

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Голова Правління

ЗАТ «Страхова Група «ТАС»



О. Грицута

2008 року



**ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я
НА ВИПАДОК ХВОРОБИ**

Київ – 2008

ЗМІСТ

- 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**
- 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**
- 3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. СУБЛІМІТ СТРАХОВОЇ СУМИ**
- 4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ**
- 5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**
- 6. ФРАНШИЗА**
- 7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ**
- 8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ**
- 9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**
- 10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**
- 11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**
- 12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**
- 13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**
- 14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**
- 15. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН У ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ**
- 16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**
- 17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**
- 18. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ**
- 19. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

ДОДАТОК 1 ДО ПРАВИЛ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ

БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ З ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1. Ці „Правила добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби” Закритого акціонерного товариства „Страхова Група „ТАС”, надалі – Правила, розроблені відповідно до законодавства України і регулюють правовідносини між сторонами договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби при його укладанні та в період його дії.
- 1.2. За договором добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, що укладений на підставі Правил, страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у встановлених договором страхування розмірах та строки, а страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у порядку і на умовах, визначених договором страхування.
- 1.3. Страховик – Закрите акціонерне товариство „Страхова Група „ТАС”, яке на підставі Правил укладає зі страхувальниками договори добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби.
- 1.4. Страхувальник – юридична або дієздатна фізична особа, в тому числі, яка здійснює підприємницьку діяльність (фізична особа – підприємець), що уклала зі страховиком Договір добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби.
- 1.5. Договір – це письмова угода між Страховиком та Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.
- 1.6. Сторони Договору – Страховик та Страхувальник, надалі – Сторони.
- 1.7. Застрахована особа – фізична особа, про страхування якої укладено Договір.
- 1.8. Вигодонабувач – фізична або юридична особа, яка призначена для отримання страхових виплат за Договором при укладанні Договору за згодою Застрахованої особи або за законом. Вигодонабувач може бути змінений до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором.
- 1.9. Страхова премія – плата за страхування за Договором.
- 1.10. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- 1.11. Компетентні органи:
 - 1.11.1. державні органи, до компетенції яких належить ліквідація та/або реєстрація наслідків подій, аналогічних до страхового ризику, встановлення причин та обставин настання цих подій, оцінка їх наслідків, а також надання офіційних роз'яснень відносно питань, що мають відношення до цих подій.
 - 1.11.2. юридичні особи або фізичні особи, що мають відповідні ліцензії (у передбачених законодавством України випадках) та до яких можуть звертатись Страховик та Страхувальник для вирішення спорів та з інших питань, що впливають з Договору.
- 1.12. Здоров'я – це стан організму, в якому відмічається відповідність структури та функції, а також здатність регуляторних систем підтримувати стабільність внутрішнього середовища (гомеостаз);
- 1.13. Хвороба - це порушення нормальної життєдіяльності організму при дії на нього пошкоджуючих агентів, в результаті чого знижуються його пристосувальні можливості;
- 1.14. Патологічний процес – це сукупність місцевих та загальних реакцій, виникаючих в організмі у відповідь на пошкоджуючу дію хвороботворюючого агенту;
- 1.15. Ремісія – етап перебігу хвороби, що характеризується тимчасовим ослабленням, або зникненням її проявів.
- 1.16. Рецидив – повторний прояв ознак хвороби після ремісії;
- 1.17. Загострення – стадія хронічної хвороби, що характеризується підсиленням існуючих симптомів, або появою нових;
- 1.18. Гостра хвороба – раптова, непередбачувана хвороба, що призвела до погіршення

- здоров'я Застрахованої особи та яка, у випадку ненадання медичної послуги/допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я та/або загрожувати її життю.
- 1.19. Хронічна хвороба – хвороба, що характеризується періодами загострень частіше 2-х (двох) разів на рік та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.
 - 1.20. Загострення хронічної хвороби – рецидив хронічної хвороби впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії.
 - 1.21. Консервативне лікування – вид лікування при якому не проводилася хірургічна операція.
 - 1.22. Хірургічна операція – медична процедура яка була здійснена за допомогою розсічення тканин тіла та/або кваліфікованим хірургом відповідно до загальноприйнятих медичних норм.
 - 1.23. Тілесне пошкодження (травма) – порушення анатомічної цілісності або фізіологічної функції тканин, органів, систем, що виникають внаслідок дії чинників навколишнього середовища.
 - 1.24. Амбулаторне лікування – це поза госпітальна медична допомога/послуга, що призначається для обстеження та/або лікування хворих та надається відвідувачам у лікувально-профілактичних закладах якими є: поліклініки, амбулаторії, здравпункти, спортивно-оздоровчі заклади, фельдшерсько-акушерські пункти, денні стаціонари та не потребує цілодобового лікування.
 - 1.25. Стаціонарне лікування – вид медичної допомоги/послуги, що призначається для обстеження та/або лікування хворих та надається відвідувачам у лікувально-профілактичних закладах якими є: лікарні, госпіталі, диспансери, медсанчастини та потребує цілодобового лікування у даних закладах під наглядом медичного персоналу.
 - 1.26. Інші терміни, що не обумовлені Правилами, визначені законом. Якщо значення якогонебудь терміну (найменування або поняття) не обумовлено Правилами та не може бути визначено, виходячи з законодавства України, то таке найменування або поняття використовується у своєму звичайному лексичному значенні.
 - 1.27. Договір може містити інші положення, ніж ті, що передбачені Правилами, якщо такі положення не суперечать закону.
 - 1.28. У Договорі застосовується київський час.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 2.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. СУБЛІМІТ СТРАХОВОЇ СУМИ

- 3.1. Страхова сума – це грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору, зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.
- 3.2. Страхова сума за Договором є граничною сумою щодо сплати Страховиком страхових відшкодувань за Договором, встановлюється за домовленістю між Страховиком та Страхувальником на момент укладання Договору або внесення змін до Договору та зазначається у Договорі.
- 3.3. Страхова сума за Договором може бути збільшена у будь-який момент впродовж строку дії Договору, але до настання події, яка в подальшому може бути кваліфікована як страховий випадок, шляхом укладання додаткового договору до Договору за умови сплати Страхувальником Страховикові додаткової страхової премії за строк, що залишився до закінчення строку дії Договору.
- 3.4. У межах страхової суми за Договором можуть бути встановлені субліміти страхової суми для здійснення страхової виплати:
 - 3.4.1. за окремим страховим ризиком;

- 3.4.2. за окремим страховим випадком;
- 3.4.3. щодо застрахованих витрат.
- 3.5. Якщо інше не передбачено Договором:
- 3.5.1. страхова сума та відповідний субліміт страхової суми за Договором зменшується на суми здійснених за Договором страхових виплат з дати здійснення страхової виплати, але у будь-якому випадку не раніше дати складання Страховиком страхового акту з визначенням розміру страхової виплати відповідно до умов Договору;
- 3.5.2. страхова сума за Договором (відповідний субліміт страхової суми), що зменшена відповідно до умов пункту 3.4.1. Правил, може бути поновлена до первинного, що зазначений у Договорі, розміру шляхом складання додаткового договору до Договору відповідно до заяви Страхувальника на таке поновлення за формою, встановленою Страховиком, та сплати додаткової страхової премії за період до закінчення строку дії Договору.
- 3.6. Сума страхових виплат за Договором не може перевищувати встановленої за Договором страхової суми (субліміту страхової суми).

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 4.1. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- 4.2. Страховим ризиком за Договором є Подія, що відбулася протягом строку дії Договору, підтверджена передбаченими умовами Договору документами та внаслідок якої настав розлад здоров'я Застрахованої особи або її смерть, внаслідок:
 - 4.2.1. гострої хвороби;
та/або
 - 4.2.2. загострення хронічної хвороби;
що призвела до необхідності консервативного (амбулаторного та/або стаціонарного) та/або хірургічного (амбулаторного та/або стаціонарного) лікування.
- 4.3. Страховий випадок – передбачена Договором подія, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату. Страховими випадками за Договором є:
 - 4.3.1. тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи під час дії Договору внаслідок гострої хвороби, загострення хронічної хвороби, перебування на амбулаторному та/або стаціонарному лікуванні для непрацюючих Застрахованих осіб, у тому числі для дітей, що призвела до консервативного лікування.
та /або
 - 4.3.2. тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи під час дії Договору внаслідок гострої хвороби, загострення хронічної хвороби, перебування на амбулаторному та/або стаціонарному лікуванні для непрацюючих Застрахованих осіб, у тому числі для дітей, що призвела до хірургічного лікування.
та \ або
 - 4.3.3. стійка втрата працездатності Застрахованої особи під час дії Договору внаслідок гострої хвороби, загострення хронічної хвороби, а саме:
 - 4.3.3.1. встановлення інвалідності III групи,
та/або
 - 4.3.3.2. встановлення інвалідності II групи
та/або
 - 4.3.3.3. встановлення інвалідності I групи;
та / або
 - 4.3.4. смерть Застрахованої особи;
що відбулися внаслідок настання страхового ризику за Договором у межах місяця дії Договору та підтвержені документами компетентних органів протягом зазначеного у Договорі строку.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

- 5.1. Не можуть бути застрахованими особи, якщо інший перелік осіб не передбачений Договором:
 - 5.1.1. недієздатні фізичні особи;
 - 5.1.2. інваліди I групи та непрацюючі інваліди II групи;
 - 5.1.3. особи які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах;
 - 5.1.4. хворі на тяжкі нервові та психічні хвороби (мозковий інсульт, епілепсію, шизофренію);
 - 5.1.5. хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;
 - 5.1.6. ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД.
- 5.2. Страхуваними випадками не визнаються, якщо інші умови не передбачені Договором:
 - 5.2.1. інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом у Застрахованої особи протягом встановленого за Договором строку;
 - 5.2.2. новоутворення, хвороби ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлений Застрахованої особі медичним закладом протягом встановленого за Договором строку;
 - 5.2.3. загострення та ускладнення хвороби, на яку Застрахована особа була хвора на дату укладення Договору;
 - 5.2.4. вроджені пороки;
 - 5.2.5. хвороби, які є наслідком алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння Застрахованої особи або вживання Застрахованою особою ліків без призначення лікаря (для рецептурних медичних препаратів), самолікування;
 - 5.2.6. хвороби, які є наслідком замаху на самогубство за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;
 - 5.2.7. хвороби, які є наслідком навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень;
 - 5.2.8. тілесні пошкодження, пов'язані із знаходженням Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;
 - 5.2.9. хвороби, які пов'язані з масовими епідеміями на особливо небезпечні інфекції (натуральна віспа, чума, холера, сибірка, жовта лихоманка та ін.) та потребують проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;
 - 5.2.10. хвороби, що є наслідком пластичних операцій, не пов'язаних з загрозою життю, та ускладнення, пов'язані з таким хірургічним втручанням.

6. ФРАНШИЗА

- 6.1. Договір може бути укладено із застосуванням франшизи, що може бути:
 - 6.1.1. грошовою, що встановлена у відсотках страхової суми або у грошовому значенні:
 - 6.1.1.1. за окремим страховим ризиком;
 - 6.1.1.2. за окремим страховим випадком;
 - 6.1.1.3. щодо застрахованих витрат;
 - 6.1.2. часовою, що встановлюється у розмірі проміжку часу (у календарних днях), протягом якого страховий випадок не є таким, що відбувся, а Страховик не несе зобов'язань щодо страхової виплати за Договором за випадками розладу здоров'я Застрахованої особи або її смерті, що відбулися за цей проміжок часу.
 - 6.1.3. Якщо мали місце декілька страхових випадків, сума франшизи вираховується з суми страхової виплати за кожним з них, якщо Договором не встановлено інше.
- 6.2. Розмір франшизи є фіксованим, який не змінюється протягом строку дії Договору незважаючи на кількість страхових випадків протягом строку дії Договору та зменшення страхової суми за Договором після страхових виплат за Договором, якщо Договором не встановлено інше.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 7.1. Договір укладається на строк, що погоджений Сторонами та зазначений у Договорі – строк дії Договору.

- 7.2. Договір набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором.
- 7.3. У межах строку дії Договору встановлюється період страхування, при цьому страхування за Договором здійснюється за умови сплати Страхувальником страхової премії відповідно до умов Договору.
- 7.4. Якщо умовами Договору передбачено розстрочення сплати страхової премії, то в рамках загального періоду страхування за Договором встановлюється декілька періодів страхування, кількість яких повинна відповідати кількості частин страхової премії, при цьому, якщо інше не передбачене Договором:
 - 7.4.1. Страховик несе зобов'язання за Договором у межах періоду страхування, за який оплачено страхову премію, встановлену Договором для цього періоду страхування;
 - 7.4.2. при несплаті страхової премії за відповідний період страхування, страхування за Договором припиняється з 24 години 00 хвилин дня закінчення попереднього періоду страхування, за який страхову премію сплачено;
 - 7.4.3. при частковій сплаті страхової премії за відповідний період страхування Страховик несе зобов'язання та сплачує страхове відшкодування за Договором за вирахуванням несплаченої частки страхової премії за відповідний період страхування, якщо інше не передбачено Договором.
- 7.5. Місце дії Договору – зазначена у Договорі територія, у межах якої Страховик здійснює страхування за Договором, а саме, якщо Договором не передбачено інше: територія, на якій може виникнути подія, що дає Страхувальнику (Вигодонабувачу) підстави для отримання страхової виплати за Договором, надалі – Територія страхування, при цьому у цілях Договору:
 - 7.5.1. територія Європи – територія всіх країн Європи, включаючи країни Прибалтики та Туреччину;
 - 7.5.2. територія СНД – територія Білорусі, Молдови, європейської частини Росії за виключенням території республік Північного Кавказу, які входять у склад Росії, а також території Грузії, Вірменії, Азербайджану.

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 8.1. Якщо інше не передбачено Договором, Договір укладається на підставі заяви Страхувальника за згодою Застрахованої особи за формою, що встановлена Страховиком, при цьому Страховик вправі вимагати від Страхувальника надання іншої додаткової інформації та документів, не зазначених у заяві на страхування, але необхідних для оцінки ступеня ризику при укладанні Договору.
- 8.2. Страхувальник несе відповідальність за достовірність наданих у заяві відомостей.
- 8.3. Подання заяви не зобов'язує ні Страхувальника, ні Страховика укладати Договір, але у разі укладення Договору заява стає його невід'ємною частиною, якщо інше не передбачено Договором.
- 8.4. Факт укладання Договору може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору.
- 8.5. Зміни до Договору здійснюються за взаємною згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із Сторін, оформлюються додатковими договорами до Договору, що стають невід'ємними частинами Договору.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

- 9.1. Страхувальник зобов'язаний:
 - 9.1.1. при укладанні Договору надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, відповідно до заяви на страхування, і надалі інформувати його про будь-яку зміну ступеня страхового ризику;
 - 9.1.2. при укладанні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета Договору;
 - 9.1.3. оплачувати страхову премію у розмірах та у строки, встановлені Договором;

- 9.1.4. при настанні події, яка в подальшому може бути кваліфікована як страховий випадок, негайно вживати всіх можливих заходів для усунення причин, що сприяють виникненню додаткових збитків, а також виконувати дії передбачені статтею 10 Правил та/або аналогічною за змістом статтею Договору;
- 9.1.5. не допускати дій або бездіяльності по відношенню до факторів, настання яких має вплив на ступінь страхового ризику, а у разі їх виникнення, вживати всіх можливих заходів для усунення обставин, що підвищують ступінь ризику;
- 9.1.6. повернути Страховику отримане страхове відшкодування (або відповідну частину), якщо протягом встановлених законодавством України строків позовної давності стане відомою така обставина, яка за законом або Договором повністю або частково звільняє Страховика від страхової виплати.
- 9.2. Страхувальник має право:
 - 9.2.1. на отримання страхового відшкодування при настанні страхового випадку у межах страхової суми / субліміту страхової суми за Договором;
 - 9.2.2. вимагати дострокового припинення дії Договору у порядку, передбаченому законодавством;
 - 9.2.3. у разі здійснення заходів щодо зменшення ступеню страхового ризику, запропонувати Страховику внесення змін до Договору;
 - 9.2.4. у період дії Договору, пропонувати Страховику внесення змін до Договору, що стосуються розміру страхової суми, сублімітів страхової суми, строків дії Договору, страхових ризиків та таке інше;
 - 9.2.5. отримати дублікат Договору у разі його втрати;
 - 9.2.6. оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті у судовому порядку.
- 9.3. Страховик зобов'язаний:
 - 9.3.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами;
 - 9.3.2. протягом 2-х (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
 - 9.3.3. здійснити страхову виплату згідно з Договором;
 - 9.3.4. за заявою Страхувальника, у разі здійснення ним заходів щодо зменшення страхового ризику, внести зміни до Договору;
 - 9.3.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законом.
- 9.4. Страховик має право:
 - 9.4.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником при укладенні Договору, а також перевіряти виконання Страхувальником умов Договору;
 - 9.4.2. при настанні події, яка в подальшому може бути кваліфікована як страховий випадок, давати інструкції Страхувальнику, спрямовані на зменшення розміру збитку, усунення причин, що сприяють виникненню додаткових збитків;
 - 9.4.3. направляти запити в компетентні органи з питань, пов'язаних з встановленням причин, обставин та наслідків події, яка в подальшому може бути кваліфікована як страховий випадок, визначенням розміру збитку або самостійно проводити розслідування з метою з'ясування причин та обставин цієї події. При цьому такі дії Страховика не розглядаються як визнання Страховиком події страховим випадком;
 - 9.4.4. достроково припинити дію Договору в порядку та на умовах, передбачених законодавством;
 - 9.4.5. у випадку зміни ступеня ризику ініціювати перед Страхувальником зміну умов Договору. Якщо Сторони не досягли згоди про внесення змін до Договору, Страховик має право на дострокове припинення його дії з дотриманням вимог закону та Правил;
 - 9.4.6. відстрочити виплату страхового відшкодування, але на строк, що не перевищує 90 (дев'яносто) календарних днів у випадках, якщо:
 - 9.4.7. є мотивовані сумніви в чинності та достовірності документів, що підтверджують настання страхового випадку – до підтвердження чинності та достовірності таких документів;

- 9.4.8. неповністю з'ясовані причини, обставини та наслідки події, яка в подальшому може бути кваліфікована як страховий випадок (при настанні страхового ризику), розмір збитків Страхувальника, обставини, які підтверджують право на одержання відшкодування - до з'ясування таких обставин;
- 9.4.9. проти Страхувальника порушено кримінальну справу, що має безпосереднє відношення до події, яка в подальшому може бути кваліфікована як страховий випадок (при настанні страхового ризику) – до винесення остаточного рішення (вироку, ухвали) по цій кримінальній справі;
- 9.4.10. відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках, передбачених законом та Договором.
- 9.5. Договором можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Сторін.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 10.1. Протягом 5 (п'яти) робочих днів, якщо інший строк не передбачений Договором, повідомити про настання страхової події, із зазначенням прізвища, ім'я, по-батькові Застрахованої особи, номеру Договору, встановленого діагнозу при лікуванні, назви медичного закладу де проходить лікування.
- 10.2. Надати Страховику документи, що підтверджують настання страхового ризику, причини та обставини страхового ризику.
- 10.3. Повідомити Страховика про погіршення стану здоров'я або смерть Застрахованої особи, якщо до цього було повідомлено тільки про втрату працездатності та/або гостру хворобу, загострення хронічної хвороби.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 11.1. Для отримання страхової виплати у разі настання страхового випадку, визначеного у пунктах 4.3.1, 4.3.2, 4.3.3 Правил, Страхувальник (Застрахована особа) або Вигодонабувач повинен надати Страховику такі документи:
 - 11.1.1. письмове повідомлення про настання страхового випадку;
 - 11.1.2. письмову заяву на виплату;
 - 11.1.3. Договір, або інший документ, що підтверджує факт укладання Договору (страховий поліс, страховий сертифікат);
 - 11.1.4. виписку з історії хвороби або медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого;
 - 11.1.5. копію листка непрацездатності чи довідку медичного закладу (для непрацюючих та дітей), яка підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу, або довідку медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) про встановлення групи інвалідності;
 - 11.1.6. документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати.
- 11.2. Для отримання страхової виплати у разі настання страхового випадку, зазначеного у пункті 4.3.4 Правил, Вигодонабувач або спадкоємці Застрахованої особи повинні надати Страховику такі документи:
 - 11.2.1. письмове повідомлення про настання страхового випадку;
 - 11.2.2. письмову заяву на виплату;
 - 11.2.3. Договір (страховий поліс, страховий сертифікат);
 - 11.2.4. виписку з історії хвороби або медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого;
 - 11.2.5. свідоцтво про смерть;
 - 11.2.6. свідоцтво про право на спадщину;
 - 11.2.7. документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати.
- 11.3. Умовами Договору може бути передбачено інший перелік документів, що підтверджує настання страхового випадку.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

- 12.1. При настанні страхових випадків, зазначених в пункті 4.3.1, 4.3.2 Правил, розмір страхової виплати визначається:
- 12.1.1. у фіксованому відсотку страхової суми за фактом гострої хвороби, загострення хронічної хвороби з групи хвороб (нозологічних одиниць) відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду;
та/або
- 12.1.2. у відсотках від страхової суми за кожен день консервативного (амбулаторного та/або стаціонарного) та/або хірургічного (амбулаторного та/або стаціонарного) лікування за згодою між Страховиком та Страхувальником при укладенні Договору (але не більше 50% страхової суми, якщо інший відсоток не визначений у Договорі), при цьому Договором, може бути передбачена умова здійснення страхової виплати починаючи з визначеного в Договорі дня лікування та максимально допустимої кількості днів непрацездатності Застрахованої особи.
- 12.2. При настанні страхового випадку, зазначеного в пункті 4.3.3 Правил, розмір страхової виплати визначається згідно з умовами Договору та становить:
- 12.2.1. для III групи інвалідності – не більше 60% від страхової суми;
- 12.2.2. для II групи інвалідності – не більше 80% від страхової суми;
- 12.2.3. для I групи інвалідності – не більше 100% страхової суми.
- 12.3. При настанні страхового випадку, зазначеного в пункті 4.3.4 Правил, розмір страхової виплати становить 100% страхової суми.
- 12.4. Якщо внаслідок гострої хвороби, загострення хронічної хвороби, яка сталось в період дії Договору, Застрахованій особі була здійснена страхова виплата за страховим випадком, визначеним Договором, а після цього, внаслідок того ж страхового випадку, Застрахованій особі була встановлена інвалідність (встановлена інвалідність вищої групи) чи Застрахована особа померла, то в такому випадку, Страховик доплачує різницю між вже здійсненою страховою виплатою та сумою, належною до виплати за страховим випадком, який стався пізніше в межах встановленої за Договором страхової суми.
- 12.5. Загальна сума виплат за одним або декількома страховим випадком, що сталися із Застрахованою особою в період дії Договору страхування, не може перевищувати страхову суму, встановлену для цієї Застрахованої особи у Договорі страхування.
- 12.6. Після страхової виплати страхова сума та/або відповідний субліміт страхової суми за Договором зменшуються на розмір здійсненої виплати.
- 12.7. Страхова виплата здійснюється в безготівковій формі, або за погодженням між Страховиком та Страхувальником – готівкою через касу Страховика відповідно до умов Договору.
- 12.8. Страхова виплата здійснюється за вирахуванням несплаченої частини страхової премії за відповідний період страхування та/або несплаченої страхової премії за строк дії Договору.
- 13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**
- 13.1. Протягом 20 (двадцяти) робочих днів після отримання всіх необхідних документів для підтвердження факту настання, причини та обставини страхового випадку Страховик:
- 13.1.1. складає страховий акт з визначенням розміру страхової виплати за встановленою ним формою, або приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті;
або
- 13.1.2. у випадку об'єктивної необхідності проведення додаткових заходів з розслідування причин, обставин та наслідків настання страхового ризику та страхового випадку призначає чітко визначений термін для здійснення такого розслідування, але у будь-якому випадку не більше 90 (дев'яноста) календарних днів, після закінчення якого приймає одне з вищезазначених рішень;
- якщо Договором не передбачено інше.
- 13.2. Про прийняття рішення, передбаченого пунктами 13.1.1 та 13.1.2 Правил, Страховик

повідомляє Страхувальника та/або Застраховану особу, та/або Вигодонабувача протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття рішення у письмовій формі з обґрунтуванням причин, якщо Договором не передбачено інше.

- 13.3. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дати підписання страхового акту, якщо Договором не передбачено інше.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.1 Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є:

- 14.1.1 навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, встановлюється відповідно до законодавства України;
- 14.1.2 вчинення Страхувальником – фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- 14.1.3 подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;
- 14.1.4 несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 14.1.5 отримання Страхувальником чи особою, на користь якої укладено Договір відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;
- 14.1.6 інші випадки, передбачені законом.
- 14.2 Умовами Договору можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

15. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН У ДОГОВІР

- 15.1. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.
- 15.2. У разі дострокового припинення дії Договору, за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.
- 15.3. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором.

16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 16.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
- 16.1.1. закінчення строку дії Договору – о 24 години 00 хвилин дня, що вказаний у Договорі, як дата закінчення дії Договору;
- 16.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 16.1.3. несплати першої (чергової) частини страхової премії у строки та на умовах передбачених Договором;
- 16.1.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної

- особи чи втрати ним дієздатності, за виключенням випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 закону України «Про страхування»;
- 16.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 16.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним – з дати, вказаної у рішенні суду;
 - 16.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 16.2. Договором можуть бути передбачені інші підстави припинення дії Договору, якщо це не суперечить законодавству України.
- 16.3. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхову премію було сплачено Страхувальником Страховикові у безготівковій формі, за умови дострокового припинення Договору.

17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 17.1. Всі спори щодо Договору вирішуються шляхом переговорів та, за необхідності, із залученням незалежних експертів.
- 17.2. При неможливості вирішення спорів шляхом переговорів, спірні питання розв'язуються у судовому порядку згідно з законодавством України.
- 17.3. Строк позовної давності в частині пред'явлення вимог щодо виплати страхового відшкодування регламентується законодавством України.

18. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ

- 18.1. Страховий тариф – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
 - 18.2. Базові страхові тарифи встановлюються в залежності роду діяльності (професії) та віку Застрахованої особи, виду страхового випадку та інших факторів ступеня ризику та наведено у Додатку 1 до Правил.
 - 18.3. Страхова премія – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.
 - 18.4. Страхова премія розраховується Страховиком виходячи з базових страхових тарифів та знижувальних або підвищувальних коригувальних коефіцієнтів.
 - 18.5. Страхова премія сплачується Страхувальником:
 - 18.5.1. безготівковим платежем на поточний рахунок Страховика;
 - або
 - 18.5.2. готівкою у касу банку;
 - або
 - 18.5.3. готівкою в касу Страховика;
 - або
 - 18.5.4. готівкою агенту Страховика.
- у розмірах та у терміни, встановлені Договором, при цьому днем сплати Страхувальником страхової премії Страховикові є день зарахування суми страхової премії на поточний рахунок Страховика, сплати готівкою у касу Страховика або готівкою агенту Страховика, якщо Договором не передбачено інше.

19. ОСОБЛИВІ УМОВИ

- 19.1. Положення Правил, включаючи права та обов'язки Сторін Договору, причин відмови у страховій виплаті, є обов'язковими для виконання Сторонами Договору, якщо вони прямо вказані в Договорі.
- 19.2. Зміни до Правил Страховик зобов'язаний подати для реєстрації до Уповноваженого органу.

Додаток 1 до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби

1. БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ

№ п/п	Страховий ризик (група хвороб)	Страховий тариф, %
1	Інфекційні та паразитарні хвороби	0,53
2	Новоутворення	0,85
3	Хвороби ендокринної системи	0,92
4	Хвороби крові, кровотворних органів	0,62
5	Ревматизм та системні хвороби сполучної тканини	0,73
6	Хвороби системи кровообігу	1,0
7	Хвороби нервової системи	0,9
8	Хвороби органів дихання	1,18
9	Хвороби органів травлення	1,0
10	Хвороби сечостатевої системи	0,92
11	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0,51
12	Хвороби кістково-м'язової системи	0,7
13	Хвороби органів зору	0,65
14	Хвороби ЛОР	0,9
15	Стоматологічні хвороби	0,52

Зауваження. У кожному окремому випадку укладення Договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби залежно від хвороби, на випадок настання якої здійснюється страхування, страховий тариф щодо окремої хвороби зі складу зазначених груп страхових ризиків визначається виходячи з розміру базового річного страхового тарифу за групою страхових ризиків із застосуванням коефіцієнту від 0,01 до 0,99.

2. МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ, ЗНИЖУВАЛЬНІ ТА ПІДВИЩУВАЛЬНІ КОЕФІЦІЄНТИ

2.1. Страхова премія розраховується за формулою:

$$P = S * R * K_1 * K_2 * K_3 * K_4 * \dots * K_n, \text{ де}$$

P – сума страхового платежу;

S – страхова сума;

R – базовий страховий тариф, %;

K₁-K_n – знижувальні та / або підвищувальні коефіцієнти.

2.2. K₁ – коефіцієнт, який враховує критерій стану здоров'я Застрахованої особи:

Група	Критерії	Характеристика	Коефіцієнт
I	Здорові	Особи, що не мають у анамнезі хронічних хвороб або порушень функції окремих органів та систем. При обстеженні у них не знайдено відхилень від норми.	0,9
II	Практично Здорові	Особи, які в анамнезі мають гостру або хронічну хворобу, яка не впливає на функції життєво важливих органів і на працездатність.	1
III	Хворі з компенсованим станом	Особи хворі на хронічні хвороби з компенсованим перебігом хвороби, нетривалими втратами працездатності;	1,2
IV	Хворі з субкомпенсованим станом	Особи хворі на хронічні хвороби з субкомпенсованим перебігом, частими загостреннями та тривалими втратами працездатності	1,7
V	Хворі з декомпенсованим станом	Особи хворі на хронічні хвороби з стійкими патологічними змінами, що призводять до інвалідності.	2,5

2.3. K₂ – коефіцієнт, що враховує термін дії Договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби:

Строк дії Договору страхування, міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт	0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

2.4. K₃ – коефіцієнт, що враховує умови сплати страхової премії:

Умова	Коефіцієнт
Одноразова сплата страхової премії	0,90

множення на підвищувальний (від 1,01 до 9,9) або знижувальний (від 0,99 до 0,01) коефіцієнт.

3. НОРМАТИВНІ ВИТРАТИ НА ВЕДЕННЯ СПРАВИ

- 3.1. Нормативні витрати на ведення справи за Договором добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби встановлено у розмірі 40,0% (сорока відсотків) від отриманої страхової премії.

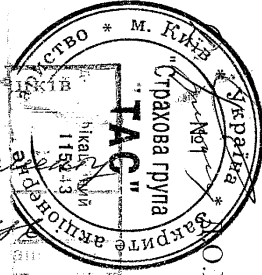
Актуарій



Шапошнікова С. В.
Диплом №021 від 17.09.1999 р.

Всього прошнуровано та скріплено печаткою – 15 (п'ятнадцять) аркушів

Голова Правління ЗАТ «СТ «ТАС»



Держа	М. Київ
Мен. реєстрації	Директор департаменту
Страхівця	В. А. Ковалів
Підпис	Ім'я, прізвище
04.12.2008	0481770
Дата	Реєстраційний номер

О.І. Рипуґа