

**ЗАТВЕРДЖУЮ**  
Голова правління  
ПрАТ «СК «ЮНІВЕС»

Спренгель А.С.

НАЦІОНАЛЬНА КОМПІСІЯ, ЩО ВДІЙСЬ  
ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИСКІВ ФІНАНСИ  
ЗАРЕЄСТРОВАНО  
Намічування посади  
Президент, комісія  
Протокол  
Дата  
29.09.16  
0310239

2016 р.

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО  
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЮНІВЕС»**

Зміни до Правил №009 добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) шляхом їх викладення у новій редакції:

**ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО  
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ  
(безперервного страхування здоров'я)  
(нова редакція)**

**Київ, 2016**

## ЗМІСТ

1.	ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ .....	3
2.	ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ .....	4
3.	ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ СУМИ. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. ФРАНШИЗА .....	4
4.	СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ .....	5
5.	ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	6
6.	СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	7
7.	ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ .....	7
8.	ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.....	8
9.	ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ .....	9
10.	ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ШКОДИ .....	10
11.	ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ .....	11
12.	СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ .....	11
13.	ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ .....	12
14.	УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ .....	12
15.	ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ .....	13
16.	ОСОБЛИВІ УМОВИ .....	13
	Додаток 1. СТРАХОВІ ТАРИФИ.....	14

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1. Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі за текстом – Правила) розроблені Приватним акціонерним товариством «Страхова компанія «ЮНІВЕС» (далі за текстом – Страховик) відповідно до Закону України «Про страхування», Цивільного кодексу України, інших нормативних актів України та є підставою для укладання Договорів добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я (далі за текстом – Договір страхування).
- 1.2. За цими Правилами та згідно з чинним законодавством України Страхувальником може бути юридична або дієздатна фізична особа.
- 1.3. За Договором страхування, що укладений відповідно до цих Правил, Страховик за встановлений Договором страхування страховий платіж повинен здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:
  - 1.3.1. оплати вартості медичної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником програми медичного страхування, яка була надана Застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких вона звернулась під час дії Договору страхування, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої Правилами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медичної допомоги;
  - 1.3.2. відшкодування понесених Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медичної допомоги.
- 1.4. Загальні умови та порядок здійснення добровільного медичного страхування визначаються цими Правилами. Конкретні умови страхування визначаються Договором страхування.
- 1.5. Положення цих Правил можуть бути змінені (виключенні або доповненні) за письмовою згодою Страховика та Страхувальника за Договором страхування (далі за текстом – Сторони) при його укладанні або під час його дії, за умови, що такі зміни не суперечать закону.
- 1.6. У цих Правилах застосовуються наступні терміни (визначення):
  - 1.6.1. **Застрахована особа** – фізична особа, на користь якої (за її згодою) Страхувальником укладено Договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.
  - 1.6.2. **Медична допомога** – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.
  - 1.6.3. **Медична евакуація** – транспортування Застрахованої особи із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та в супроводі медичного персоналу до закладу охорони здоров'я, де може надаватися кваліфікована медична допомога, якщо необхідність такого транспортування обумовлена медичним станом Застрахованої особи.
  - 1.6.4. **Медичне транспортування** – перевезення Застрахованої особи та супроводжуючої її особи до чи із закладу охорони здоров'я, якщо цього вимагає медичний стан Застрахованої особи.
  - 1.6.5. **Представник Страховика** – особа, яка перебуває із Страховиком у договірних або трудових відносинах і якій Страховик делегував частину своїх зобов'язань та/або прав. Представником Страховика може бути асистуюча компанія, заклад охорони здоров'я, юридичні та фізичні особи, які надають послуги, передбачені Договором страхування, Застрахованій особі, окремий лікар тощо. Назва та контактні дані представника Страховика зазначаються в Договорі страхування.
  - 1.6.6. **Програма медичного страхування** – це визначений комплекс послуг, який надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку.
- 1.7. **Терміни (визначення)**, не обумовлені цими Правилами, вживаються у визначенні відповідно до законодавства України. Якщо значення будь-якого терміну (визначення)

не обумовлено цими Правилами та не може бути визначено, виходячи із законодавства, такий термін (визначення) використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

## **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.
- 2.2. Застрахованими особами за цими Правилами вважаються малолітні, неповнолітні та повністю дієздатні фізичні особи віком до 75 (сімдесяти п'яти) років за винятком осіб, зазначених у п.5.1 цих Правил, про страхування яких, за їх згодою, Страхувальником укладено Договір страхування та які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. Вікове обмеження може бути зняте за рішенням Страховика при укладанні Договору страхування на особливих умовах.
- 2.3. Якщо Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою.
- 2.4. При укладанні Договору страхування Страхувальник, за згодою Застрахованої особи, має право призначати фізичних та юридичних осіб (далі – Вигодонабувачі) для отримання страхових виплат, а також змінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

## **3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ СУМИ. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. ФРАНШИЗА**

- 3.1. Страхова сума встановлюється в Договорі страхування за згодою Сторін при укладанні Договору страхування. Страхова сума може встановлюватись як обсяг відповідальності Страховика за Договором страхування в цілому, по окремій Застрахованій особі, по окремих страхових випадках, по окремих видах медичної допомоги або іншої допомоги, передбаченої Договором страхування та пов'язаної з наданням медичної допомоги.
- 3.2. В межах страхової суми Договором страхування можуть встановлюватися ліміти відповідальності Страховика.
- 3.3. Протягом строку дії Договору страхування до моменту настання страхового випадку будь-який ліміт відповідальності Страховика та розмір страхової суми може бути змінено.
- 3.4. Після прийняття рішення про здійснення страхової виплати страхова сума (ліміт відповідальності Страховика) зменшується на розмір здійсненої страхової виплати, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.
- 3.5. Базові страхові тарифи для страхових випадків, визначених в розділі 4 цих Правил, наведені в Додатку 1 до цих Правил.
- 3.6. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою Сторін, в залежності від обраної програми медичного страхування, віку та кількості Застрахованих осіб, стану здоров'я Застрахованих осіб, інших істотних умов Договору страхування.
- 3.7. Норматив витрат Страховика на ведення страхової справи по конкретному Договору страхування визначається в Договорі страхування та не може перевищувати нормативу витрат Страховика на ведення страхової справи, визначеного згідно Додатку 1 до цих Правил.
- 3.8. Страховий платіж розраховується на підставі визначеного страхового тарифу та зазначається в Договорі страхування.
- 3.9. Порядок і форма сплати страхового платежу визначається умовами Договору страхування.
- 3.10. Страховий платіж може бути сплачений готівкою або шляхом безготівкового перерахування на рахунок Страховика (його представника).
- 3.11. Договором страхування може бути передбачена франшиза. Розмір та вид франшизи визначається Сторонами при укладанні Договору страхування.

#### 4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 4.1. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. Страховими ризиками, у разі відповідного зазначення у Договорі страхування, можуть бути захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання або розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.
- 4.2. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій третій особі, зазначеній у Договорі страхування. На умовах цих Правил страховим випадком визнається мотивоване звернення Застрахованої особи в період та у місці дії Договору страхування за медичною та/або парамедичною допомогою з приводу захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання або розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.
- 4.3. **Програма медичного страхування може передбачати (конкретний перелік визначається Договором страхування):**
  - 4.3.1. Надання медичної допомоги в умовах амбулаторії (необхідні консультації, діагностичні дослідження, проведення лікувальних заходів та медичних маніпуляцій, забезпечення курсу лікування лікарськими засобами та витратними медичними матеріалами тощо).
  - 4.3.2. Надання медичної допомоги в умовах стаціонару (необхідні консультації, діагностичні дослідження, проведення лікувальних заходів та медичних маніпуляцій, оперативне лікування, послуги при перебуванні в закладах охорони здоров'я (харчування, оплата ліжко-дня тощо), забезпечення курсу лікування лікарськими засобами та витратними медичними матеріалами тощо).
  - 4.3.3. Надання екстреної (швидкої) медичної допомоги (виїзд бригади швидкої медичної допомоги, діагностичні дослідження та екстрені медичні процедури та маніпуляції на місці виклику, забезпечення лікарськими засобами та витратними медичними матеріалами, медична евакуація, у разі необхідності, до закладу охорони здоров'я тощо).
  - 4.3.4. Надання стоматологічної допомоги (необхідні консультації, діагностичні дослідження, проведення лікувальних заходів та медичних маніпуляцій, забезпечення курсу лікування лікарськими засобами та витратними медичними матеріалами тощо).
  - 4.3.5. Надання іншої допомоги, що пов'язана з наданням медичної допомоги (медична допомога другорядного значення (парамедична допомога)), а саме:
    - 4.3.5.1. Проведення комплексу превентивних заходів, спрямованих на запобігання виникнення захворювань;
    - 4.3.5.2. Проведення комплексу реабілітаційних заходів та лікувально-фізичних комплексів (фізіотерапевтичне лікування, бальнеологічне лікування тощо);
    - 4.3.5.3. Надання Застрахованій особі індивідуального дієтичного та/або посиленого харчування при її перебуванні в закладі охорони здоров'я;
    - 4.3.5.4. Поліпшені побутові умови перебування Застрахованої особи у закладі охорони здоров'я (одномісна палата, телевізор, холодильник, кондиціонер, телефон, окремий санвузол тощо);
    - 4.3.5.5. Медична евакуація та/або медичне транспортування Застрахованої особи.
- 4.4. Договором страхування можуть передбачатись інші види парамедичної допомоги, які відшкодовуються Страховиком.
- 4.5. Конкретний перелік та обсяг медичної та парамедичної допомоги з приводу захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання або розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що підлягають відшкодуванню за рахунок Страховика, визначається Договором страхування.

## **5. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

- 5.1. При укладанні Договору страхування Страховик має право передбачити обмеження відносно певної категорії фізичних осіб або відмовити в укладанні Договору страхування таких осіб, а саме:
  - 5.1.1. осіб, вік яких на день закінчення строку дії Договору страхування перевищує 75 років, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
  - 5.1.2. осіб, визнаних у встановленому порядку недієздатними;
  - 5.1.3. осіб, які на момент укладання Договору страхування перебувають на обліку в онкологічних, наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах та ін.;
  - 5.1.4. осіб, які перебувають в місцях позбавлення волі;
  - 5.1.5. інвалідів I-II груп та/або інвалідів дитинства.
- 5.2. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страховий випадок стався внаслідок:
  - 5.2.1. Учасності Застрахованої особи у всякого роду воєнних конфліктах, військових діях чи військових заходах, незалежно від того оголошено війну чи ні (війна, вторгнення, ворожі акти або військові дії, збройний конфлікт, громадянська війна, страйк чи громадське заворушення, акти громадської непокори, заколот, військове або народне повстання, бунт, революція, громадське заворушення в масштабах або з кількістю учасників, що може бути прирівняне до повстання, узурпація влади, введення військової влади або військового положення або стану облоги, будь-які військові маневри, навчання, або інші військові заходи).
  - 5.2.2. Терористичних актів або проведення антитерористичних заходів.
  - 5.2.3. Прямого чи непрямого впливу атомного вибуху, радіації чи радіоактивного ураження, пов'язаних з будь-яким застосуванням атомної енергії і використанням радіоактивних матеріалів, хімічного забруднення.
- 5.3. **Страховик не відшкодує, якщо інше не передбачено Договором страхування, витрати на:**
  - 5.3.1. Профілактичне, підтримуюче або замісне лікування хронічних захворювань будь-якого типу в фазі ремісії, вроджених вад розвитку, деформацій та хромосомних порушень;
  - 5.3.2. Лікування захворювань Застрахованої особи, загострення хронічних захворювань або розладів здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що виникли до моменту укладення Договору страхування та продовжуються на момент укладення Договору страхування;
  - 5.3.3. Лікування туберкульозу та його наслідків, отриманням медичної допомоги з приводу ВІЛ-інфікування, СНІДу та медичних станів, пов'язаних із ВІЛ-інфікуванням;
  - 5.3.4. Лікування венеричних захворювань та захворювань, що передаються переважно статевим шляхом;
  - 5.3.5. Косметичні, пластичні, реконструктивні операції та витратні матеріали і одноразовий інструментарій для їх виконання (в т.ч. герніопластика кил, ринопластика тощо), операції на серці та судинах, операції по усуненню недоліків зовнішності або інших фізичних вад та дефектів, всі види протезування та/або імплантації, корекцію ваги, процедури та засоби, пов'язані з корекцією зору та/або слуху, видалення колоїдних рубців;
  - 5.3.6. Лікування захворювань органів репродуктивної сфери (порушень менструального циклу, безпліддя, імпотенції, штучне запліднення, проведення абортів без медичних показань, полікістозу яєчників, клімактеричного синдрому, синдрому виснаження яєчників, гіперандрогенії, гіперпролактинемії тощо) та підбору методів контрацепції (у тому числі введення і видалення ВМС, стерилізація);
  - 5.3.7. Лікування деструктивних та інших захворювань опорно-рухового апарату, що призводять до стійкого порушення функцій руху;
  - 5.3.8. Лікування епідемічних та пандемічних хвороб, за виключенням ГРВІ;
  - 5.3.9. Лікування дерматологічних та грибкових захворювань;

- 5.3.10. Лікування психічних захворювань, а також пов'язаних з ними травматичних пошкоджень;
- 5.3.11. Лікарські обстеження, які не пов'язані з погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи, включаючи медкомісії водіїв, допризовників, для отримання дозволу на придбання зброї, отримання довідок для відвідування басейну, санаторно-курортної карти тощо.
- 5.4. Страховик не оплачує, якщо інше не передбачено Договором страхування, витрати, пов'язані зі зверненням Застрахованої особи за отриманням медичної допомоги з приводу:**
- 5.4.1. Медичного стану, що спричинений виробничим травматизмом та (або) професійним захворюванням Застрахованої особи;
- 5.4.2. Медичних станів, викликаних свідомим спричиненням Застрахованою особою собі шкоди, в тому числі спробою самогубства, відмовою від лікування, недотриманням або порушенням призначень медичного персоналу або лікувального режиму, зміною за бажанням Застрахованої особи (всупереч рекомендаціям лікаря) медичних технологій, які використовуються при лікуванні як основного захворювання так і його ускладнень, самолікування, або лікування у медичному закладі та/або у окремих лікарів всупереч рекомендаціям представника Страховика та/або лікуючого лікаря;
- 5.4.3. Медичних станів, які є наслідками та/або виникли внаслідок вживання наркотичних та/або токсичних речовин або алкоголю.
- 5.5. Конкретний перелік виключень зі страхових випадків зазначається в Договорі страхування. Договір страхування може передбачати відмінні від вище зазначених виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать законодавству. За погодженням Сторін на особливих умовах можуть бути застраховані окремі виключення зі страхових випадків, наведені в цьому розділі.

## **6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 6.1. Строк дії Договору страхування визначається при його укладанні за згодою Сторін та вказується в Договорі страхування.
- 6.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 6.3. Дія Договору страхування закінчується о 24 годині 00 хвилин дня, зазначеного в Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування. Якщо у Застрахованої особи виникло захворювання, загострення хронічного захворювання або розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку під час строку дії Договору страхування та продовжується після закінчення строку його дії, Страховик продовжує виконувати всі свої зобов'язання (в межах страхової суми або ліміту відповідальності Страховика) щодо Застрахованої особи до повного її одужання або переходу захворювання в фазу ремісії, але не більше 3 місяців, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, після дати закінчення дії Договору страхування.
- 6.4. Договором страхування для окремих видів медичної та парамедичної допомоги, для окремих захворювань або класів хвороб може встановлюватись період очікування (відстрочення початку дії зобов'язань Страховика).
- 6.5. Дія Договору страхування, укладеного на підставі цих Правил, поширюється на територію України, якщо у Договорі страхування не обумовлено інше місце його дії.

## **7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 7.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином повідомляє про свій намір укласти Договір страхування. У разі заповнення бланку заяви Страхувальник повинен відповісти на всі запитання, поставлені у заяві. Підписана Страхувальником заява має юридичну силу незалежно від того, чиєю рукою або якими технічними засобами вона заповнена.

- 7.2. Подання заяви не зобов'язує ні Страхувальника, ні Страховика укласти Договір страхування, але у разі укладення Договору страхування заява стає його невід'ємною частиною, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 7.3. При укладанні Договору страхування Страхувальник повинен надати Страховику інформацію, яка необхідна для укладення Договору страхування. Страховик має право для здійснення оцінки ступеня страхового ризику запросити у Страхувальника відомості про стан здоров'я осіб, стосовно яких укладається Договір страхування (відомості подаються у вигляді декларації про стан здоров'я або в іншій формі, визначеній Страховиком), та/або отримати додаткову інформацію про стан здоров'я таких осіб, запропонувавши цим особам пройти додаткове медичне обстеження в медичному закладі, визначеному Страховиком.
- 7.4. Конкретний перелік документів, що подаються Страхувальником для укладення Договору страхування, визначається Страховиком.
- 7.5. При укладанні Договору страхування Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі існуючі договори страхування та договори страхування, що укладаються в цей час з іншими страховими компаніями щодо предмету Договору страхування, стосовно якого укладається Договір страхування, а також про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і розміру можливих збитків, а також надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну ступеня страхового ризику.
- 7.6. Відповідальність за достовірність та повноту інформації, наданої Страхувальником Страховику при укладанні Договору страхування, несе Страхувальник.
- 7.7. Договір страхування укладається у письмовій формі. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.
- 7.8. У випадку втрати Договору страхування (страхового поліса, свідоцтва, сертифікату) в період його дії, Страховик, на підставі письмової заяви Страхувальника, видає дублікат документа. Після цього втрачений примірник вважається недійсним, і ніякі виплати згідно з ним не проводяться.
- 7.9. Всі зміни і доповнення, що вносяться до Договору страхування після його укладення, приймаються за домовленістю Сторін шляхом укладення додаткової угоди/додаткового договору до Договору страхування, яка з моменту підписання її Сторонами стає невід'ємною частиною Договору страхування.

## **8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

### **8.1. Страхувальник має право:**

- 8.1.1. Укласти Договори страхування із Страховиком на власну користь та на користь інших осіб (Застрахованих осіб).
- 8.1.2. Ознайомитися з умовами Договору страхування та умовами цих Правил.
- 8.1.3. Ініціювати внесення змін умов Договору страхування у період його дії.
- 8.1.4. Дostroково припинити дію Договору страхування відповідно до розділу 14 цих Правил.
- 8.1.5. Отримати страхову виплату в розмірі та в порядку, передбаченому Договором страхування та цими Правилами;
- 8.1.6. Отримати від Страховика дублікат Договору страхування у разі втрати оригіналу;
- 8.1.7. Оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати у судовому порядку.

### **8.2. Страхувальник зобов'язаний:**

- 8.2.1. Вносити страхові платежі в строки і в розмірах, передбачених Договором страхування;
- 8.2.2. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну страхового ризику;
- 8.2.3. При укладанні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету Договору страхування;



- 8.2.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення шкоди, завданої внаслідок настання страхового випадку;
- 8.2.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку, в строк, передбачений Договором страхування;
- 8.2.6. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування;
- 8.2.7. Повернути Страховику отриману страхову виплату, якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності були виявленні обставини, що за чинним законодавством або відповідно до цих Правил або умов Договору страхування, позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на одержання страхової виплати.

### **8.3. Страховик має право:**

- 8.3.1. Перевіряти достовірність повідомленої Страхувальником інформації та наданих документів, а також виконання Страхувальником умов Договору страхування.
- 8.3.2. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування протягом його дії.
- 8.3.3. Достроково припинити дію Договору страхування відповідно до розділу 14 цих Правил.
- 8.3.4. При необхідності організувати медичні огляди з метою обстеження Застрахованої особи.
- 8.3.5. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту, причин, обставин настання страхового випадку та (або) визначення розміру страхової виплати, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність наданої інформації.
- 8.3.6. При необхідності, робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до компетентних органів та інших підприємств, установ, організацій, які володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причини і обставини страхового випадку.
- 8.3.7. Відмовити у здійсненні страхової виплати на підставах, передбачених Договором страхування або Правилами.

### **8.4. Страховик зобов'язаний:**

- 8.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами;
- 8.4.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 8.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;
- 8.4.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення шкоди, якщо це передбачено умовами Договору страхування;
- 8.4.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;
- 8.4.6. Забезпечити конфіденційність інформації медичного характеру про Застраховану особу і не розголошувати її окрім випадків, коли надання такої інформації пов'язане з необхідністю надання медичної допомоги або передбачене законодавством.
- 8.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені відмінні, від зазначених в цьому розділі, права та обов'язки Страховика та Страхувальника.
- 8.6. Договором страхування також можуть бути передбачені права та обов'язки, як для Застрахованої особи, так і для Вигодонабувача.

## **9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

- 9.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний звернутися до представника Страховика, визначеного у Договорі страхування, або безпосередньо до Страховика за телефонами, вказаними у Договорі

страхування. Визначені особи організують надання необхідної медичної та парамедичної допомоги в обсягах, передбачених програмою медичного страхування та Договором страхування та контролюють повноту, своєчасність, достатність, якість та адресність надання такої допомоги.

- 9.2. У випадках необхідності надання послуг з екстреної медичної допомоги та/або у випадках, коли неможливо повідомити Страховика або його представника до початку надання медичної допомоги з об'єктивних причин (непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси), в т.ч. шок будь-якої етіології, кома, колапс, втрата свідомості, потьмарення розуму тощо, відсутність діючих засобів зв'язку у місці перебування Застрахованої особи тощо), повідомлення про необхідність надання допомоги робиться протягом перших 24 годин, якщо інший строк не передбачений Договором страхування.
- 9.3. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахована особа може самостійно оплатити рахунки за надану медичну та парамедичну допомогу, передбачену Договором страхування, і отримати відшкодування таких витрат безпосередньо від Страховика після закінчення лікування. Договором страхування може передбачатись ліміт на відшкодування витрат, здійснених без погодження із Страховиком або представником Страховика. Витрати, що перевищують зазначений ліміт, Страховик має право не відшкодувати, якщо з ним або його представником не було попередньо погоджено здійснення таких витрат.
- 9.4. Договором страхування може передбачатись інший порядок звернення та дій Страхувальника (Застрахованої особи) у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.

## **10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ШКОДИ**

- 10.1. Страховик здійснює страхову виплату на підставі наступних документів:
  - 10.1.1. Медичної облікової документації (консультативні висновки спеціалістів, виписки із медичних карт амбулаторного (стаціонарного) хворого, епікризи, довідки, листки лікарських призначень, направлення, рецепти тощо);
  - 10.1.2. Рахунків із закладів охорони здоров'я та актів виконаних робіт із зазначеними прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про обсяг медичної допомоги, про кількість та вартість лікарських засобів та витратних медичних матеріалів;
  - 10.1.3. Деталізованих рахунків за парамедичну допомогу, передбачену Договором страхування, з розбивкою їх за датами та вартістю, загальною сумою до виплати.
- 10.2. Якщо Застрахована особа, у випадках передбачених Договором страхування, самостійно оплатила надану їй медичну та іншу допомогу до документів, визначених в п.10.1 цих Правил також додаються:
  - 10.2.1. Заява про здійснення страхової виплати із зазначенням способу отримання страхової виплати;
  - 10.2.2. Договір страхування (страховий поліс, страховий сертифікат);
  - 10.2.3. Документи, що посвідчують особу одержувача страхової виплати та довідку про присвоєння ідентифікаційного номера;
  - 10.2.4. Документи, що підтверджують факт та розмір оплати за отриману медичну та парамедичну допомогу (фіскальні касові чеки, товарні чеки, банківські квитанції тощо).
- 10.3. Страховик має право вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, її представників, спадкоємців) надання додаткових, не зазначених у п.п.10.1-10.2 цих Правил, документів, якщо на підставі наявних документів, неможливо визначити факт та обставини події, що має ознаки страхового випадку, та розмір завданої шкоди.
- 10.4. Документи, зазначені в розділі 10 цих Правил, мають бути оформлені відповідно до існуючих норм (із зазначенням номеру, дати, засвідчені підписами уповноважених

осіб та печатками або штампами, без виправлень) та містити інші реквізити, обов'язкові для такого виду документів. Якщо документи, що необхідні для підтвердження настання страхового випадку та розміру страхової виплати, не надані у повному обсязі та/чи у належній формі, або оформленні з порушенням існуючих норм (відсутній номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), то страхова виплата не проводиться до усунення цих недоліків, з урахуванням положень п.13.2 Правил.

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

- 11.1. Страховик здійснює страхову виплату відповідно до умов Договору страхування на підставі заяви Страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами Договору страхування) та страхового акту, складеного в строки, передбачені п.12.1 цих Правил, Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.
- 11.2. Страхова виплата здійснюється в межах встановленої в Договорі страхування страхової суми та лімітів відповідальності, що встановлені в Договорі страхування, в розмірі фактичної та документально підтвердженої медичної та/або парамедичної допомоги, яка надана Застрахованій особі за вирахуванням, якщо інше не передбачено Договором страхування, всіх здійснених під час дії Договору страхування страхових виплат та встановленої в Договорі страхування франшизи.
- 11.3. Страхова виплата здійснюється Страховиком:
  - 11.3.1. Закладу охорони здоров'я або представнику Страховика, які надавали медичну та парамедичну допомогу Застрахованій особі, передбачену Договором страхування. Страхова виплата здійснюється у строки визначені відповідними господарськими договорами;
  - 11.3.2. Застрахованій особі, якщо оплату отриманої допомоги вона здійснила самостійно та в страховому акті підтверджена обґрунтованість і достовірність вказаних витрат.
- 11.4. Страховик здійснює страхову виплату за умови, що обсяг медичної допомоги:
  - 11.4.1. Співвідноситься із вказаним діагнозом;
  - 11.4.2. Відповідає стандартам якості медичної допомоги, що діють на території надання такої допомоги;
  - 11.4.3. Носить характер необхідної (без надання якої медичний стан Застрахованої особи значно погіршиться) та достатньої для медичного стану, що існував на момент її надання.

## **12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

- 12.1. Протягом 30 (тридцяти) календарних днів, якщо інше не передбачено Договором страхування, після отримання всіх необхідних документів і відомостей про факт та причини настання події, що має ознаки страхового випадку, та документів, що підтверджують витрати, Страховик:
  - 12.1.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати. Рішення про здійснення страхової виплати оформляється страховим актом за формою, встановленою Страховиком;
  - 12.1.2. Приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати;
  - 12.1.3. Приймає рішення про продовження розслідування, у випадку об'єктивної необхідності проведення додаткових заходів з розслідування обставин страхового випадку. У будь-якому випадку, строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати не повинен перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів після отримання всіх необхідних документів і відомостей про факт та причини настання події, що має ознаки страхового випадку, та документів, що підтверджують витрати.
- 12.2. Страхову виплату Застрахованій особі Страховик здійснює протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня складення страхового акту, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

- 12.3. Про прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати або про необхідність проведення додаткових заходів з розслідування обставин страхового випадку Страховик повідомляє Застраховану особу у строк, передбачений Договором страхування, у письмовій формі з обґрунтуванням причин.
- 12.4. Договором страхування можуть бути передбачені інші строки для прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.

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

- 13.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:
  - 13.1.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до законодавства України;
  - 13.1.2. Вчинення Страхувальником – фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
  - 13.1.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;
  - 13.1.4. Несвоечасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
  - 13.1.5. Інші випадки, передбачені законом.
- 13.2. Якщо Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) не здійснив усіх дій для отримання страхової виплати та не надав всіх необхідних документів по заявленому страховому випадку протягом 3 (трьох) місяців з дати подання заяви про здійснення страхової виплати, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, Страховик приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати та закриває розгляд такої страхової справи. За заявою Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) та за умови надання ним всіх необхідних документів Страховик відновлює розгляд закритої справи по такому випадку.
- 13.3. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхової виплати.
- 13.4. Страхувальник (Застрахована особа) може оскаржити рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати у порядку, передбаченому законодавством України.
- 13.5. Негативний фінансовий стан Страховика не є підставою для відмови у здійсненні страхової виплати.

### **14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 14.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
  - 14.1.1. Закінчення строку дії;
  - 14.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) у повному обсязі;
  - 14.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

- 14.1.4. Ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;
- 14.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 14.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- 14.1.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.
- 14.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.
- 14.3. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.
- 14.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з 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 ним страхові платежі повністю.
- 14.5. У разі дострокового припинення 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 страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.
- 14.6. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено у безготівковій формі, за умови дострокового припинення Договору страхування.
- 14.7. Недійсність Договору страхування:
  - 14.7.1. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.
  - 14.7.2. Договір страхування визнається недійсним і не підлягає виконанню також у разі якщо його укладено після страхового випадку.
  - 14.7.3. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.
  - 14.7.4. Якщо Страхувальник не повідомив Страховика про те, що предмет Договору страхування уже є застрахованим, новий договір страхування є нікчемним. Визнання нікчемного Договору страхування недійсним судом не вимагається.

## **15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

- 15.1. Спорі між Страхувальником (Застрахованою особою) та Страховиком вирішуються шляхом переговорів.
- 15.2. У разі недосягнення згоди Сторонами шляхом переговорів, розв'язання спорів здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством.
- 15.3. При вирішенні питань, що не врегульовані цими Правилами, Сторони керуються законодавством.

## **16. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

- 16.1. Цими Правилами регламентовано основні умови страхування. Однак за згодою Сторін у Договір страхування можуть бути включені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що не суперечать закону.
- 16.2. Зміни та доповнення до цих Правил в обов'язковому порядку реєструється в Уповноваженому органі, згідно з законом. Новий текст таких Правил і Договори страхування, які укладено згідно з новим текстом Правил, набувають чинності після дати офіційної реєстрації в Уповноваженому органі.

## СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. При добровільному медичному страхуванні (безперервному страхуванні здоров'я) базові страхові тарифи встановлюються на 1 рік страхування в залежності від виду медичної допомоги та парамедичної допомоги з приводу захворювання, загострення хронічного захворювання або розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку та наведені в Таблиці 1.

Таблиця 1

### Річні базові страхові тарифи (% від страхової суми)

Вид допомоги	Страховий тариф, %
<b>I. Медична допомога</b>	
1. В умовах амбулаторії	8%
2. В умовах стаціонару	5%
3. Екстренна (швидка) медична допомога	1%
4. Стоматологічна допомога	20%
<b>II. Інша допомога, пов'язана з наданням медичної допомоги з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, ускладнення захворювання або розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку</b>	8%

Остаточний страховий тариф розраховується шляхом множення базового страхового тарифу на додаткові коригуючі коефіцієнти, що залежать від стану здоров'я Застрахованої особи, обсягу медичної допомоги, виду та розміру франшизи та інших об'єктивних чинників, які суттєво впливають на ступінь страхового ризику, та кожен з яких може приймати значення від 0,2 до 5,0.

Базові страхові тарифи розраховані з урахуванням нормативу витрат на ведення справи у розмірі 50% від величини такого тарифу.

Актуарій  
(свідоцтво №01-018 від 19.11.2015 р.)



Ю.В. Клименко

Прошито, пронумеровано і  
скріплено печаткою 14 сторінок

«29» серпня 2016 року

Голова Правління ПАТ «СК «ЮНІВЕС»

А.С. Спренгель

