадку здійснити страхову виплату протягом обумовленого в Договорі страхування строку.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування.

9.4.7. В разі втрати Застрахованою особою страхового сертифікату або сервісної картки протягом строку, обумовленого в Договорі страхування, забезпечити виготовлення та видачу дублікату втрачених документів.

9.4.8. Забезпечувати конфіденційність інформації медичного характеру про Застраховану особу і не розголошувати її окрім випадків, коли надання такої інформації пов'язане з необхідністю надання медичної допомоги або передбачене законодавством України.

9.4.9. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майновий стан за винятком випадків, передбачених законодавством України.

9.4.10. Договором страхування можуть бути встановлені також інші обов'язки Страховика, що не протирічать умовам чинного законодавства.

9.5. Страхувальник зобов'язаний:

9.5.1. Дотримуватися виконання умов Договору страхування.

9.5.2. При укладанні Договору страхування надати Страховику письмову інформацію про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

9.5.3. При укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші договори страхування, укладені щодо об'єкта, який страхується. Якщо Страхувальник не повідомив Страховика про те, що об'єкт уже застрахований, новий Договір страхування є нікчемним.

9.5.4. Своєчасно вносити страхові платежі у розмірі, встановленому Договором страхування.

9.5.5. Вживати заходів щодо попередження виникнення професійних Захворювань у Застрахованих осіб.

9.5.6. Ознайомити кожную Застраховану особу з умовами Договору страхування.

9.5.7. Забезпечити отримання кожною Застрахованою особою страхового сертифікату та сервісної картки, наданих Страховиком.

9.5.8. Під час дії Договору страхування в письмовій формі інформувати Страховика про обставини, що можуть змінити ступінь страхового ризику, протягом строку, вказаного в Договорі страхування, відколи йому стали відомі такі обставини.

9.5.9. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строк, передбачений Договором страхування.

9.5.10. Дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

9.5.11. Договором страхування можуть бути встановлені також інші обов'язки Страхувальника, що не протирічать умовам чинного законодавства.

9.6. Застрахована особа зобов'язана:

9.6.1. Дотримуватись виконання умов Договору страхування.

9.6.2. При заповненні декларації про стан здоров'я надавати Страховику правдиву та повну інформацію.

9.6.3. При укладенні Договору страхування надати Страховику письмову інформацію про всі відомі обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та про всі договори медичного страхування укладені на її користь.

9.6.4. Під час дії Договору страхування в письмовій формі інформувати Страховика про обставини, що можуть змінити ступінь страхового ризику, протягом строку, вказаного в Договорі страхування, відколи йому стали відомі такі обставини.

9.6.5. Надійно зберігати страховий сертифікат та сервісну картку і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними Медичних послуг.

- 9.6.6. При втраті страхового сертифікату та/або сервісної картки протягом строку, обумовленого в Договорі страхування, повідомити про це Страховика і подати заяву про відновлення втрачених документів.
- 9.6.7. Постійно мати при собі сервісну картку.
- 9.6.8. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строк та способом, передбаченими Договором страхування.
- 9.6.9. При отриманні Медичних послуг сумлінно виконувати всі призначення Представника Страховика та Медичного персоналу.
- 9.6.10. При зміні місця мешкання, контактних телефонів та місця роботи повідомити про це Страховика.
- 9.6.11. Якщо Застрахована особа є малолітньою чи неповнолітньою, її обов'язки виконують законні представники цієї особи.
- 9.6.12. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи.

10 ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 10.1. При необхідності отримання послуг, передбачених Програмою, Застрахована особа звертається до Представника Страховика, визначеного у Договорі страхування, або безпосередньо до Страховика за телефонами, вказаними у сервісній картці та страховому сертифікаті. Визначені особи організують надання необхідних послуг в межах Програми та контролюють повноту, своєчасність, достатність, якість та адресність надання цих послуг.
- 10.2. У випадках необхідності надання послуг з екстреної медичної допомоги, коли неможливо повідомити Страховика або його Представника до початку надання таких послуг, повідомлення про необхідність надання цих послуг робиться протягом перших 24 годин з моменту, коли було розпочато надання вище вказаних послуг.
- 10.3. В залежності від особливостей Програми Договором страхування може передбачатись інший порядок звернення та дії Застрахованої особи у разі настання Страхового випадку.

11 ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 11.1. Факт настання страхового випадку та розмір страхової виплати підтверджують наступні документи:
 - 11.1.1. Копії первинної Медичної документації (довідки, листки непрацездатності, виписки із історії хвороби, виписки з медичної карти, консультативні висновки спеціалістів, результати досліджень, листки лікарських призначень, направлення тощо) і рецентів, завірені підписом Лікаря, керівника Медичної установи і печатками Лікаря та Медичної установи.
 - 11.1.2. Акти виконаних робіт по наданих Медичних послугах.
 - 11.1.3. Рахунки, фіскальні чеки та документи, що розшифровують позиції фіскальних чеків (товарні чеки, накладні тощо), за формою, встановленою законодавством, за надані Медичні послуги та Лікарські засоби, якщо інше не передбачено Договором страхування.
 - 11.1.4. Інші документи, визначені Договором страхування в залежності від Програми.
- 11.2. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість Медичних послуг та Лікарських засобів (організованих або погоджених із Страховиком або Представником Страховика), то для отримання страхової виплати, вона протягом строку, визначеного Договором страхування, повинна надати страховику перераховані в п.11.1 цих Правил документи та заяву на отримання страхової виплати.

12 ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 12.1. Страховик здійснює страхову виплату відповідно до умов Договору страхування на

підставі заяви Страхувальника (його правонаступника) або третіх осіб, визначених Договором страхування, та страхового акта.

- 12.2. Страховий акт складається Страховиком на підставі документів, зазначених в п.11.1 цих Правил протягом 10 робочих днів, починаючи з дати, наступної за датою отримання всіх вище вказаних документів.
- 12.3. По кожній Програмі Страховик може встановити обмеження суми страхової виплати (субліміт страхової суми) для одного страхового випадку або певних видів Медичних та інших послуг, передбачених Програмою. Обсяги сублімітів страхових сум визначаються за згодою сторін у Договорі страхування.
- 12.4. Страховик здійснює страхову виплату за умови, що Медичні послуги:
- 12.4.1. Співвідносяться із вказаним діагнозом.
- 12.4.2. Відповідають стандартам якості медичної допомоги, що діють на території надання Медичних послуг.
- 12.4.3. Носять характер необхідних (без надання яких Медичний стан Пацієнта значно погіршиться) та достатніх для Медичного стану, що існував на момент їх надання.
- 12.5. Страховик здійснює страхову виплату в межах встановленої в Договорі страхування для окремої Програми страхової суми або субліміту страхової суми, але не більше:
- суми фактичної вартості наданих Застрахованій особі Медичних та інших послуг;
 - страхової суми або субліміту страхової суми, визначених для окремої Програми, зменшених на суму всіх здійснених під час дії Договору страхування страхових виплат по тій чи іншій Програмі.
- 12.6. Витрати на отримані Медичні послуги не повинні перевищувати рівень витрат, типових для медичної установи та Лікарів, що працюють в даній місцевості, при наданні аналогічних Медичних послуг.
- 12.7. Не оплачується Страховиком вартість трансплантатів, ендопротезів, протезів, імплантатів, а також витрати на придбання медичного обладнання.
- 12.8. Суми благодійної допомоги наданої Застрахованою особою медичними закладам Страховиком не оплачуються.
- 12.9. Страхова виплата здійснюється Страховиком:
- 12.9.1. На рахунок Медичного закладу або Представника Страховика, які надавали Медичні та інші послуги Застрахованій особі, передбачені Програмою. Страхова виплата здійснюється у строки визначені відповідними господарськими договорами. Факт здійснення страхової виплати підтверджується платіжним дорученням;
- 12.9.2. Застрахованій особі, якщо оплату отриманих послуг вона здійснювала самостійно, дотримуючись умов п. 11.2 цих Правил та в страховому акті підтверджена обґрунтованість і достовірність вказаних витрат. Страхова виплата Застрахованій особі може здійснюватися у готівковому вигляді або шляхом безготівкового розрахунку в строки, обумовлені Договором страхування, але цей строк не може бути більше 15 днів з дати отримання Страховиком підписаного Застрахованою особою страхового акта. Факт здійснення страхової виплати відповідно підтверджується касовим ордером або платіжним дорученням.

13 ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

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

13.1.1. Навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням Страхувальником або Застрахованими особами громадського 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.

- 13.1.2. Вчинення Страхувальником або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку.
- 13.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про стан здоров'я на момент укладення Договору страхування або про факт настання страхового випадку.
- 13.1.4. Несвоєчасне повідомлення Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин, невиконання умов пп.10.2 та 11.2 або створення Страховику перешкод у розслідуванні обставин страхового випадку.
- 13.1.5. У випадку порушення Застрахованою особою медичних призначень та рекомендацій Медичного персоналу, недотримання лікувального режиму, що призвело до погіршення Медичного стану або відстрочило час одужання Застрахованої особи.
- 13.1.6. Отримання Медичних послуг без погодження із Страховиком або його Представниками, визначеними Договором страхування, у разі невиконання вимог пп. 10.2 та 11.2 цих Правил.
- 13.1.7. Настання випадків, що зазначені в п.4 цих Правил або в Договорі страхування як виключення.
- 13.1.8. Інші випадки, передбачені законодавством України або Договором страхування.
- 13.2.Рішення про виплату або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 15-ти робочих днів з моменту отримання документів зазначених в п.11.1 цих Правил та повідомляється Застрахованій особі та Страхувальнику в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.
- 13.3.Застрахована особа може оскаржити рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати у порядку, передбаченому законодавством України.
- 13.4.Якщо рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати визнано законним у судовому порядку або визнається Застрахованою особою, вона самостійно відшкодовує вартість отриманих Медичних та інших послуг фізичним і юридичним особам, що надавали такі послуги.

14 УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 14.1.Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність (Застрахована особа втрачає право на отримання Медичних послуг) за згодою сторін, а також у разі:
 - 14.1.1. Закінчення строку дії Договору страхування.
 - 14.1.2. Смерті Застрахованої особи. При цьому застосовуються наступні умови припинення Договору страхування:
 - 1) якщо Договір передбачає умови страхування колективу осіб, його дія припиняється лише стосовно Застрахованої особи, яка померла або визнана такою, що померла;
 - 2) якщо Застрахована особа оплачувала Медичні послуги самостійно та не встигла отримати страхову виплату, то Страховик здійснює цю страхову виплату законним спадкоємцям.
 - 14.1.3. Виконання Страховиком зобов'язань за Договором страхування у повному обсязі.
 - 14.1.4. Передачі Застрахованою особою страхового сертифікату та/або сервісної картки іншим особам з метою отримання ними Медичних послуг по Договору страхування. У випадку Договору страхування колективу осіб, дія такого Договору припиняється стосовно особи, яка здійснила це передавання.
 - 14.1.5. 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.

14.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

14.1.7. Ліквідації Страховика в порядку, установленому чинним законодавством.

14.1.8. Ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування".

14.1.9. В інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою однієї з сторін, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

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

14.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування з ініціативи Страхувальника Страховик повертає страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, за відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю.

14.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика, що обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

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

15 ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори, що випливають із умов Договору страхування, вирішуються сторонами шляхом переговорів.

15.2. У випадку, якщо сторонами не досягнуто згоди шляхом переговорів, суперечки та розбіжності вирішуються в порядку, встановленому чинним законодавством України.

16 ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ДОПОВНЕНЬ ДО ПРАВИЛ

16.1. Зміни та доповнення до цих Правил в обов'язковому порядку реєструється в Державній комісії з регулювання ринків фінансових послуг України, згідно з чинним законодавством України. Новий текст цих Правил і Договори страхування, які укладено згідно з новим текстом Правил, набувають чинності після дати офіційної реєстрації Правил в Державній комісії з регулювання ринків фінансових послуг України.

17 ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ У ПРАВИЛАХ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (ГЛОСАРІЙ)

17.1. **Амбулаторія** – медична установа, призначена для надання Пацієнту Амбулаторних

медичних послуг.

- 17.2. **Амбулаторні медичні послуги** – організовані та регулярні Медичні послуги, що надаються Пацієнту, який самостійно приходить до медичної установи та перебуває там протягом строку, який не перевищує 24 годин.
- 17.3. **Аптека** – заклад, що проводить роздрібний або оптовий продаж Лікарських засобів та виробів медичного призначення і має всі відповідні документи для здійснення такої діяльності.
- 17.4. **Гостре захворювання** – захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я, та причини якого ніяк не пов'язані із Медичним станом, що існував до моменту Захворювання. Захворювання вважається гострим, якщо його тривалість від моменту початку не перевищує 6 місяців.
- 17.5. **Загострення захворювання** – посилення патологічних проявів Захворювання (без виникнення нового Захворювання), яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті без своєчасного надання кваліфікованих Медичних послуг.
- 17.6. **Застрахована особа** – фізична особа, на користь якої (за її згодою) Страхувальником укладено Договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.
- 17.7. **Захворювання** – погіршення фізичного та/або психічного стану, яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті без своєчасного надання кваліфікованих Медичних послуг. Захворювання є одним із можливих варіантів Медичного стану.
- 17.8. **Клініка (Стаціонар)** – медична установа, призначена для цілодобового надання Медичних послуг Пацієнту, який постійно перебуває в медичній установі протягом призначеного Лікарем курсу лікування.
- 17.9. **Лікар** – особа із закінченою вищою медичною освітою, яка отримала встановлені державою документи на право здійснення медичної практики (Диплом про вищу медичну освіту та Сертифікат спеціаліста).
- 17.10. **Лікарські засоби** – речовини або їх суміші природного, синтетичного чи біотехнологічного походження, які застосовуються для запобігання вагітності, профілактики, діагностики та лікування захворювань людей або зміни стану і функцій організму.
- 17.11. **Медична евакуація** – термінове транспортування Пацієнта із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та в супроводі Медичного персоналу до медичної установи, де можуть надаватися кваліфіковані Медичні послуги, якщо необхідність такого транспортування обумовлена Медичним станом Пацієнта.
- 17.12. **Медична послуга** - діяльність Медичного персоналу або Медичної установи, спрямована на забезпечення профілактики захворювань, травм та отруєнь, обстеження стану здоров'я людини, лікування, реабілітацію у зв'язку із захворюваннями, іншими розладами здоров'я, вагітністю та пологами, що реалізується в закладах охорони здоров'я, має завершене значення, цінову визначеність та є економічною складовою медичної допомоги.
- 17.13. **Медична установа** – заклад охорони здоров'я, що згідно з чинним законодавством України має право надавати консультативні, діагностичні, лікувальні, профілактичні та реабілітаційні медичні послуги, виключаючи ті заклади, основною діяльністю яких є надання санаторно-курортних послуг та послуг з опікування та піклування.
- 17.14. **Медична сестра** – особа із закінченою середньою медичною освітою, яка отримала встановлені державою документи на право роботи медичною сестрою (Диплом про середню медичну освіту).
- 17.15. **Медичний персонал** – колектив Лікарів та Медичних сестер, призначений адміністрацією медичної установи для надання Медичних послуг Пацієнту.

- 17.16. **Медичний стан** – характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Застрахованої особи, яку офіційно дає Лікар, та яка підтверджується первинною та/або вторинною медичною документацією.
- 17.17. **Невідкладна медична допомога** – надання Медичних послуг при настанні нещасного випадку або раптовому погіршенні Медичного стану Застрахованої особи з виїздом до неї спеціалізованої бригади, до складу якої входить Лікар та/або Медична сестра.
- 17.18. **Невідкладна стоматологічна допомога** – надання Медичних послуг при раптовому Захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямоване на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, без подальшого відновлювального лікування.
- 17.19. **Пацієнт** – найменування Застрахованої особи протягом строку надання цій особі відповідних Медичних послуг, передбачених Договором страхування.
- 17.20. **Представник Страховика** – особа, яка перебуває із Страховик у договірних або трудових відносинах і якій страховик делегував частину своїх зобов'язань та/або прав.
- 17.21. **Програма медичного страхування** – це визначений Договором страхування комплекс послуг, який надається Застрахованій особі при настанні Страхового випадку.
- 17.22. **Особистий лікар** – лікар відповідної кваліфікації, призначений Страховиком для обслуговування наперед визначеного кола Застрахованих осіб.
- 17.23. **Стаціонарні медичні послуги** – медичні послуги, що надаються Пацієнту в Клініці протягом строку, який перевищує 24 години.
- 17.24. **Ускладнення захворювання** – новий Медичний стан або нове Захворювання, для яких доведено, що безпосередніми причинами їх виникнення є Захворювання, що вже існувало.
- 17.25. **Фаза ремісії** – період Хронічного захворювання, який наступив спонтанно або внаслідок надання Медичних послуг, для якого характерно стихання патологічних проявів Захворювання, покращення якості життя Пацієнта та відсутність безпосередньої загрози для працездатності та життя Пацієнта.
- 17.26. **Хронічне захворювання** – захворювання, тривалість якого перевищує 6 місяців від моменту ймовірного початку Захворювання. Хронічні захворювання розподіляються на зворотні та незворотні:
- **Зворотнє хронічне захворювання** - захворювання, яке можливо повністю вилікувати із застосуванням сучасних медичних технологій, доступних в Україні. При цьому, Ускладнення захворювання не обов'язково ліквідуються.
 - **Незворотнє хронічне захворювання** - захворювання, яке не можливо повністю вилікувати із застосуванням сучасних медичних технологій, доступних в Україні. Медичні послуги, що надаються при Незворотньому хронічному захворюванні, спрямовані на стримання прогресування Захворювання та попередження виникнення Загострень захворювання та Ускладнень захворювання.

Додаток №1

**ДО ПРАВИЛ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

„ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ”

1 ПРОГРАМА “АПТЕКА”

Програма покликана забезпечити Пацієнта Лікарськими засобами та Виробами медичного призначення (надалі – ВМП), необхідними для лікування в умовах Амбулаторії чи Стационару Гострих захворювань, Загострення хронічних захворювань, Ускладнення захворювань.

Програма включає:

- 1 Забезпечення Пацієнта Лікарськими засобами та ВМП.
- 2 Контроль відповідності призначеного лікування стану Пацієнта, стандартам лікування, затвердженим МОЗ України, а також достатності та адекватності призначеного лікування вказаному діагнозові Представником Страховика, який має вищу медичну освіту.

Програма не охоплює:

- 1 Проведення превентивних заходів.
- 2 Забезпечення Лікарськими засобами та ВМП, що призначаються для лікування супутніх Захворювань, виявлених при наданні Медичних послуг з приводу основного Захворювання, при умові, що супутні Захворювання не загрожують життю Пацієнта;
- 3 Забезпечення Лікарськими засобами, які:
 - 3.1. безкоштовно надаються Пацієнту за рахунок медичної установи або з будь-якого іншого джерела;
 - 3.2. не зареєстровані для використання на території, де проводиться надання Медичних послуг;
 - 3.3. входять до групи фітопрепаратів, гомеопатичних засобів, харчових добавок;
 - 3.4. протипоказані Пацієнту за станом його здоров'я.

Особливості Програми:

- 1 Вартість первинної заводської упаковки будь-якого Лікарського засобу не повинна перевищувати 150 грн.
- 2 Лікування повинно відповідати стандартам лікування, прийнятим в Україні.

2 ПРОГРАМА “АМБУЛАТОРНА АПТЕКА”

Програма покликана забезпечити Пацієнта Лікарськими засобами та Виробами медичного призначення (надалі – ВМП), необхідними для лікування лише в умовах Амбулаторії Гострих захворювань, Загострення хронічних захворювань, Ускладнення захворювань.

Програма включає:

- 1 Забезпечення Пацієнта Лікарськими засобами та ВМП.
- 2 Контроль відповідності призначеного лікування стану Пацієнта, стандартам лікування, затвердженим МОЗ України, а також достатності та адекватності призначеного лікування вказаному діагнозові Представником Страховика, який має вищу медичну освіту.

Програма не охоплює:

- 1 Проведення превентивних заходів.
- 2 Забезпечення Лікарськими засобами та ВМП, що призначаються для лікування супутніх Захворювань, виявлених при наданні Медичних послуг з приводу основного Захворювання, при умові, що супутні Захворювання не загрожують життю Пацієнта;
- 3 Забезпечення Лікарськими засобами та ВМП, що призначаються для лікування чи підтримання вагітності та станів, пов'язаних із вагітністю.
- 4 Забезпечення Лікарськими засобами, які:
 - 4.1. безкоштовно надаються Пацієнту за рахунок медичної установи або з будь-якого іншого джерела;
 - 4.2. не зареєстровані для використання на території, де проводиться надання Медичних послуг;

- 4.3. входять до групи фітопрепаратів, гомеопатичних засобів, харчових добавок;
- 4.4. протипоказані Пацієнту за станом його здоров'я.
- 5 Вагітності та Медичного стану, безпосередньо пов'язаного із вагітністю.

Особливості Програми:

- 1 Вартість первинної заводської упаковки будь-якого Лікарського засобу не повинна перевищувати 150 грн.
- 2 Лікування повинно відповідати стандартам лікування, прийнятим в Україні.

3 ПРОГРАМА “ПОЛІКЛІНІКА”

Програма покликана забезпечити Пацієнта Амбулаторними медичними послугами та Лікарськими засобами і Виробами медичного призначення (надалі –ВМП) необхідними для лікування Гострих захворювань, Загострення хронічних захворювань, Ускладнення захворювань

Програма включає організацію та оплату:

- 1 Проведення лабораторних, інструментальних, мікробіологічних і патогістологічних досліджень, необхідних для встановлення діагнозу та контролю лікування .
- 2 Консультацій Лікарів.
- 3 Виконання необхідних медичних процедур і маніпуляцій.
- 4 Повне забезпечення курсу лікування в умовах Амбулаторії Лікарськими засобами та ВМП.

Програма не охоплює:

- 1 Амбулаторне лікування Захворювань, що за медичними показниками вимагають надання Стаціонарних медичних послуг.
- 2 Невідкладну медичну допомогу, Медичну евакуацію і Стаціонарні медичні послуги, необхідність у яких виникла під час курсу амбулаторного лікування.
- 3 Невідкладну і планову стоматологічну допомогу.
- 4 Проведення лікування Зворотних хронічних захворювань, метою якого є повне видужання.
- 5 Проходження курсу реабілітації після Захворювання більш ніж 20 днів чи санаторно-курортне лікування.
- 6 Проведення лікування чи підтримання вагітності та Медичних станів, безпосередньо пов'язаних із вагітністю.
- 7 Забезпечення Лікарськими засобами, які:
 - 7.1. безкоштовно надаються Пацієнту за рахунок медичної установи або з будь-якого іншого джерела;
 - 7.2. не зареєстровані для використання на території, де проводиться надання Медичних послуг;
 - 7.3. входять до групи фітопрепаратів, гомеопатичних засобів, харчових добавок;
 - 7.4. протипоказані Пацієнту за станом його здоров'я;
 - 7.5. призначені для лікування в умовах Стаціонару.

Особливості Програми:

- 1 Всі Медичні послуги надаються в умовах Амбулаторії.
- 2 Вартість первинної заводської упаковки будь-якого Лікарського засобу не повинна перевищувати 150 грн.
- 3 Лікування повинно відповідати стандартам лікування, прийнятим в Україні.
- 4 Задача лікування Гострих захворювань – одужання та повне чи часткове відновлення працездатності.
- 5 Задача лікування Загострення хронічних захворювань – зменшення активності хвороби та повне чи часткове відновлення працездатності.

4 ПРОГРАМА “СТАЦІОНАР”.

Програма покликана забезпечити Пацієнта Стаціонарними медичними послугами та Лікарськими засобами і Виробами медичного призначення (надалі –ВМП) необхідними для лікування Гострих захворювань, Загострення хронічних захворювань, Ускладнення захворювань.

Програма включає організацію та оплату:

- 1 Проведення лабораторних, інструментальних, мікробіологічних та патогістологічних досліджень, необхідних для встановлення діагнозу та контролю лікування.
- 2 Консультацій Лікарів.
- 3 Виконання необхідних медичних процедур і маніпуляцій.
- 4 Повне забезпечення курсу лікування в умовах Стаціонару Лікарськими засобами та ВМП.
- 5 Оперативного лікування із повним забезпеченням послуг Медичного персоналу, витрат на оренду операційної зали.
- 6 Оплата ліжко-дня.

Програма не охоплює:

- 1 Стаціонарне лікування Захворювань, що за медичними показниками вимагають надання Амбулаторних медичних послуг.
- 2 Невідкладну медичну допомогу, Медичну евакуацію, Амбулаторні медичні послуги, Невідкладну та Планову стоматологічну допомогу, необхідність в яких виникла під час курсу стаціонарного лікування.
- 3 Проведення превентивних заходів.
- 4 Проведення лікування Хронічних захворювань, метою якого є повне одужання.
- 5 Проходження курсу реабілітації після Захворювання понад 20 днів.
- 6 Санаторно-курортне лікування.
- 7 Проведення лікування чи підтримання вагітності та Медичних станів, безпосередньо пов'язаних із вагітністю.
- 8 Забезпечення Лікарськими засобами, які:
 - 8.1. безкоштовно надаються Пацієнту за рахунок медичної установи або з будь-якого іншого джерела;
 - 8.2. не зареєстровані для використання на території, де проводиться надання Медичних послуг;
 - 8.3. входять до групи фітопрепаратів, гомеопатичних засобів, харчових добавок;
 - 8.4. протипоказані Пацієнту за станом його здоров'я;
 - 8.5. призначені для лікування в умовах Амбулаторії.

Особливості Програми:

- 1 Всі Медичні послуги надаються в умовах Стаціонару.
- 2 Вартість первинної заводської упаковки будь-якого Лікарського засобу не повинна перевищувати 150 грн.
- 3 Лікування повинно відповідати стандартам лікування, прийнятим в Україні.
- 4 Задача лікування Гострих захворювань – одужання та повне чи часткове відновлення працездатності.
- 5 Задача лікування Загострення хронічних захворювань – зменшення активності хвороби та повне чи часткове відновлення працездатності.
- 6 Строк перебування в Стаціонарі не повинен перевищувати строку передбаченого стандартами лікування для лікування певного Захворювання.

5 ПРОГРАМА “ШВИДКА ДОПОМОГА”

Програма покликана забезпечити Пацієнту Медичну евакуацію та надання першої медичної допомоги силами спеціалізованої бригади при виникненні Гострих захворювань, Загострення хронічних захворювань, Ускладнення захворювань.

Програма включає організацію та оплату:

- 1 Виїзд загальної або спеціалізованої бригади Невідкладної медичної допомоги до Пацієнта.
- 2 Проведення первинної консультації Лікарем, встановлення попереднього діагнозу, складання програми невідкладного лікування.
- 3 Проведення нескладних лабораторних, мікробіологічних та інструментальних досліджень, необхідних для встановлення діагнозу та контролю лікування на місці виклику.
- 4 Повне забезпечення курсу невідкладного лікування Лікарськими засобами та Виробами медичного призначення.
- 5 Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій на місці.
- 6 При потребі розширення програми обстеження та лікування, з використанням потужностей Клініки чи Амбулаторії Медична евакуація Пацієнт транспортується до потрібних медичних установ.

Програма не охоплює:

- 1 Лікування Захворювань, що потребують надання послідовного безперервного ряду Медичних послуг в умовах Клініки або Амбулаторії.
- 2 Проведення превентивних заходів.
- 3 Проведення лікування Хронічних захворювань, метою якого є повне одужання.
- 4 Вагітності та Медичного стану, безпосередньо пов'язаного із вагітністю.

Особливості Програми:

- 1 Всі Медичні послуги надаються в умовах Стационару.
- 2 Вартість первинної заводської упаковки будь-якого Лікарського засобу не повинна перевищувати 150 грн.
- 3 Лікування повинно відповідати стандартам лікування, прийнятим в Україні.
- 4 задача надання першої медичної допомоги – стабілізація Медичного стану Пацієнта.
- 5 задача Медичної евакуації – максимально швидкий доступ до спеціалізованої медичної допомоги.

6 ПРОГРАМА “НЕВІДКЛАДНА СТОМАТОЛОГІЯ”

Програма покликана забезпечити Пацієнта Медичними послугами та Лікарськими засобами і Виробами медичного призначення (надалі – ВМП) необхідними для лікування в стоматологічній клініці Гострих захворювань або Загострення вже існуючих захворювань зубів і прилеглих тканин (гострий біль при загостренні парадонтозу, нагноєнні кісти і т.п.), що супроводжуються болем і/або розвитком місцевого запального процесу і/або загальним підйомом температури.

Програма включає:

- 1 Консультацію лікаря - стоматолога (3 візити).
- 2 Місцева анестезія (3 процедури).
- 3 Рентгенологічне обстеження (2 дослідження на кожен випадок).
- 4 Розкриття абсцесу і дренивання.
- 5 Видалення верхівки кореня.
- 6 Пломбування каналів зуба.
- 7 Установка постійної фотополімерної пломби.
- 8 Видалення зуба.

Програма не охоплює:

- 1 Надання профілактичних медичних послуг (герметизація фіссур, профілактичні огляди, зняття зубного каменю і т.д.).
- 2 Лікування хронічних захворювань зубів і прилеглих тканин (карієс, пародонтоз, гранульоми, кісти, кістогранульоми і т.п.) у Фазі ремісії.
- 3 Відновлення зубного ряду (протезування, імплантація, реставрація і т.д.).
- 4 Послуг ортодонтії.

- 5 Надання Невідкладної стоматологічної допомоги, що вимагає стаціонарного лікування в умовах спеціалізованої стоматологічної Клініки.

Особливості програми:

- 1 Страхування по даній програмі не вимагає попереднього обстеження стану здоров'я зубів і не передбачає обмежень у зв'язку з таким станом (посилання на давнину і занедбаність процесу, складність захворювання і т.п.).
- 2 Задача лікування – усунення больового синдрому і первинна санація осередку запалення.

7 ПРОГРАМА “ПРЕВЕНТИВНА МЕДИЦИНА”

Програма направлена на запобігання та попередження виникнення Гострих захворювань та Загострення хронічних захворювань у Пацієнта.

Програма включає організацію та оплату:

- 1 Проведення прививок в період наближення епідемій.
- 2 Забезпечення Пацієнта вітамінними препаратами, для підтримання та укріплення імунітету у весняний період.
- 3 Підтримуючий курс лікування Пацієнта, з метою запобігання сезонного загострення хронічного захворювання.

Програма не охоплює:

- 1 Лікування Гострих захворювань, Загострення хронічних захворювань та Ускладнення захворювань.

Особливості Програми:

- 1 Здійснюється лише попередження Захворювання, а не його лікування.
- 2 Курс підтримуючого лікування повинен призначатись Лікарем, під наглядом якого перебуває Пацієнт.

8 ПРОГРАМА “МАЛЮК”

Програма покликана забезпечити Пацієнта Медичними послугами та Лікарськими засобами і Виробами медичного призначення (надалі – ВМП) необхідними для лікування Гострих захворювань, Загострення хронічних захворювань, Ускладнення захворювань

Програма включає організацію та оплату:

- 1 Проведення лабораторних, інструментальних, мікробіологічних і патогістологічних досліджень, необхідних для встановлення діагнозу та контролю лікування .
- 2 Консультацій Лікарів.
- 3 Виконання необхідних медичних процедур і маніпуляцій.
- 4 Повне забезпечення курсу лікування Лікарськими засобами та ВМП.
- 5 Регулярний огляд дитини прикріпленим Лікарем-педіатром згідно індивідуального календаря оглядів.
- 6 Проведення планових вакцинацій згідно календаря щеплень, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України.

Програма не охоплює:

- 1 Невідкладну і Планову стоматологічну допомогу.
- 2 Проведення лікування Зворотних хронічних захворювань, метою якого є повне видужання.
- 3 Проходження курсу реабілітації після Захворювання більш ніж 20 днів чи санаторно-курортне лікування.

4. **Забезпечення Лікарськими засобами, які:**

- 4.1. безкоштовно надаються Пацієнту за рахунок медичної установи або з будь-якого іншого джерела;
- 4.2. не зареєстровані для використання на території, де проводиться надання Медичних послуг;
- 4.3. входять до групи фітопрепаратів, гомеопатичних засобів, харчових добавок;
- 4.4. протипоказані Пацієнту за станом його здоров'я;
- 4.5. Забезпечення сумішами для штучного вигодовування дитини та дитячим харчуванням.

Особливості Програми:

1. Всі Медичні послуги надаються дітям у віці від 1 тижня до 14 років.
2. Прикріплений Лікар-педіатр після першого відвідування складає індивідуальний календар планових оглядів дитини, у залежності від вихідного стану здоров'я, віку і статі.
3. Прикріплений Лікар-педіатр веде незалежну амбулаторну медичну карту, де фіксує всі результати оглядів і веде історію здоров'я дитини.
4. Планові вакцинації проводяться прикріпленням Лікарем-педіатром з відома (а по можливості – і при участі) дільничного педіатра у строк, встановлений Міністерством охорони здоров'я України, про що робиться офіційний запис у поліклінічній карті.
5. Вартість первинної заводської упаковки будь-якого Лікарського засобу не повинна перевищувати 150 грн.
6. Лікування повинно відповідати стандартам лікування, прийнятим в Україні.
7. Задача лікування Гострих захворювань – одужання.
8. Задача лікування Загострення хронічних захворювань – зменшення активності хвороби.

9 ПРОГРАМА “РЕАБІЛІТАЦІЯ”

Програма направлена на реабілітацію Пацієнта після стаціонарного лікування Гострих захворювань, Загострення хронічних захворювань, Ускладнення захворювань.

Програма включає організацію та оплату:

- 1 Санаторно-курортного лікування.

Програма не охоплює:

- 1 Превентивне, стаціонарне, амбулаторне лікування Гострих захворювань, Загострення хронічних захворювань, Ускладнення захворювань.

Особливості Програми:

- 1 Програма покриває лише реабілітацію після стаціонарного лікування.

10 ПРОГРАМА “ПОЛОГИ”

Програма направлена забезпечити Пацієнта Медичними послугами, необхідними при патологічному перебігу пологів.

Програма включає організацію та оплату:

- 1 Кесарського розтину, пологів з використанням вакуум-екстрактора або щипців.
- 2 Забезпечення пологів необхідними Лікарськими заходами
- 3 Перебування в Медичному закладі в післяпологовий період.

Програма не охоплює:

- 1 Лікування будь-яких Гострих захворювань, Загострення хронічних захворювань, Ускладнення захворювань, окрім пологів.
- 2 Медичні послуги та Лікарські засоби, які надаються при природних пологах.
- 3 Вагітності та Медичного стану, безпосередньо пов'язаного із вагітністю.
- 4 Перебування в Медичному закладі в післяпологовий період не перевищує 7 днів.

Особливості Програми:

1 Медичні послуги надаються в умовах пологових будинків.

11 ПРОГРАМА "ОСОБИСТИЙ ЛІКАР"

Програма спрямована на попередження Захворювань або їх лікування силами прикріпленого особистого лікаря.

Програма включає організацію та оплату:

- 1 Послуг особистого лікаря.
- 2 Забезпечення процесу лікування в умовах Амбулаторії Лікарськими засобами.

Програма не охоплює:

- 1 Консультації Лікарів та діагностичні процедури.
- 2 Невідкладну медичну допомогу, Медичну евакуацію і Стаціонарні медичні послуги, необхідність у яких виникла під час курсу амбулаторного лікування.
- 3 Невідкладну і Планову стоматологічну допомогу.
- 4 Проведення лікування Зворотних хронічних захворювань, метою якого є повне видужання.
- 5 Проходження курсу реабілітації після Захворювання більш ніж 20 днів чи санаторно-курортне лікування.
- 6 Забезпечення Лікарськими засобами, які:
 - 6.1. безкоштовно надаються Пацієнту за рахунок медичної установи або з будь-якого іншого джерела;
 - 6.2. не зареєстровані для використання на території, де проводиться надання Медичних послуг;
 - 6.3. входять до групи фітопрепаратів, гомеопатичних засобів, харчових добавок;
 - 6.4. протипоказані Пацієнту за станом його здоров'я;
 - 6.5. призначені для лікування в умовах Стаціонару.

Особливості Програми:

- 1 Особистий лікар надає кваліфіковану, у тому числі невідкладну медичну допомогу в обсязі кваліфікаційної характеристики лікаря за фахом "загальна практика-сімейна медицина" в умовах амбулаторно-поліклінічної установи і вдома.
- 2 У разі потреби проводить підготовку Пацієнта до госпіталізації і забезпечує своєчасне його направлення на лікування в Клініку.
- 3 Здійснює профілактичну роботу, спрямовану на виявлення факторів ризику, ранніх і прихованих форм захворювань.
- 4 Супроводжує Пацієнта на всіх етапах надання медичної допомоги.
- 5 Проводить лікувальні і консультаційні відвідування хворого вдома, огляд.
- 6 Веде первинну медичну документацію (амбулаторна картка хворого, рецепти на медикаменти і засоби гігієни і санітарії).
- 7 Організовує і проводить комплекс заходів по диспансеризації і спостереженню за станом здоров'я Пацієнта.
- 8 Здійснює санітарно-протиепідемічну та санітарно-освітню роботу з Пацієнтом.
- 9 Веде обліково-звітну медичну документацію.
- 10 Забезпечує консультацію Пацієнта з медико-соціальних і медико-психологічних питань.
- 11 Організовує надання медичної допомоги Пацієнту в екстрених випадках.

Додаток №2

ДО ПРАВИЛ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)

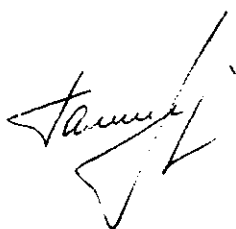
Базові (річні) страхові тарифи у відсотках (%) від страхової суми

Таблиця 1

Програма	Страхова сума	Страховий тариф
	грн.	ВТ (%)
Аптека	1 500	8,6%
Аптека в поліклініці	1 500	3,59%
Поліклініка	5 000	6,2%
Стационар	15 000	2,9%
Швидка допомога	1 500	5,4%
Невідкладна стоматологія	1 000	29,5%
Превентивна медицина	15 000	5,1%
Малюк	7 000	8,7%
Реабілітація	5 000	7,8%
Пологи	1 000	10,4%
Особистий лікар	8 000	4,7%

2. В залежності від стану здоров'я, місця проживання, наявності індивідуальних ризиків та віку застрахованої особи застосовуються коригуючі коефіцієнти від **0,05** до **4**.
3. Для кожної з програм конкретні розміри страхових тарифів встановлюються при укладанні договору страхування з врахуванням коригуючих коефіцієнтів від **0,2** до **3**, що залежать від збитковості за попередній період, рівня медичного закладу та інших чинників, що впливають на величину ризику.
4. Якщо величина встановленої в Договорі страхової суми відмінна від страхової суми на основі якої розраховані базові страхові тарифи, до базових страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт від **0,05** до **2**.
5. Норматив витрат на ведення справи складає 30% від страхового платежу.

Актуарій



І.В. Галущаків

В цьому документі пронумеровано
прошито і скріплено печаткою 26
(двадцять шість) аркушів

Stamp: **Перша страхова компанія**
Дентифікаційний код 3124

Handwritten: *Дир. Департаменту страх. компаній*

Handwritten: *Користь*

Handwritten: *03470*

Handwritten: *20.04.07*

Stamp: **Республіка Молдова**

Методика розрахунку страхових тарифів

Для кожної з Програм страхування здійснюється окремий розрахунок страхових тарифів. На підставі відповідної статистики настання страхових випадків розраховується середнє значення кількості страхових випадків за один рік по кожному з договорів страхування - « λ ». Для « n » договорів страхування та « m » страхових випадків по цих договорах

$$\lambda = \frac{m}{n}$$

Використовуючи статистичні дані величин страхових виплат з допомогою методу максимальної правдоподібності розраховуються параметри логнормального розподілу величини збитку - « μ », « σ ». Для величин виплат « x_1, \dots, x_m »

$$\mu = \frac{\sum_{i=1}^m \ln x_i}{m}$$

$$\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^m (\ln x_i - \mu)^2}{m}$$

При розрахунку нетто-тарифів використовуються величина прогнозованої кількості застрахованих осіб « N », ймовірність незбитковості портфелю договорів страхування « $\alpha = 95\%$ », адійна величина страхової суми « SS ». Математичне сподівання величини виплати та її дисперсія (при умові настання збитку) визначаються з допомогою формул:

$$EX = \int_0^{SS} x \cdot f(x) \cdot dx + SS \cdot \int_{SS}^{\infty} f(x) \cdot dx,$$

$$IX = \int_0^{SS} (x - EX)^2 \cdot f(x) \cdot dx + (SS - EX)^2 \cdot \int_{SS}^{\infty} f(x) \cdot dx,$$

$$f(x) = \frac{1}{x \cdot 2 \cdot \pi \cdot \sigma^2} \cdot \exp\left(-\frac{(\ln(x) - \mu)^2}{2 \cdot \sigma^2}\right).$$

Математичне сподівання величини загальних виплат по портфелю договорів страхування та її дисперсія визначаються згідно формул для колективної моделі ризику:

$$ES = N \cdot \lambda \cdot EX$$

$$IS = N \cdot (\lambda \cdot EX + \lambda \cdot EX^2)$$

Використовуючи центральну граничну теорему величини нетто-премії та нетто-тарифу для заданих умов страхування розраховуються з допомогою формул:

$$NP = \frac{ES}{N} \cdot (1 + x_a \cdot \frac{IS}{ES}) = \lambda \cdot EX \cdot (1 + x_a \cdot \frac{1}{N \cdot \lambda} \cdot (1 + \frac{IX}{EX^2})).$$

$$NT = \frac{NP}{SS} \cdot 100\%.$$

Враховуючи величину нормативу витрат на ведення справи « f » у відсотках, розраховується величина брутто-тарифу « BT » для договорів страхування річного терміну дії:

$$BT = \frac{100\%}{100\% - f} \cdot NT.$$