ЗАТВЕРДЖЕНО
Генеральний директор
ТДВ «Страхова компанія «Індіго»

Радіонова Т.О.

«03» листопада 2006 р.

№05

ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)

м. Київ

ТЕРМІНИ Й ВИЗНАЧЕННЯ

Адендум (Додатковий договір) - Договір страхування, що укладається протягом строку дії чинного Договору до закінчення його дії у зв'язку зі змінами умов укладеного Договору. Додатковий договір укладається на підставі письмової заяви Страхувальника, де зазначається причина укладання такого договору (підвищення страхової суми, поява й наявність інших факторів, що змінюють ступень ризику тощо).

Аптека - фармацевтична установа, яка забезпечує Застраховану особу або медичний заклад медикаментами та матеріалами, що необхідні для надання медичної допомоги, передбаченої Договором страхування.

Асистуюча компанія - посередник між Страховиком, медичним закладом та Аптекою, що організує надання Застрахованій особі медичної допомоги, передбаченої Програмою медичного страхування.

Бордеро (Технічний рахунок) - додатковий Договір страхування, що укладається протягом дії чинного Договору страхування з метою узагальнення інформації щодо Застрахованих осіб протягом певного періоду дії Договору страхування (зокрема – календарного місяця, кварталу, тощо).

Вигодонабувач - особа (фізична або юридична), що може бути призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи для отримання страхового відшкодування у разі настання страхового випадку та яка може зазнати збитків в результаті настання страхового випадку. Якщо Вигодонабувач не зазначений, то страхове відшкодування у разі смерті Застрахованої особи отримують спадкоємці Застрахованої особи згідно законодавства України.

Відповідальність Страховика (страховий захист) - зобов'язання Страховика у разі настання страхового випадку здійснити Страхувальнику (Вигодонабувачу, Застрахованій особі) страхову виплату у межах страхової суми.

Договір страхування (страховий поліс) - письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити Страхувальнику страхову виплату у межах страхової суми, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі в повному обсязі у визначені строки та виконувати інші умови угоди.

Заклад охорони здоров'я - підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників

Застрахована особа – фізична особа, майнові інтереси пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю якої є об'єктом страхування, та на користь якої Страхувальником укладений із Страховиком Договір страхування, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Ліміт відшкодування - граничний розмір виплат страхових відшкодувань, при досягненні якого Договір страхування припиняє свою дію.

Медичний заклад - заклад охорони здоров'я, що надає Застрахованій особі медичну допомогу, передбачену Програмою медичного страхування

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

Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування, визначених цими Правилами та Договором страхування, зобов'язаний провести виплату страхового відшкодування при настанні страхового випадку.

Страхове відшкодування (виплата) - грошова сума, яка виплачується Страховиком при настанні страхового випадку, передбаченого Договором страхування.

Страхове свідоцтво - невід'ємна частина Договору страхування, що підтверджує факт укладання такого Договору щодо окремої Застрахованої особи, містить ключові умови Договору страхування, що є формою Договору страхування.

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

Страхові випадки - це певні події (хвороба або смерть Застрахованої особи) передбачені Договором страхування, які сталися під час дії та на території Договору страхування, та внаслідок яких настає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування на умовах укладеного Договору

Страховий ризик - це певна подія, що має ознаки ймовірності та випадковості настання і на випадок якої здійснюється страхування за цими Правилами.

Страховик – ТДВ «Страхова компанія «Індіго», від імені якого укладається Договір страхування здоров'я на випадок хвороби.

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

Термін страхування (термін відповідальності Страховика) - визначений Договором страхування період, протягом якого Страховик несе відповідальність на умовах укладеного Договору страхування.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил Закрите ТДВ «Страхова компанія «Індіго», (надалі Страховик) укладає договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі - Договори страхування) фізичних осіб (надалі Застрахованих осіб) із юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі Страхувальниками)

1.2. Страхувальники мають право укладати Договори страхування власного здоров'я або здоров'я третіх осіб (застрахованих осіб) за згодою цих осіб.

1.3. У випадку, коли Страхувальник уклав Договір страхування власного здоров'я, він одночасно є й Застрахованою особою.

2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

2.1. Об'єктом страхування згідно цих Правил є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані із здоров'ям Страхувальника (Застрахованої особи).

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страхові ризики, на випадок виникнення яких проводиться страхування, є наступні події.

хвороба Застрахованої особи;

хвороба Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби під час перебування у медичному закладі.

3.2. Страховим випадком за цими Правилами визнається:

звернення Страхувальника (Застрахованої особи) в період дії Договору страхування до Медичного закладу з переліку, встановленого Договором страхування при гострому захворюванні, загострення хронічного захворювання, травмі, отруєнні та інших захворюваннях за отриманням медичних та інших послуг у відповідності з Програмою медичного страхування, визначеною Договором страхування. Страховим випадком також визнається звернення Страхувальника (Застрахованої особи) за отриманням медичної допомоги в період дії Договору страхування в відповідності з програмою страхування до інших медичних закладів, ніж ті що передбачені в Договорі страхування, якщо таке звернення було узгоджено та/або організовано Страховиком.

звернення спадкоємців Застрахованої особи, у разі її смерті під час знаходження на лікуванні в медичному закладі, у зв'язку з необхідністю покриття витрат, пов'язаних із репатріацію такої Застрахованої особи.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Не відноситься до страхового випадку подія, що відбулась внаслідок звертання Застрахованого за отриманням медичних та інших послуг не передбачених Програмою медичного страхування.

4.2. Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу, пов'язані з:

4.2.1. захворюванням інфекційними хворобами під час оголошення епідемії та пандемії, якщо стан епідемії чи пандемії був оголошений до початку дії Договору страхування;

4.2.2. захворюваннями, травмами та отруєннями, які пов'язані з вживанням алкогольних, наркотичних та токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікуванням;

4.2.3. захворюваннями, що виникли внаслідок навмисного заподіяння шкоди своєму здоров'ю;
4.2.4. спробою самогубства, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;
4.2.5. хронічними захворюваннями, на які Застрахована особа хворіла на час укладання Договору страхування, крім випадків їх загострення чи ускладнення;
4.2.6. венеричними хворобами, крім випадків зараження у медичному закладі під час дії Договору страхування;
4.2.7. захворюванням на СНІД, крім випадків зараження СНІДом у медичних закладах під час дії Договору страхування;
4.2.8. захворюваннями та нещасними випадками, внаслідок участі Застрахованої особи в протиправних діях;
4.2.9. вродженими пороками;
4.2.10. спадковими захворюваннями;
4.2.11. лікуванням порушень мови, якщо такі порушення не були наслідком нещасного випадку;
4.2.12. захворюваннями, пов'язаними з пластичними операціями та ускладненнями після таких операцій;
4.2.13. лікуванням, яке не було призначене лікарем;
4.2.14. лікарськими обстеженнями, якщо немає ніякого погіршення стану здоров'я, включаючи діагностику (медкомісія водіїв, призовників та допризовників, для отримання дозволу на носіння зброї, тощо), якщо проведення такого обстеження не передбачено Договором страхування;
4.2.15. діагностуванням, яке проводилось без направлення лікаря;
4.2.16. корекцією зору, якщо така корекція не була необхідна в наслідку настання зі Страхувальником нещасного випадку;
4.2.17. Наявності негативних відхилень у стані здоров'я, болісних проявів чи хвороби(результату хвороби) або лихої події, що були відомі Застрахованому, або членам його сім'ї, або його лікарям до початку страхування, чи протягом терміну очікування, якщо іншого не передбачено в договорі страхування.
4.2.18. Операцій, пов'язаних з лікуванням чоловічої\жіночої безплідності.
4.2.19. Стоматологічних та ортодонтичних процедур, в тому числі видалення зубів, операція на яснах, або\чи будь-яка інша операція, вчинена будь-яким стоматологом (за винятком процедур, пов'язаних із проведенням невідкладної стоматологічної допомоги), якщо такі послуги не передбачені договором страхування.
4.2.20. Будь-якого захворювання, що підпадає під дані Правила у період термінової служби Застрахованого у збройних силах України, будь-яке захворювання, що стало наслідком виконання службових обов'язків для осіб, які є штатними працівниками воєнізованої пожежної охорони, оперативними працівниками міліції, штатними працівниками міліції, штатними працівниками служби охорони, стрілками ВОХР, охоронцями комерційних структур, якщо інше не передбачено договором страхування.
4.2.21. Участі Застрахованого у військових діях, участь у революціях, повстаннях, бунтах та цивільних, громадянських заворушеннях, терористичних актах, страйках чи інших протиправних діях.

4.2.22. Туберкульозу, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.2.23. Захворювань та тілесних ушкоджень як наслідок польотів на будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахованих летить у ролі пасажира у цивільному апараті, власник якого має ліцензію на пасажирські перевезення.

4.2.24. зубного протезування, догляду за зубами (крім термінової стоматологічної допомоги), якщо інше не передбачено договором страхування;

4.2.25. дослідженнями зору з метою призначення лінз чи окулярів, крім випадків порушення зору внаслідок нещасного випадку;

4.2.26. лікуванням методами нетрадиційної медицини (гіпноз, гомеопатичне лікування, рефлексотерапія, мануальна терапія, фітотерапія, іридодіагностика тощо);

4.2.27. отриманням медичних послуг, що не передбачені Програмами страхування;

4.2.28. захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом на протязі першого місяця після набуття чинності Договором страхування;

4.2.29. новоутвореннями, хворобами ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлений медичним закладом на протязі перших трьох місяців після набуття чинності Договором страхування.

4.3. Не укладаються Договори страхування осіб, які на час укладення Договору є онкологічно-хворими, хворими з тяжкими формами захворювання серцево-судинної системи, ВІЛ-інфікованими, знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах.

4.4. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страховий випадок стався:

4.4.1. під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні, або на території дії Договору страхування;

4.4.2. під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу, локауту або терористичного акту;

4.4.3. у випадку впливу ядерної енергії;

4.4.4. у результаті протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів.

4.5. Страховим випадком не визнається звернення Застрахованої особи до непередбаченого Договором страхування медичного закладу за отриманням медичної допомоги та медичних послуг, за винятком випадків, передбачених договором страхування та цими Правилами.

4.6. Страховик не оплачує вартість допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, інвалідних колясок тощо), а також пошук та доставку органів для трансплантації, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

5.1. Розмір страхового платежу визначається на підставі страхового тарифу, що наведений у Додатку №1 до цих Правил.

5.2. Розмір страхового платежу визначається Страховиком в залежності від розміру страхової суми, строку дії Договору страхування, результатів медичного анкетування, статі, віку, Застрахованої особи, вартості медичних послуг та інших обставин, передбачених Договором страхування.

5.3. За Договором страхування, укладеним на строк менше одного року, розмір страхового платежу визначається як добуток річного страхового платежу на коефіцієнт короткостроковості, в залежності від строку дії Договору страхування.
5.4. Страховий платіж може сплачуватися Страхувальником одноразово у термін, визначений умовами Договору страхування, або з розстроченням на протязі дії Договору страхування. Порядок та строки сплати страхового платежу встановлюється Договором страхування.
5.5. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою або використати безготівкові форми розрахунків.
5.6. При визначенні розміру Страхового платежу Застрахованій особі може бути запропоновано заповнити Медичну анкету. Відомості, вказані в заяві на страхування або в Медичних анкетах, підтверджуються підписом Страхувальника (Застрахованої особи). У випадку необхідності, для уточнення вказаних даних, Страховик має право направити Застраховану особу на медичний огляд. У випадку відмови Застрахованої особи від заповнення Медичної анкети або проходження медичного огляду, Страховик має право відмовити Страхувальнику в укладенні Договору страхування.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ

6.1. Максимальний розмір страхової суми встановлюється за згодою Сторін при укладенні Договору страхування. Страхова сума встановлюється виходячи з переліку та вартості медичних послуг, передбачених Договором страхування, та вказується в Договорі страхування.
6.2. Загальна сума страхових виплат за страховими випадками не може перевищувати страхової суми за Договором страхування.
6.3. В період дії Договору страхування Страхувальник може збільшити розмір страхової суми.. При цьому укладається додаткова угода до діючого Договору страхування.
6.4. У випадках, коли вартість медичних послуг перевищує розмір страхової суми або ліміту відповідальності Страховика по конкретному виду медичної допомоги, встановленої Договором страхування, допомога може бути надана за рахунок виділення Страхувальником додаткових коштів Страховику, при цьому Страхувальник та Страховик укладають додаткову угоду і Страхувальник сплачує послуги згідно з прейскурантом Страховика, діючого на цей момент.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування укладається на підставі письмової заяви Страхувальника за формою, що встановлена Страховиком, або на підставі Медичної анкети, що заповнюється Застрахованою особою перед укладанням Договору страхування. Для оформлення Договору страхування Страховик може запросити додаткову інформацію, що характеризує ступінь страхового ризику.
7.2. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться по одному у кожної зі сторін.
7.3. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування. У Договорі страхування може бути передбачено наступний порядок набуття чинності:

7.3.1. при розрахунках готівкою - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового внеску;

7.3.2. при безготівкових розрахунках - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового внеску на розрахунковий рахунок Страховика в повному обсязі або визначеній частині, якщо це обумовлено Договором страхування.

7.4. При укладанні Договору про страхування третіх осіб (крім дітей у віці до 16-ти років) необхідна письмова згода цих осіб.

7.5. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування. Одночасно з Договором страхування страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом) Страхувальнику (Застрахованій особі) може видаватися страхова медична картка, зразок якої затверджується Страховиком.

7.6. При втраті Застрахованою особою страхового поліса та/або страхової картки, вона зобов'язана негайно повідомити про це Страховика. З цього моменту втрачені документи визнаються недійсними та не можуть бути підставою для отримання медичних послуг у відповідності з Договором страхування. На заміну втрачених документів Страхувальнику (Застрахованій особі) видаються відповідні дублікати.

7.7. Договором страхування можуть бути передбачені Програми медичного страхування (надалі - Програми).

7.8. При поданні Страхувальником заяви на укладення Договору страхування, Страховик може запросити інформацію щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування медичних витрат якої укладається Договір страхування. В окремих випадках Страховик може вимагати медичного освідчення особи, про страхування медичних затрат якої укладається Договір страхування.

7.9. При укладенні Договору страхування Сторони можуть домовитися про невикористання окремих положень цих Правил та/або про доповнення Договору страхування положеннями, що не суперечать діючому законодавству України.

7.10. У випадку заміни Застрахованих осіб іншими особами при колективній формі проведення страхування без збільшення числа Застрахованих осіб Страхувальник надає Страховику дані про осіб, що виключаються зі списку та включаються до нього. Страхові поліси (страхові медичні картки) осіб, що виключаються зі списку Застрахованих осіб, повертаються Страховику. Новим Застрахованим особам видається страховий поліс (страхова медична картка).

7.11. Умови, що містяться в цих Правилах страхування і не включені в текст Договору страхування, обов'язкові для Страхувальника, якщо в Договорі прямо вказано на використання таких правил або самі правила викладені в одному документі з Договором, або на його зворотній стороні, або додаються до нього.

7.12. Застрахованій особі забороняється передавати страховий поліс (страхову медичну картку) іншим особам з метою одержання ними медичних послуг по Договору страхування. Якщо буде встановлено, що Застрахована особа передала іншій особі поліс (страхову медичну картку), Страховик має право достроково припинити дію Договору страхування в відношенні до такої Застрахованої особи та відмовити в страховій виплаті.

7.13. Страхувальник зобов'язаний відшкодувати за вимогою Страховика витрати, що понесені останнім у випадку сплати рахунків за медичні послуги, надані незастрахованій особі.

8. ТЕРМІН ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін від одного до дванадцяти місяців, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.2. Договір страхування діє на території України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.3. Страховиком можуть встановлюватись обмеження:

- по території дії Договору страхування,
- за віком - для Застрахованої особи,
- та інші обмеження, зазначені у Договорі страхування.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

9.1.1. Вимагати надання Застрахованій особі в медичних закладах, передбачених Договором страхування, медичних та інших послуг у відповідності з умовами Договору страхування.

9.1.2. У випадку ненадання таких послуг Страхувальник зобов'язаний негайно сповістити про це Страховика. При неможливості сповістити про це Страховика, інформувати Страховика може будь-яка уповноважена Страхувальником особа (представник).

9.1.3. Отримувати консультації та пояснення про Правила медичного страхування та про умови Договору страхування, а також про порядок надання медичних послуг.

9.1.4. У разі настання страхового випадку, якщо Страхувальник є Застрахованою особою, отримати страхову суму (її частину) у вигляді медичних та інших послуг у Медичних закладах, передбачених Договором страхування, або у вигляді сплати цих послуг.

9.1.5. На укладання Договору страхування третьої особи за згодою цієї особи, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника у відповідності з Договором страхування і цими Правилами.

9.1.6. На зміну умов Договору страхування за згодою сторін згідно з розділом 13 цих Правил. При цьому укладається додаткова угода до діючого Договору страхування між Страховиком та Страхувальником.

9.1.7. На дострокове припинення Договору страхування згідно умов цих Правил.

9.1.8. На отримання дублікату Договору страхування, страхового свідоцтва (полісу, сертифікату) та страхової медичної картки у разі їх втрати.

9.2. Страхувальник зобов'язаний.

9.2.1. Повідомити Страховику достовірну інформацію, що має значення для визначення ступеня ризику.

9.2.2. Уся інформація надається в письмовому вигляді за підписом Страхувальника (якщо Страхувальник є фізичною особою), або керівника Страхувальника (якщо Страхувальник є юридичною особою)

9.2.3. Сплачувати страховий платіж у розмірі і в строки що обумовлені Договором страхування.

9.2.4. Протягом трьох робочих днів повідомити Страховика про настання страхового випадку.

9.2.5. При зміні ступеня ризику протягом трьох робочих днів повідомити в письмовій формі Страховика для прийняття останнім рішення про подальшу дію Договору страхування.

9.2.6. Повідомити Страховика про інші діючі Договори особистого страхування стосовно Застрахованої особи.

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

9.3. Страховик має право:

9.3.1. У разі необхідності робити запити про відомості що пов'язані зі страховим випадком до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку.

9.3.2. Якщо інше не передбачено Договором страхування, відмовити у виплаті страхової суми у випадках передбачених виключеннями з цих Правил, а також якщо Страхувальник (Застрахована особа):

а) не надав усіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку;

б) надав Страховику свідомо неправдиві відомості про об'єкт страхування;

в) невчасно повідомив Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин;

г) учинив умисний злочин, що призвів до страхового випадку.

9.3.3. При наявності сумнівів у підставах для виплати страхової суми (її частини) відстрочити таку виплату до отримання підтвердження цих підстав на термін, що не перевищує 3 (трьох) місяців.

9.3.4. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження Страхувальника – фізичної особи та Застрахованих осіб, та за результатами медичного обстеження приймати рішення щодо укладення договору страхування та розміру страхового тарифу.

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

9.4.2. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування шляхом надання Медичними закладами та/або за участю Асистуючої компанії медичних та інших послуг відповідно до укладеного Договору страхування.

9.4.3. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку вжити заходів, щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхової суми (її частини).

9.4.4. Зберігати конфіденційність одержаної від Страхувальника інформації, щодо учасників та умов Договору страхування, за винятком випадків, передбачених Законодавством України.

9.5. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, передбачувану зміну власності, та про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків згідно з Договором страхування.

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

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

9.8. Якщо Застрахована особа - неповнолітня дитина, то її права та обовязки, які передбачені цими Правилами та договором страхування здійснюють її батьки або опікуни.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. Для отримання послуг Застрахована особа звертається до Медичного закладу та іншої установи, передбаченої Договором страхування, або безпосередньо до Страховика для отримання інформації про надання медичної допомоги по телефонах, вказаних в страховому полісі (страховій медичній картці).

10.2. При відсутності можливості надання послуг, передбачених Програмою медичного страхування, в закладі, визначеному Договором страхування, Страховик організовує її виконання в іншому адекватному Медичному закладі, що визначається Страховиком.

10.3. При зверненні до Медичного закладу Застрахована особа повинна пред'явити наступні документи:

а) оригінал Договору страхування (страхового поліса, свідоцтва, страхової медичної картки);

б) документ що посвідчує Застраховану особу;

в) медичну картку, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідку з медичного закладу за місцем проживання, інші документи, передбачені Договором страхування.

10.4. Страховик самостійно, згідно з умовами Договору про співпрацю між Страховиком та цим Медичним закладом, здійснює оплату рахунків за надані Застрахованій особі медичні та інші послуги, а при необхідності відшкодовує Застрахованій особі її власні кошти, витрачені на отримання медичної допомоги (якщо така організована Страховиком або узгоджена з ним), при пред'явленні Застрахованою особою оригінальних документів, що підтверджують факт надання та оплати медичних послуг в межах страхової суми (рахунок, квитанція та ін.).

10.5. Не оплачуються Страховиком витрати, що виникли по закінченні строку дії Договору страхування, за винятком витрат, пов'язаних з госпіталізацією Застрахованої особи, що мала місце на протязі строку дії Договору страхування, до моменту відведення загрози життю Застрахованої особи.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхової суми (її частини) Страхувальнику (Застрахованій особі) шляхом надання медичних послуг Медичними закладами через Асистуючу компанією, з якими Страховик уклав договори про співпрацю. Ці заходи здійснюються Страховиком незалежно від суми, яку має отримати Застрахована особа за державним соціальним страхуванням, соціальним забезпеченням, а також суми, що має бути їй сплачена як відшкодування заподіяної шкоди згідно з цивільним законодавством України з боку третіх осіб.

11.2. Право Застрахованої особи на отримання та оплату медичної допомоги, передбаченої Договором страхування, настає після набуття ним чинності.

11.3. При виникненні страхового випадку медичні послуги Застрахованій особі надаються Медичними закладами та/або за участю Асистуючої компанії на підставі надання нею оригіналу Договору страхування

(страхового поліса, свідоцтва, страхової медичної картки) та документу, що посвідчує особу. Застрахована особа повинна чітко дотримуватись приписів та призначень лікарів, не порушувати режиму Медичного закладу, що надає таку допомогу.

11.4. Для отримання медичних послуг Застрахована особа звертається безпосередньо до Медичного закладу, або Асистуючої компанії, передбаченої договором страхування, або до Страховика по контактних телефонах, вказаних в страховій картці, полісі. Які повинні організувати надання відповідних медичних послуг.

11.5. Оплата вартості послуг, наданих Медичними закладами, здійснюється виходячи з фактичних затрат на надання медичної допомоги та медичних послуг по цінах, узгоджених між Страховиком Медичними закладами та/або Асистуючою компанією шляхом перерахування Страховиком грошових коштів на рахунок Медичного закладу. Перерахування здійснюється після отримання від Медичних закладів рахунків з наведенням діагнозу, строків лікування, переліку наданих послуг, їх вартості, загальної суми витрат, понесених по всіх послугах, наданих Застрахованим особам в межах Програми медичного страхування, передбаченої Договором страхування. Взаємовідносини з Медичними закладами та/або Асистуючою компанією визначаються відповідними договорами.

11.6. Страховик приймає до оплати (для компенсації) рахунки або інші документи, що підтверджують факт надання Застрахованій особі медичних послуг, у разі коли вони надані:

11.6.1. Медичними закладами, передбаченими Договором страхування;

11.6.2. Медичними закладами, не передбаченими Договором страхування, при умові, що надання послуг Застрахованим особам здійснювалося з письмової згоди Страховика;

11.6.3. Страхувальником (Застрахованою особою) по медичних послугах, наданих Застрахованій особі в Медичних закладах, за згодою Страховика.

11.7. Страховик зобов'язаний в термін не більше десяти робочих днів з дня одержання всіх документів що підтверджують факт настання страхового випадку прийняти рішення про виплату чи відмову у виплаті страхової суми, якщо інше не передбачено Договором. Рішення Страховика про виплату або відмову у виплаті оформляється Страховим актом (аварійним сертифікатом). Страховий акт складається Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

11.8. При необхідності перевірки обставин страхового випадку і наданих документів Страховик має право відстрочити прийняття рішення про страхову виплату на додатковий строк до 45 днів.

11.9. Якщо Застрахованій особі надані медичні послуги, не передбачені Програмою медичного страхування та не узгоджені зі Страховиком, останній оплату таких послуг не здійснює і обов'язки по їх оплаті Медичному закладу лежать на Страхувальнику. Якщо з будь-яких обставин Страховик відшкодує вказані послуги Медичному закладу, Страхувальник зобов'язаний відшкодувати вказану суму (повернути виплату) Страховику в строк не більш як 15 днів з моменту отримання вимоги Страховика.

11.10. Якщо Страхувальник заперечує проти повернення сплати медичних послуг (відшкодування неправомірної страхової виплати) Страховик має право вимагати розірвання Договору страхування та для захисту своїх майнових інтересів звернутися до суду.

11.11. Страховик має право відмовити в страховій виплаті у випадках, передбачених виключеннями з цих Правил (якщо інше не передбачено Договором страхування), а також при наданні Страхувальником або Застрахованою особою документів, що не відповідають дійсності, наданні завідомо неправдивої інформації, навмисного приховування інформації, що має істотне значення для оцінки ступеня ризику, а також у інших випадках, передбачених діючим законодавством та цими Правилами. У разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування, Страховик повідомляє про це Страхувальнику у письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття рішення про відмову. В цьому випадку оплата медичних послуг здійснюється Страхувальником за рахунок своїх коштів.

11.12. Якщо інше не передбачене Договором страхування, у разі прийняття рішення про виплату, Страховик протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про виплату здійснює виплату страхового відшкодування

11.13. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування з урахуванням раніше проведених виплат, які мали місце під час дії Договору страхування.

11.14. Якщо Страхувальнику була надана можливість внесення страхового платежу частинами, то у разі несплати чергової частини платежу на момент настання страхового випадку, із суми належного страхового відшкодування Страховик має право утримувати несплачену частину страхового платежу, якщо інше не передбачене Договором страхування.

12. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

12.1. Будь-які зміни умов Договору страхування, що відповідають умовам цих Правил, здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика протягом п'яти робочих днів з моменту одержання письмової згоди.

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

12.3. Зміни до умов Договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого Договору страхування.

12.4. Якщо будь-яка зі Сторін незгодна на внесення змін в Договір страхування, протягом п'яти робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

13. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

13.1. Договір страхування припиняє дію за згодою Сторін, а також у разі:

13.1.1. Закінчення строку дії Договору страхування;

13.1.2. Виконання Страховиком страхових зобов'язань у повному обсязі.

13.1.3. При укладанні Договору страхування, коли Страхувальником виступає юридична особа згідно зі списком Застрахованих осіб, Договір страхуванння припиняє свою дію щодо конкретної Застрахованої особи та зберігає свою силу до кінця вказаного в ньому терміну щодо інших Застрахованих осіб (якщо інше не передбачене Договором страхування) у випадку:

а) якщо виплати по одному або декількох страхових випадках склали 100 % страхової суми (ліміту відшкодування), що припадає на конкретну Застраховану особу;

б) звільнення Застрахованої особи з підприємства Страхувальника, якщо інше не передбачено договором страхування;

13.1.4. 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. Протягом цих десяти днів Договір вважається тимчасово призупиненим, та Страховик не несе відповідальності по страхових випадках, що стались в період дострокового припинення дії Договору страхування;

13.1.5. Ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;

13.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

13.1.7. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

13.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

13.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

Про намір дострокового припинення дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору та законодавством України.

13.3. 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, які складають 40% страхового платежу та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

13.4. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат на ведення справи, які складають 40% страхового платежу та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

13.5. Договором страхування може бути передбачений інший розмір нормативних витрат на ведення справи Страховика для застосування згідно п.п.13.3. та п.13.4., але не більше 40% від суми страхового платежу.

13.6. В разі, якщо Страхувальник змінює умови страхування до закінчення дії чинного Договору, і це потребує збільшення страхового платежу, сума, на яку необхідно збільшити страховий платіж, обчислюється за одним з наведених нижче шляхів:

13.6.1. Для Страхувальників-фізичних осіб – як 1/12 від розрахованого платежу за новим тарифом за кожен повний та неповний місяць до закінчення дії чинного Договору страхування;

13.6.2. Для Страхувальників-юридичних осіб – шляхом застосування коефіцієнту про рата темпоріс до платежу за новим тарифом, тобто розрахований платіж за новим тарифом множиться на відношення кількості календарних днів, що залишились до закінчення дії чинного Договору страхування, до 365.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

14.1. Спори, що виникли між Страховиком та Страхувальником, вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

14.2. Сторони застосовують заходи досудового врегулювання спору шляхом звернення з письмовою претензією у порядку, визначеному чинним законодавством України.

14.3. У разі недосягнення згоди між сторонами, спір може бути передано на розгляд суду відповідно до чинного законодавства України

15. ОСОБЛИВІ УМОВИ

15.1. Наслідки збільшення страхового ризику в період дії Договору страхування:

15.2. В період дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний протягом трьох робочих днів повідомити Страховика про значні зміни, які стали йому відомі, в обставинах, які були надані Страховику при укладенні Договору страхування, якщо ці зміни можуть суттєво впливати на збільшення страхового ризику.

15.3. В разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати змін умов Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу відповідно до ступеня збільшення ризику.

15.4. В випадку, якщо Страхувальник не повідомив Страховика про значні зміни в обставинах, вказаних при укладенні Договору страхування, останній має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування згідно умов цих Правил.

15.5. У разі, якщо з'ясується, що дії Страхувальника, які призвели до настання страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування та повернення фактично виплачених страхових сум (їх частин), до виплати яких призвели ці дії.

15.6. Якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, ведеться кримінальна справа або розпочато судовий процес, рішення Страховика про виплату страхової суми може бути відстрочено до закінчення розслідування і судового розгляду або встановлення невинності Страхувальника (Застрахованої особи).

15.7. До Страховика, який виплатив страхове відшкодування за договором майнового страхування, в межах фактичних затрат переходить право вимоги, яке Страхувальник або інша особа, що одержала страхове відшкодування, має до особи, відповідальної за заподіяний збиток.

15.8. Вся необхідна медична документація - листки непрацездатності, рецепти (крім пільгових та безкоштовних), виписні епікризи - видаються Застрахованим особам на загальних підставах згідно з діючим законодавством України.

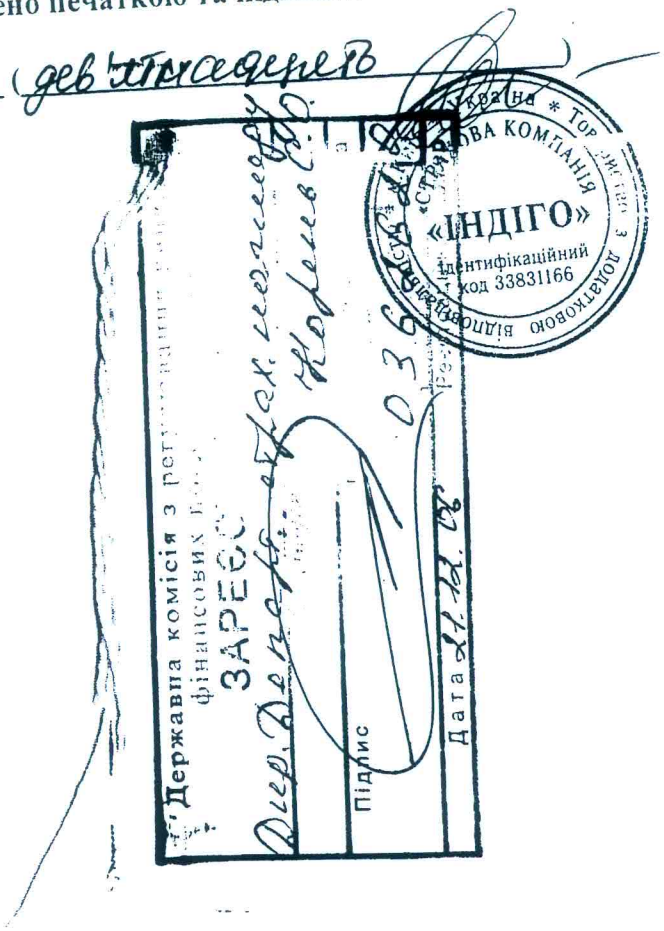
15.9. Страховик має право на ознайомлення з медичною документацією Застрахованої особи, що відтворює його історію хвороби, фізичний та психологічний стан, діагноз, хід та прогноз результатів лікування, а також має право використовувати цю інформацію для вирішення питань, пов'язаних з реалізацією Договору страхування, сплатою наданих Застрахованій особі послуг, захистом прав Застрахованої особи.

15.10. Страховик гарантує дотримання лікарської таємниці у відповідності з діючим законодавством України.

15.11. Зміни та доповнення до цих Правил з метою розширення обсягу відповідальності Страховика за Договором страхування, включаючи перелік страхових ризиків, в обов'язковому порядку попередньо узгоджуються в установленому законодавством порядку.

16. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

16.1. Договір страхування вважається недійсним з часу його укладання у випадках, передбачених чинним законодавством України. Крім того відповідно до Закону України "Про страхування" договір страхування визначається недійсним також в разі коли його укладено після страхового випадку.

Прошито, пронумеровано, скріплено печаткою та підписом

Кількість аркушів 19 (дев'ятнадцять)