

**“ЗАТВЕРДЖЕНО”**

**Голова Правління  
ЗАТ “СК“Гарант-Система”**

**Петренко О.П.**

**“04” листопада 2005 р.**

## **П Р А В И Л А**

### **добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)**

#### **1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

1.1. На підставі цих Правил добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (далі по тексту - Правила) ЗАТ “СК “Гарант - Система” (далі по тексту - Страховик) укладає договори добровільного медичного страхування (далі по тексту - Договір ДМС) з юридичними особами та дієздатними фізичними особами (далі по тексту - Страхувальники).

1.2. Застрахованими особами можуть бути особи у віці від 1 року до 80 років.

1.3. Не укладаються Договори ДМС осіб, що мають встановлену групу інвалідності та/або знаходяться під диспансерним наглядом в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних диспансерах чи інших лікувально-профілактичних закладах незалежно від місця мешкання. Укладання Договорів про страхування зазначених осіб може здійснюватися на умовах сплати страхового платежу за підвищеним тарифом.

1.4. Асiстуюча компанiя - компанiя, з якою Страховик має договiрнi стосунки щодо обслуговування Договорiв ДМС в частинi органiзацiї та фiнансування лiкувально-профiлактичної медичної допомоги (медичних послуг) в обсязi Програм добровiльного медичного страхування (далі по тексту – Програми ДМС).

#### **2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ**

2.1. Об'єктом страхування є майнові інтереси, що не суперечать діючому законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника (Застрахованої особи).

#### **3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК**

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

3.2. За даними Правилами страховим ризиком є стан здоров'я Застрахованої особи, який вимагає надання медичної допомоги.

3.3. За даними Правилами страховим випадком є отримання Застрахованою особою лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг) у лікувально-профілактичних закладах (надалі – ЛПЗ), з переліку передбачених Договором ДМС, або запропонованому Асистуючою компанією (якщо у Договорі страхування визначено, що медичні послуги здійснюється через таку компанію), в разі: гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння та інших наслідків впливу зовнішніх причин, у тому числі нещасних випадків, у межах, передбачених Договором ДМС, згідно з обраними Програмами ДМС.

3.4. Страховим випадком визнається отримання Застрахованою особою лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг) тільки під час дії Договору ДМС.

3.5. Договором ДМС може бути встановлено конкретний перелік хвороб певного профілю, на випадок настання яких проводиться страхування.

#### **4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ**

4.1. Страховими випадками не визнаються, якщо інше не обумовлено Договором ДМС та відповідною Програмою ДМС (згідно Додатку №1 до цих Правил) та не відшкодовуються витрати, пов'язані із наданням лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг) у випадках:

4.1.1. Вад розвитку та аномалій розвитку.

4.1.2. Хвороб Застрахованої особи наркологічного, онкологічного, психіатричного, дерматовенерологічного, сексопатологічного профілю та фтизіатрія.

4.1.3. Вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ), синдром набутого імунодефіциту (СНІД), незалежно від терміну їх діагностики, та герпес-вірусної інфекції.

4.1.4. Венеричних захворювань та захворювань, що передаються статевим шляхом.

4.1.5. Трансплантації внутрішніх органів, ендопротезування, придбання та використання протезів.

4.1.6. Пластичних та косметологічних операцій, які спрямовані на покращення зовнішності.

4.1.7. Гемобластози, гемофілія, хвороба Віллебранда і Шенляйна-Геноха.

4.1.8. Захворювання, що потребують санаторно-курортного лікування та витрати, які пов'язані з таким лікуванням.

4.2. Страховим випадком не визнається отримання Застрахованою особою лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг) в ЛПЗ України в разі захворювань, які настали внаслідок:

4.2.1. Вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин та медичних препаратів без призначення лікаря (за виключенням випадків насильницького введення таких речовин Застрахованому третіми особами), що призвели до настання страхового випадку.

4.2.2. Навмисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень.

4.2.3. Заподіяння Застрахованою особою навмисного злочину або інших протиправних дій.

4.2.4. Самогубства або спроби самогубства, крім випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб.

4.2.5. Керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного сп'яніння, під дією токсичних або наркотичних речовин, без водійських прав відповідної категорії, а також добровільної передачі керування транспортним засобом особі, що знаходиться у стані алкогольного сп'яніння, під дією токсичних або наркотичних речовин, а також передачі керування особі, яка не має водійських прав відповідної категорії.

4.2.6. Військових дій, повстань, громадських безладів, стачок, ядерного вибуху, а також дії радіоактивного випромінення, природних явищ, катаклізмів та інше.

4.2.7. Кримінального аборту.

4.3. Страховими випадками не є виробничі травми та професійні захворювання, лікування яких відшкодовується за рахунок коштів підприємства (стаття 9 Закону України „Про охорону праці”).

4.4. Отримання Застрахованою особою лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг), яка не передбачена Договором страхування та/чи отримання такої у ЛПЗ, які не передбачені Договором страхування без попереднього погодження із Страховиком (Асистуючою компанією).

4.5. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші виключення з окремих страхових випадків, зазначених у пункті 3 цих Правил як страхових, при умові сплати додаткового платежу.

## **5. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВА ВИПЛАТА**

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

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

5.1.2. Розмір страхової суми визначається в Договорі ДМС під час укладання договору страхування чи зміни умов Договору ДМС.

5.1.3. Для кожної Програми ДМС Страховик може встановлювати обмеження щодо розміру страхової суми.

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

5.2.1. Страхові виплати за Договорами ДМС здійснюються незалежно від суми, яку має отримати Страхувальник (Застрахована особа) за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена як відшкодування збитків.

5.2.2. Розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору ДМС або внесення змін до договору страхування.

## **6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ**

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

6.2. Страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків. Страховий тариф визначається відповідно до обраної Програми ДМС з урахуванням суттєвих в кожному конкретному випадку чинників, що впливають на ймовірність настання страхових випадків.

6.3. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі ДМС залежно від умов Договору ДМС за згодою сторін.

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

6.5. Страховий платіж визначається виходячи з розміру страхової суми на підставі страхових тарифів, визначених в Програмах ДМС (Додаток №2 до цих Правил).

6.6. Сплата страхового платежу може здійснюватися готівкою в касу Страховика або шляхом безготівкових розрахунків, у порядку, визначеному Договором ДМС.

## **7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ ДМС. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ ДМС**

7.1. Договір ДМС укладається між Страхувальником та Страховиком на строк до 1 року, якщо Договором ДМС не передбачено інший термін страхування.

7.2. Підставою для укладання Договору ДМС є письмова заява Страхувальника за формою, встановленою Страховиком.

7.3. Страхувальник може укласти Договір ДМС третьої особи лише за її згодою. У разі, коли Страхувальником є юридична особа, яка бажає одночасно застрахувати декількох осіб, до заяви додається список Застрахованих осіб. У цьому разі список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору ДМС.

7.4. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором ДМС.

7.5. Під час укладання Договору ДМС Страховик має право вимагати результатів медичного обстеження особи, про страхування здоров'я якої укладається Договір ДМС, та за результатами обстеження приймати рішення щодо укладення Договору ДМС.

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

7.7. Договір ДМС складається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться (по одному примірнику) у кожній із сторін.

7.8. При укладанні Договору ДМС одночасно декількох Застрахованих осіб, цим особам можуть додатково бути видані документи, що посвідчують факт укладання Договору ДМС (страховий поліс).

7.9. Місцем дії Договору ДМС є територія України, якщо інше не передбачено Договором ДМС.

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

8.1. Будь-які зміни до умов Договору ДМС вносяться лише за письмовою згодою сторін.

8.2. Про намір внести зміни до умов Договору ДМС сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 10 днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інше не передбачено умовами Договору ДМС.

8.3. Зміни до умов Договору ДМС оформлюються як додаткова угода до діючого договору страхування.

## **9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

9.1. Страховик зобов'язаний:

9.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

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

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

9.1.4. Якщо умовами Договору ДМС передбачено обслуговування Договорів ДМС в частині організації надання та фінансування лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг) в обсязі Програм ДМС, що здійснюється ЛПЗ та/або Асістуючою компанією, Страховик зобов'язаний:

9.1.4.1. При настанні страхового випадку протягом терміну, передбаченого Договором між Страховиком та ЛПЗ чи Асістуючою компанією, після одержання усіх належним чином оформлених необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, оформити страховий акт та здійснити страхову виплату відповідно до пункту 11.1 цих Правил.

9.1.4.2. В разі отримання Застрахованою особою лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг) у ЛПЗ, не визначених Договором ДМС, Застрахована особа повинна погодити із Страховиком отримання такої допомоги та можливі витрати.

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

9.1.6. Зберігати конфіденційність одержаної від Страхувальника інформації щодо учасників та умов Договору ДМС.

9.1.7. Якщо Застрахована особа - неповнолітня дитина, то її права та обов'язки, які передбачені Договором страхування, здійснюються через її батьків або опікунів.

9.2. Страховик має право:

9.2.1. При укладенні Договору ДМС запросити у Страхувальника документи, необхідні для оцінки страхового ризику.

9.2.2. Під час укладання Договору ДМС вимагати результатів медичного обстеження осіб, про страхування яких укладається Договір ДМС, та за результатами обстеження приймати рішення щодо укладення Договору ДМС.

9.2.3. Достроково припинити дію Договору ДМС відповідно до умов Договору та цих Правил та якщо Страхувальник надав неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованих осіб під час укладання Договору ДМС.

9.2.4. За домовленістю із Страховиком внести зміни до умов діючого Договору ДМС, про що укладається додаткова угода до діючого Договору ДМС з врахуванням умов розділу 8 цих Правил.

9.2.5. Перевіряти надану Страхувальником інформацію та вимагати додаткових документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити до Застрахованої особи власного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

9.2.6. Надсилати запити до компетентних органів про надання інформації, необхідної для з'ясування причин та обставин настання страхового випадку.

9.3. Страхувальник зобов'язаний:

9.3.1. Сплатити страховий платіж в обумовлені Договором ДМС строки.

9.3.2. При укладанні Договору ДМС 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.

9.3.3. За вимогою Страховика повинен надати інформацію щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування здоров'я якої укладається Договір ДМС.

9.3.4. Повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування щодо цього об'єкта страхування.

9.3.5. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

9.3.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору ДМС, будь-яким засобом, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення. Якщо Страхувальник не є Застрахованою особою, цих заходів повинна вжити Застрахована особа або її довірена особа.

9.3.7. Сповідати Страховика на протязі терміну дії Договору ДМС про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються Страхувальника і Застрахованої особи.

9.3.8. В разі необхідності отримання лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг) у ЛПЗ, які не передбачено Договором ДМС, узгодити це з Страховиком до отримання цієї допомоги. У випадку передбачення Договором ДМС організації надання та фінансування лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг) через Асистуючу компанію, ЛПЗ та обсяг цієї допомоги (послуг) узгоджується з Асистуючою компанією.

9.4. Страхувальник має право:

9.4.1. Достроково припинити дію Договору ДМС.

9.4.2. За домовленістю зі Страховиком внести зміни та доповнення у Договір ДМС шляхом укладання додаткових угод.

9.4.3. Вимагати виконання Страховиком умов Договору ДМС.

9.4.4. Вимагати забезпечення Асистуючою компанією організації надання та оплати Страховиком вартості наданої Застрахованій особі лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг) в межах, передбачених Договором ДМС.

9.5. Умовами Договору ДМС можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика та Страхувальника.

## **10. ДІЇ СТОРІН ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.**

10.1. Якщо умовами Договору ДМС передбачено обслуговування Договорів ДМС в частині організації надання та фінансування лікувально-профілактичної медичної допомоги

(медичних послуг) в обсязі Програм ДМС, що здійснюється ЛПЗ та/або Асістуючою компанією, тоді дії Застрахованої особи наступні:

10.1.1. При виникненні ситуації, яка потребує надання лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг), Застрахована особа (або довірена особа) повинна звернутися безпосередньо до Асістуючої компанії чи ЛПЗ, що визначені у Договорі ДМС.

10.1.2. В цьому випадку Асістуюча компанія чи ЛПЗ беруть на себе обов'язки повідомлення про настання страхового випадку та оформлення всіх відповідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку та розмір понесених витрат.

10.2. Якщо умовами Договору ДМС не передбачено обслуговування Договорів ДМС в частині організації надання та фінансування лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг) в обсязі Програм ДМС, що здійснюється ЛПЗ та/або Асістуючою компанією, тоді дії Застрахованої особи наступні:

10.2.1. При виникненні ситуації, яка потребує надання лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг), Застрахована особа (або довірена особа) повинна звернутися безпосередньо до ЛПЗ, в якому їй буде надано лікувально-профілактичну медичну допомогу (медичні послуги) відповідного виду та обсягу. При неможливості самозвернення до ЛПЗ, Застрахована особа повинна викликати виїзну бригаду швидкої (невідкладної) медичної допомоги з метою надання догоспітальної невідкладної медичної допомоги, як на місці виклику, так і при транспортуванні в ЛПЗ.

10.2.2. Застрахована особа (або довірена особа) повинна повідомити про настання страхового випадку та про витрати, які були пов'язані з наданням медичної допомоги безпосередньо Страховику у строк, визначений у Договорі ДМС, будь-яким способом, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення.

10.2.3. Після наданої лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичних послуг) Застрахована особа повинна отримати від ЛПЗ документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та фактичні витрати на надану медичну допомогу, а також зберегти їх.

10.2.4. Надати Страховику оригінали наступних документів, які завірені у відповідності до вимог діючого законодавства України щодо заповнення форм первинної медичної документації ЛПЗ, затверджених наказами МОЗ України а саме:

10.2.4.1. Виписку з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма №027/о).

10.2.4.2. Копію листка лікарських призначень (форма №003-4/о).

10.2.4.3. Документ, що підтверджує порядок госпіталізації: при госпіталізації бригадою швидкої медичної допомоги надати ксерокопію супровідного листка станції медичної допомоги (форма №114/о); при самозверненні – ксерокопія акту самозвернення, що завірений підписом та особистою печаткою лікаря; при направленні у плановому порядку – направлення на планову госпіталізацію.

10.2.4.4. Оригінали довідок (рахунків-фактур) ЛПЗ із розрахунком фактичної вартості наданої медичної допомоги у ЛПЗ та/чи медикаментозного забезпечення проведеного лікування.

10.2.4.5. В разі здійснених витрат на медикаментозне забезпечення проведеного лікування, якщо це обумовлено Договором ДМС, Застрахована особа повинна надати Страховику товарний чек до чеку касового апарату, що завірений печаткою аптеки, в якому вказані: найменування препаратів, форма випуску, кількість та вартість препаратів; найменування, кількість та вартість предметів догляду, одноразового інструментарію та інш.

## **11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.**

11.1. Якщо умовами Договору ДМС передбачені договірні стосунки між Страховиком та ЛПЗ та/або Асістуючою компанією, страхова виплата здійснюється Страховиком у відповідності до умов Договору ДМС шляхом відшкодування ЛПЗ або Асістуючій компанії вартості наданої Застрахованій особі платної лікувально-профілактичної медичної допомоги (медичної послуги) відповідно до умов укладених договорів з ЛПЗ та Асістуючими компаніями.

11.2. Якщо умовами Договору ДМС не передбачені договірні стосунки між Страховиком та ЛПЗ та/або Асістуючою компанією, страхова виплата здійснюється Страховиком у відповідності до умов Договору ДМС безпосередньо Застрахованій особі після надання нею документів, що передбачені п.10.2.4 та:

11.2.1. Заяви про страхову виплату.

11.2.2. Документу, що посвідчує Застраховану особу.

11.3. Після отримання документів, визначених у пунктах 10.2.4 та 11.2 цих Правил, які підтверджують настання страхового випадку та доцільність здійснених Застрахованою особою витрат, Страховик повинен оформити страховий акт протягом 15 робочих днів з дня одержання таких документів та здійснити страхову виплату у межах страхової суми, визначеної Договором ДМС, на протязі 15 робочих днів з дня складення страхового акту, або у цей же термін відмовити у страховій виплаті з письмовим обґрунтуванням причин відмови.

11.4. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором ДМС для кожної Застрахованої особи та/або страхової суми, встановленої Договором ДМС для відповідної Програми ДМС.

11.5. Належну страхову виплату Застрахованій особі чи ЛПЗ чи Асістуючій компанії Страховик здійснює через касу або шляхом безготівкових розрахунків.

11.6. Страхову суму (її частину) може одержати також інша особа за письмовим розпорядженням Застрахованої особи, оформленим відповідно до діючого законодавства України.

11.7. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, то її права та обов'язки за договором страхування здійснюють її батьки або опікуни.

11.8. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхової суми (її частини) шляхом сплати пені за кожний день затримки виплати, що сталася з його вини. За кожний день затримки виплати, що сталася з вини Страховика, останнім сплачується пеня в розмірі, визначеному Договором ДМС або договором із ЛПЗ чи Асістуючою компанією.

## **12. ВІДМОВА У СТРАХОВИХ ВИПЛАТАХ.**

12.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

12.1.1. Навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані із виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або Застрахованої особи, встановлюється відповідно до діючого законодавства України.



12.1.2. Вчинення Страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено Договір ДМС, умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

12.1.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування під час укладання Договору ДМС або про факт настання страхового випадку.

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

12.1.5. Якщо Страхувальник не надав документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, або якщо документи не відповідають вимогам п.10.2.4. та п. 11.2. цих Правил.

12.1.6. Інші випадки, передбачені діючим законодавством України.

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

12.3. Рішення про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком у строк не більший передбаченого Правилами страхування та повідомляється Страхувальнику в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

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

12.5. Негативний фінансовий стан Страховика не є підставою для відмови у виплаті страхової суми (її частини) Страхувальнику.

### **13. ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.**

13.1. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

13.1.1. Закінчення строку дії.

13.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

13.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору.

13.1.4. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи, або смерті Страхувальника – громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятків випадків, передбачених статтями 22, 23, 24 Закону України «Про страхування».

13.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

13.1.6. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

13.1.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

13.1.8. Смерті Застрахованої особи.

13.1.9. Якщо Договір страхування було укладено про добровільне медичне страхування декількох осіб одночасно, то у разі смерті однієї Застрахованої особи договір припиняє дію тільки відносно цієї особи.

13.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування. Дія Договору ДМС не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України.

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

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

#### **14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

14.1. Спори, пов'язані із страхуванням, вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

## **ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (безперервного страхування здоров'я)**

### ***I. Програма КДД: “Консультаційно - діагностична допомога”***

Сутність програми: організація надання застрахованій особі консультативно-діагностичної медичної допомоги та необхідних інструментально-лабораторних діагностичних досліджень, виклик лікаря-консультанта до офісу. ЛПЗ та лабораторії визначаються Договором ДМС.

Застраховані витрати: витрати на консультативно-діагностичну медичну допомогу, діагностичні дослідження, витрати на консультацію лікаря-консультанта.

Страхові випадки: порушення стану здоров'я застрахованої особи, що потребує надання консультативно-діагностичної медичної допомоги та діагностичних досліджень.

Порядок здійснення страхової виплати: розрахунки за надану застрахованій особі консультативно-діагностичну медичну допомогу проводяться Страховиком із лікувальними закладами та/або із Застрахованою особою.

### ***II. Програма АПД: “Амбулаторно-поліклінічна допомога”***

Сутність програми: організація амбулаторного лікування та відшкодування здійснених витрат.

Застраховані витрати: витрати за надану амбулаторну медичну допомогу (консервативну, оперативну) з урахуванням оплати вартості медикаментів та лабораторно-інструментальних методів дослідження у разі настання страхового випадку та в межах страхової суми.

Страхові випадки: гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, травма, отруєння та інші випадки, що призвели до порушення здоров'я застрахованого та потребують лікування в умовах поліклініки або денного стаціонару.

Порядок здійснення страхової виплати: розрахунки за надану застрахованій особі амбулаторну медичну допомогу проводяться Страховиком із ЛПЗ та здійснюється страхова виплата Застрахованій особі у розмірі фактично здійснених витрат на медикаментозне забезпечення, вартості лабораторно-інструментальних методів дослідження тощо.

### ***III. Програма СД: “Стаціонарна допомога”***

Сутність програми: організація надання Застрахованій особі стаціонарної медичної допомоги у плановому чи ургентному порядку.

Застраховані витрати: витрати за надану стаціонарну медичну допомогу (консервативну, оперативну) з урахуванням оплати вартості медикаментів та лабораторно-інструментальних методів дослідження необхідних у разі настання страхового випадку та в межах страхової суми.

Страхові випадки: гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, отримання травми, отруєння та інші випадки, що призвели до порушення здоров'я застрахованого та потребують лікування в умовах стаціонару.

Порядок здійснення страхової виплати: всі розрахунки за надану застрахованій особі медичну допомогу проводяться Страховиком безпосередньо з ЛПЗ, в які Застрахована особа була направлена лікарем-координатором.

#### ***IV. Програма ШМД: “Швидка медична допомога”***

Сутність програми: організація та надання догоспітальної невідкладної медичної допомоги, як на місці виклику, так і при транспортуванні в ЛПЗ, в якому надається невідкладна стаціонарна медична допомога.

Застраховані витрати: витрати, що пов'язані з наданням невідкладної медичної допомоги, проведенням термінових лабораторно-інструментальних методів дослідження та транспортуванням до профільного стаціонару, в якому може бути надана медична допомога відповідного виду та обсягу.

Страхові випадки: стан Здоров'я застрахованої особи, що потребує надання невідкладної медичної допомоги та госпіталізації при станах, що потребують оперативного лікування в ургентному порядку, інтенсивної терапії чи інших реанімаційних заходів.

Порядок здійснення страхової виплати: розрахунки за надану медичну допомогу проводяться Страховиком із ЛПЗ та станціями швидкої медичної допомоги або безпосередньо Застрахованій особі при наданні останньою документів, що підтверджують факт витрат на надання невідкладної медичної допомоги.

#### ***V. Програма АД: “Акушерська допомога”.***

Сутність програми: організація необхідного лабораторно-інструментального та додаткових методів дослідження, нагляд за вагітною Застрахованою особою та плодом, та родорозрішення в умовах пологових будинків.

Застраховані витрати: витрати, що пов'язані із підготовкою та веденням пологів.

Страхові випадки: останні тижні вагітності та пологи.

Порядок здійснення страхової виплати: розрахунки за надану медичну допомогу проводяться Страховиком із ЛПЗ та пологовими будинками або безпосередньо Застрахованій особі при наданні останньою документів, що підтверджують факт витрат на надання медичної допомоги (медичних послуг).

#### ***VI: Програма ПД: “Педіатрична допомога”.***

Сутність програми: організація лікувально-профілактичної медичної допомоги дитині.

Застраховані витрати: витрати, що пов'язані із проведенням такої медичної допомоги.

Страхові випадки: гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, травма, отруєння та інші випадки, що призвели до порушення здоров'я дитини.

Порядок здійснення страхової виплати: безпосередньо Застрахованій особі при наданні останньою документів, що підтверджують факт витрат на надання медичної допомоги (медичних послуг).

Порядок здійснення страхової виплати: розрахунки за надану Застрахованій особі медичну допомогу проводяться Страховиком із ЛПЗ та здійснюється страхова виплата

батькам чи опікунам Застрахованої особи, в разі її неповноліття, у розмірі фактично здійснених витрат на медикаментозне забезпечення, вартості лабораторно-інструментальних методів дослідження тощо.

### ***VII: Програма СтМ “Стоматологічна допомога”***

Сутність програми: організація стоматологічної допомоги.

Застраховані витрати: витрати, що пов'язані із проведенням стоматологічного лікування.

Страхові випадки: гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, травма, та інші випадки, що призвели до необхідності отримання стоматологічної допомоги.

Порядок здійснення страхової виплати: безпосередньо Застрахованій особі при наданні останньою документів, що підтверджують факт витрат на надання стоматологічної допомоги (медичних послуг).

Порядок здійснення страхової виплати: розрахунки за надану Застрахованій особі стоматологічну допомогу проводяться Страховиком із ЛПЗ, що надають таку допомогу, та здійснюється страхова виплата Застрахованій особі у розмірі фактично здійснених витрат на стоматологічну допомогу.

### ***VIII: Програма СМ “Сімейна медицина”***

Сутність програми: організація лікувально-профілактичної медичної допомоги усім застрахованим членам однієї родини необхідного виду та обсягу, що обумовлюється кожним конкретним Договором ДМС.

Застраховані витрати: витрати, що пов'язані з організацією та наданням лікувально-профілактичної медичної допомоги необхідного виду та обсягу, що обумовлюється кожним конкретним Договором ДМС.

Страхові випадки: стан здоров'я застрахованої особи, що потребує надання лікувально-профілактичної медичної допомоги необхідного виду та обсягу.

Порядок здійснення страхової виплати: розрахунки за надану медичну допомогу проводяться Страховиком із ЛПЗ або безпосередньо Застрахованій особі.

### ***IX: Програма МД: “Медикаментозне забезпечення”***

Сутність програми: відшкодування здійснених витрат на призначені застрахованому під час лікування: медикаменти, шовний матеріал, рентгенівські плівки, перев'язувальний матеріал, шприци, системи для інфузій.

Застраховані витрати: витрати, що пов'язані з медикаментозним забезпеченням при проведенні амбулаторного та стаціонарного лікування.

Страхові випадки: захворювання та інші нещасні випадки, що потребують медикаментозного забезпечення.

Порядок здійснення страхової виплати: здійснюється безпосередньо застрахованій особі у розмірі здійснених витрат на медикаментозне забезпечення.

### ***X: Програма КПМД: “Комплексна програма медичного страхування”***

Сутність програми: організація надання застрахованій особі лікувально-профілактичної медичної допомоги до моменту ліквідації загрози життєдіяльності та відновлення працездатності із застосуванням всіх видів медичної допомоги в залежності від ситуації та відповідно до Договору ДМС.

Застраховані витрати: витрати на надання медичної допомоги у разі настання страхового випадку в межах страхової суми.

Страхові випадки: гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, травма, отруєння та інші нещасні випадки, що призвели до порушення здоров'я застрахованого.

Порядок здійснення страхової виплати: всі розрахунки за надану застрахованій особі медичну допомогу проводяться Страховиком безпосередньо із ЛПЗ, в які застрахована особа була направлена лікарем-координатором Асистуючої компанії.

*Додаток №2  
до Правил добровільного медичного страхування  
(безперервне страхування здоров'я)*

### СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. При укладанні Договорів ДМС з юридичними особами по діючим програмам ДМС можуть застосовуватись пільги:

<b>чисельність Застрахованих осіб</b>	<b>Знижка тарифа (% від базового тарифу)</b>
50-80	до 30%
80-110	до 50%
110-200	до 70%
200-250	до 80%
більш 250	до 90%

2. Базові річні страхові тарифи у % від страхової суми залежно від віку особи, про страхування якої укладається Договір ДМС, у відповідності з програмами ДМС наведені нижче:

#### 1. Консультаційно-діагностична допомога .

Вік у Роках	Найменування медичної програми – КДД	
	КДД-1 (практично здорові)	КДД-2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями)
	страховий тариф, %	страховий тариф, %
1-14	10	30
15-40	5	15
41-55	7	21
56-65	9	27
більш 65	10	30

#### 2. Амбулаторно-поліклінічна допомога.

Вік у Роках	Найменування медичної програми – АПД	
	АПД -1 (практично здорові)	АПД -2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями)
	Страховий тариф, %	страховий тариф, %
1-14	10	30
15-40	5	15
41-55	7	21
56-65	9	27
більш 65	10	30

#### 3. Стаціонарна допомога

Вік	Найменування медичної програми – СД
-----	-------------------------------------

у роках	СД -1 (практично здорові)	СД -2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями)
	Страховий тариф, %	страховий тариф, %
1-14	10	30
15-40	5	15
41-55	7	21
56-65	9	27
більш 65	10	30

**4. Швидка медична допомога.**

Вік у Роках	Найменування медичної програми –ШМД	
	ШМД -1 (практично здорові)	ШМД -2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями)
	Страховий тариф, %	страховий тариф, %
1-14	10	30
15-40	5	15
41-55	7	21
56-65	9	27
більш 65	10	30

**5. Акушерська допомога**

Вік у роках	Найменування медичної програми – АД	
	АД -1 (практично здорові)	АД -2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями)
	Страховий тариф, %	страховий тариф, %
18-45	30	80

**6. Педіатрична допомога**

Вік у роках	Найменування медичної програми – ПД	
	ПД-1 (практично здорові)	ПД-2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями)
	Страховий тариф, %	страховий тариф, %
До 3 років	10	50
3-7	8	35
7-14	4	20

**7. Стоматологічна допомога**

Найменування медичної програми –СтМ		
МЗ-1 (практично здорові)	СтМ-2 (з захворюваннями)	СтМ-3 (з хроніч. Зхворюваннями)
страховий тариф,	Страховий тариф,	страховий тариф,



%	%	%
12	80	80

**8. Сімейна медицина (тариф визначається окремо по кожній особі)**

Вік у роках	Найменування медичної програми – СМ	
	СМ-1 (практично здорові)	СМ-2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями)
	Страховий тариф, %	страховий тариф, %
До 14	10	30
15-40	5	15
41-55	7	21
56-65	9	27
більш 65	10	30

***9: Програма “Медикаментозне забезпечення”***

Страхова сума встановлюється у межах від 500 гривень до 10000 гривень. Середній страховий тариф на одну Застраховану особу встановлюється у розмірі від 1,5% від страхової суми до 10% від страхової суми.

Нормативні витрати на ведення справи складають 30% в зазначених тарифах.

Зазначені тарифи можуть бути знижені чи підвищені залежно від категорії (класу) обслуговування, а також з врахуванням окремих чинників ризику (наявності шкідливих звичок, таких як паління, зловживання алкоголем тощо; умов праці та побуту; стану здоров'я) та конкретних умов Договору страхування (виключення окремих ризиків, встановлення обмежень щодо виплат по окремим ризикам тощо). При цьому застосовуються підвищуючі від 1,0 до 3,0 (при цьому максимальний річний страховий тариф – 80,0%) та знижуючі коефіцієнти від 0,1 до 1,0.

***10: Програма “Комплексна програма медичного страхування”.***

Передбачається можливість комбінування всіх вищенаведених програм разом, або окремими частинами, що обумовлюється конкретним Договором ДМС.

Страховая сума визначається при укладанні Договору ДМС.

Страховий тариф визначається як сума страхових тарифів відповідно до програм, які включено до Програми КПМС.

При укладанні Договору ДМС на термін до одного року розмір тарифу розраховується виходячи з розміру річного страхового тарифу на підставі наведеної нижче таблиці (при цьому неповний місяць дії договору страхування рахується за повний):

строк страхування, місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% від річного тарифу	30	35	40	45	50	60	70	75	85	90	95

Розрахунок страхових тарифів  
виконав актуарій

Топольська С. Г.  
(Диплом №003 від 17.09.1999 р.)

**“ЗАТВЕРДЖЕНО”**

**Голова Правління  
ПрАТ “СК“Гарант-Система”**

**\_\_\_\_\_ Петренко О.П.**

**“ 10 ” квітня 2014 р.**

**ЗМІНИ ТА ДОПОВНЕННЯ №1**

**ДО ПРАВИЛ**

**ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

**(безперервне страхування здоров'я)**

**м. Київ**

1. В тексті Правил замість «ЗАТ «СК «Гарант – Система» читати ПрАТ «СК «Гарант – Система».

2. Розділ 2 Правил викласти у наступній редакції:

«

## **2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

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

»

3. Доповнити текст Правил Розділом 15 наступного змісту:

«

## **15. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

15.1. Як зазначено у п.1.2 Правил, Застрахованими можуть бути особи у віці від 1 року до 80 років. Особи віком до 1 року або старші за 80 років також можуть бути Застрахованими але на особливих умовах, які можуть включати обов'язковість попереднього обстеження Застрахованого, сплату підвищеного страхового платежу, включення до договору страхування додаткових виключень із страхових випадків .

Конкретні умови страхування визначаються за згодою сторін при укладенні договору страхування, однак не можуть суперечити цим Правилам та чинному законодавству України.

15.2. Особливі умови страхування вагітних жінок «Ведення вагітності»:

15.2.1. Можливі наступні варіанти страхування:

„А” – „Ведення вагітності” протягом перших 20 тижнів;

„В” – „Ведення вагітності” понад 20 тижнів;

„С” – „Ведення вагітності” протягом усього терміну вагітності.

15.2.2. Страховий ризик визначається відповідно до п.3.2. Правил. На відміну від п. 3.3. цих Правил страховим випадком є звернення Застрахованої особи протягом дії Договору страхування до закладу охорони здоров'я у разі погіршення стану здоров'я внаслідок вагітності та отримання при цьому медичної допомоги (послуг) в обсягах, передбачених Програмою страхування відповідних ризиків, що є невід'ємною частиною Договору страхування.

15.2.3. У доповнення до визначених розділом 4 Правил виключень із страхових випадків, не визнаються страховими випадками ( у відповідних випадках не здійснюється виплата страхового відшкодування):

- лікування методами нетрадиційної медицини;
- лікування, що за характером є експериментальним або дослідницьким;
- обстеження та лікування TORCH-інфекцій;
- проведення акушерського скринінгу вроджених захворювань та пороків розвитку

плода;

- гемобластози, гемофілія, хвороба Віллебранда і Шенляйна-Геноха;
- лікування психічних захворювань;
- вади та аномалії розвитку;

Не відшкодовуються витрати на медикаменти, які необхідні для лікування під час вагітності, якщо інше не передбачено Договором страхування.

15.2.4. Обсяг медичної допомоги, що надається відповідно до Договору страхування, базується на програмах, визначених у Додатку №1 до Правил. Конкретний

перелік медичної допомоги та перелік медичних закладів визначається в Договорі страхування.

15.3. Договором страхування можуть бути передбачені також інші особливі умови страхування, узгоджені між Страхувальником та Страховиком, які не суперечать цим Правилам та чинному законодавству України.

»