ЗАТВЕРДЖУЮ
Голова правління ЗАТ «Велта»

_____ М.П. Мельник

«11» грудня 2009р. №11/2009

ПРАВИЛА
добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)

м. Київ – 2009 р.

1. Загальні положення.

1.1. Відповідно до цих правил ЗАТ “Велта” (надалі – страховик) укладає договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я) із страхувальниками.
1.2. Страхувальниками визнаються юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали із страховиком договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я).
1.3. Страхувальники можуть укладати із страховиком договори про страхування третіх осіб (далі – застрахованих осіб) за їх згодою, які можуть набувати прав і обов’язків страхувальника згідно з договором страхування.
1.4. Предметом договору страхування є майнові інтереси страхувальника (застрахованої особи), що не суперечать закону і пов’язані зі здоров’ям, а саме з витратами на одержання медичної допомоги.
1.5. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
1.6. Страховий випадок - подія, передбачена договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов’язок страховика здійснити виплату страхової суми (страхову виплату) страхувальнику, застрахованій або іншій третій особі.
1.7. Страхова сума – грошова сума, в межах якої страховик відповідно до умов страхування зобов’язаний провести виплату при настанні страхового випадку.
1.8. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) – плата за страхування, яку страхувальник зобов’язаний внести страховику згідно з договором страхування.
1.9. Страховий поліс – іменний документ, що посвідчує факт укладання договору страхування і є його формою.
1.10. Програма страхування – перелік видів послуг, витрати на надання яких сплачує страховик при настанні страхового випадку.
1.11. Представник страховика – компанія по асістансу, що діє від імені страховика, та за його дорученням організує надання медичної допомоги та послуг при настанні страхового випадку. Найменування, місцезнаходження, телефони, факс асістанської компанії зазначені у договорі страхування (страховому полісі).

2. Страхові випадки.

2.1. Страховим випадком є звернення страхувальника (застрахованої особи) під час дії договору страхування до медичних закладів при нещасних випадках, раптовому захворюванні, загостренні хронічного захворювання за медичною допомогою, що передбачено договором страхування і на його умовах.
Хронічним захворюванням вважається хвороба, що повільно починається і прогресує, продовжується більше, ніж 6 тижнів з періодами загострення та покращення.

Під нещасним випадком розуміється короткочасна подія (травмування, отруєння тощо), що виникла раптово та незалежно від волі страхувальника (застрахованої особи), та призвела до необхідності звернення за одержанням медичної допомоги.

Раптовим захворюванням вважається несподіване погіршення стану здоров’я страхувальника (застрахованої особи), що вимагає невідкладного медичного втручання.

2.2. Рішення про місце та порядок надання допомоги, що передбачена договором страхування, приймають представник страховика або лікарі та оператори страховика. У екстрених випадках питання госпіталізації вирішують лікарі швидкої медичної допомоги.

Екстреним випадком вважається нещасний випадок або раптове захворювання, які пов'язані з ризиком для життя страхувальника (застрахованої особи) та з настанням яких об'єктивно немає можливості повідомлення страховика (представника страховика).

2.3. Медична допомога та інші послуги, що надаються страхувальнику (застрахованій особі), регламентуються умовами програм страхування. Умови програм є невід'ємною частиною договору страхування і страхувальник ознайомлюється з ними, обираючи програму страхування.

2.4. У спірних питаннях, остаточне рішення про необхідність надання певного виду медичної допомоги приймається спільно лікарями страховика та лікарсько-консультативної комісії (ЛКК) поліклініки за місцем проживання страхувальника (застрахованої особи) (за винятком необхідності надання екстреної медичної допомоги).

3. Страхові ризики.

3.1. При настанні страхового випадку страховик в межах страхової суми і згідно умов програми страхування організовує надання необхідної медичної допомоги страхувальнику (застрахованій особі) і сплачує її вартість медичним закладам, що її надали.

До переліку страхових ризиків, стосовно яких здійснюється медичне страхування, входять такі захворювання:

- хвороби органів дихання;
- хвороби системи кровообігу;
- хвороби органів травлення;
- хвороби ендокринної системи;
- хвороби сечостатевої системи;
- інфекційні хвороби;
- хвороби шкіри;
- хвороби крові;
- травми й інші ушкодження цілісності органів, що сталися внаслідок нещасного випадку в побуті і на виробництві;
- гострі отруєння отрутними рослинами, хімічними речовинами (промисловими і побутовими), недоброякісними харчовими продуктами, ліками, харчові токсикоінфекції;
- ятрогенні захворювання, що є наслідками медичних маніпуляцій.

4. Виключення із страхових випадків і обмеження страхування.

4.1. Страховик не несе відповідальності і не відшкодовує витрати (якщо це окремо не обумовлено у договорі страхування, в цьому випадку застосовуються підвищуючи коефіцієнти згідно з Додатком №2 до цих правил страхування):

• здійснені без погодження зі страховиком або представником страховика (за винятком екстрених випадків);
• на проведення звичайних диспансерних (амбулаторних) обстежень, включаючи діагностику, якщо немає ніякого погіршення здоров'я;
• на лікування нервових та психічних захворювань;
• на лікування онкологічних захворювань;
• на лікування відкритої форми туберкульозу, хронічної форми гепатиту Б, малярії, діабету середньої та тяжкої форми, гострої ниркової недостатності, лептоспірозу і псоріазу;
• на лікування захворювань сполучної тканини (СКВ, склеродермія, розсіюваний склероз тощо), ревматизму і ревматоїдного артриту;
• на діагностику та лікування венеричних захворювань, ВІЛ інфекцій, включаючи СНІД або будь-якого захворювання, що передається статевим шляхом, а також захворювань, що є їх наслідком незалежно від того, яким чином і коли почалася хвороба та незалежно від періодів загострення і ремісії;
• пов'язані з вагітністю та її наслідками або ускладненнями, зокрема: аборт (за винятком, коли проведення аборту було необхідним у зв'язку з нещасним випадком або раптовим захворюванням і абортів за медичними показаннями), збереження вагітності, токсикоз тощо;
• лікування безпліддя та заходи по його усуванню (штучне запліднення тощо);
• пов'язані з пластичною хірургією та протезуванням, включаючи зубне, очне, ортопедичне, придбанням протезів та ортопедичних апаратів, оптичних коректорів зору: окулярів, оправ та лінз до них і подібне;
• лікування пародонтозу;
• на лікування уроджених захворювань, вад та пороків розвитку;
• на косметичне лікування;
• на щеплення;
• на лікування нетрадиційними методами.
4.2. Не відшкодовуються витрати на оплату медичних чи інших послуг, що передбачені цими правилами, якщо необхідність в цих послугах виникла внаслідок:
• спроби самогубства з боку страхувальника (застрахованої особи);
• дій страхувальника (застрахованої особи) в стані алкогольного, наркотичного чи токсикологічного сп'яніння;
• транспортної пригоди під час керування будь-яким наземним, повітряним або водним транспортним засобом з двигуном внутрішнього згорання, електричним або без нього без відповідної підготовки та дозволяючих документів або якщо страхувальник (застрахована особа) передав керування цим транспортним засобом особі, що знаходилась під впливом дії алкоголю, наркотичних або токсичних речовин або не мала відповідного посвідчення для керування транспортним засобом;
• навмисного заподіяння собі страхувальником (застрахованою особою) тілесних ушкоджень;
• польоту страхувальника (застрахованої особи) на літальному апараті, керування цим апаратом;
• заняття страхувальником (застрахованою особою) будь-яким видом спорту, якщо це не передбачено договором страхування;
• заняття страхувальником (застрахованою особою) працею на небезпечних ділянках, якщо це не передбачено договором страхування;

• служби страхувальника (застрахованої особи) в будь-яких збройних силах та формуваннях, якщо це не передбачено договором страхування;
• військових дій та їх наслідків, бунтів, народних заворушень, страйків, повстань, терористичних актів і диверсій;
• радіаційного, хімічного та бактеріологічного ураження;
• офіційно оголошених епідемії, забруднення навколишнього середовища та стихійного лиха.

4.3. Протягом 45 календарних днів з моменту укладення договору страхування страховик не приймає до розгляду заяви страхувальника (застрахованої особи) у відношенні відшкодування витрат по страхових випадках, які сталися у цей період, крім витрат по нещасним випадкам, якщо інше не передбачене договором страхування.

При укладенні договору страхування на наступний рік у разі відсутності виплат, пов'язаних з стаціонарним лікуванням за попередній рік, страхувальник (застрахована особа) звільняється від періоду очікування.

5. Порядок визначення розмірів страхових сум та (або) розмірів страхових виплат. Страховий платіж.

5.1. Страхова сума встановлюється за згодою між страхувальником і страховиком при укладенні договору страхування на підставі відомостей про стан здоров'я страхувальника (застрахованої особи).

5.2. Загальна сума відшкодування медичних витрат (страхової виплати) за конкретним договором страхування (страховим полісом) не може перевищувати встановлену страхову суму, що зазначається в договорі страхування (страховому полісі).

5.3. Базові річні страхові тарифи, що визначені на підставі актуарних розрахунків, є Додатком №2 до даних правил. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін на підставі базових тарифів, але з урахуванням чинників, що впливають на ризик, та згідно програм страхування (Додаток №1 до цих правил страхування), що обрані страхувальником.

5.4. Страховий платіж сплачується страхувальником (застрахованою особою) за домовленістю зі страховиком одноразово за весь строк страхування або у розстрочку за безготівковим розрахунком або шляхом внесення готівки до каси страховика чи страховому агенту страховика. Схема внесення страхових платежів у розстрочку обумовлюється договором страхування.

5.5. У разі відсутності виплат, пов'язаних зі стаціонарним лікуванням за попередній рік, при укладенні договору страхування на наступний рік можуть бути надані знижки страхового платежу (до 20 %).

6. Порядок укладання договору страхування.

6.1. Для укладання договору страхування страхувальник подає страховику письмову заяву за формою, встановленою страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування. Договір страхування укладається за обраними страхувальником програмами страхування, які додаються до договору і є

його невід'ємною частиною. Факт укладання договору страхування може посвідчуватись страховим полісом.
6.2. Перед укладанням договору страхування страховик може анкетувати страхувальника (застраховану особу) щодо стану здоров'я за формою, встановленою страховиком, а при необхідності, направляти на медичне обстеження. У такому разі заповнена анкета та результати медичного обстеження (у випадку його проведення) стають невід'ємними частинами договору страхування. При цьому якщо договір страхування укладається вперше, медичне обстеження здійснюється у визначених страховиком закладах за рахунок коштів страхувальника, а при укладенні договору на наступні роки – за кошти страховика.
6.3. У випадку, якщо договір страхування (страховий поліс) в період його дії загублено, страхувальнику (застрахованій особі) видається його копія.

7. Строк та місце дії договору страхування.

7.1. Договір страхування укладається на строк не більше одного року, якщо інше не передбачено в договорі страхування.
7.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування.
7.3. Договір втрачає чинність о 24.00 годині зазначеної в ньому кінцевої дати.
7.4. Договір страхування діє на території України, якщо інше в ньому не передбачено.

8. Права та обов'язки страхувальника (застрахованої особи) та страховика.

8.1. Страхувальник (застрахована особа) має право:
8.1.1. Ознайомитися з умовами (правилами) страхування.
8.1.2. Одержувати будь-які роз'яснення за укладеним договором страхування (страховим полісом).
8.1.3. Вимагати у медичних закладах, до яких страхувальник (застрахована особа) був направлений страховиком (представником страховика) у відповідності з укладеним договором страхування, надання кваліфікованої медичної допомоги згідно умовам обраної програми, за якою був укладений договір страхування. У випадку, якщо відповідна медична допомога не буде надана, страхувальник (застрахована особа) повинен негайно повідомити про це страховика.
8.1.4. До настання страхового випадку збільшити страхову суму, уклавши зі страховиком додаткову угоду про це і сплативши додатковий страховий платіж. При цьому страховик має право вимагати додаткового медичного обстеження страхувальника (застрахованої особи). Договір страхування за новими умовами набирає чинності з 00 годин дня, що настає за днем сплати додаткового страхового платежу при сплаті готівкою або днем надходження на поточний рахунок страховика при безготівковому розрахунку.

8.2. Страхувальник (застрахована особа) зобов'язаний:
8.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

8.2.2. При укладанні договору страхування надати інформацію страховикові про всі відомі страхувальнику (застрахованій особі) обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.
8.2.3. При укладенні договору страхування повідомити страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору.
8.2.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.
8.2.5. При настанні страхового випадку для одержання медичної допомоги протягом 48-ми годин повідомити страховика (представника страховика) та дотримуватись його рекомендацій.
8.2.6. Підписавши страховий поліс, звільнити лікаря, що лікує, від обов'язку збереження професійної таємниці по відношенню до відповідних працівників страховика або його представників.
8.2.7. Надати можливість проведення додаткового медичного огляду лікарям-експертам, призначеним страховиком або його представником у разі виникнення сумнівів щодо факту страхового випадку або достовірності наданої інформації про стан здоров'я при укладенні договору страхування.
8.2.8. Дотримуватися всіх умов договору страхування (страхового полісу).

8.3. Страховик має право:
8.3.1. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ, які можуть володіти інформацією про обставини страхового випадку.
8.3.2. З'ясовувати причини та обставини страхового випадку, перевіряти усі надані документи.
8.3.3. Відмовити у виплатах за договором страхування (страховим полісом) згідно чинного законодавства України у випадках, коли страхувальник (застрахована особа):
- не надав лікарю, що є представником страховика, можливості проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення сумнівів щодо факту страхового випадку або достовірності наданої інформації про стан здоров'я при укладенні договору страхування;
- порушив обов'язки, що покладені на нього договором страхування.

8.3.4. Вимагати компенсацію здійснених страхових виплат від третьої особи або страхувальника (застрахованої особи), винних в настанні страхового випадку або порушенні умов страхування.

8.4. Страховик зобов'язаний:
8.4.1. Ознайомити страхувальника з умовами та правилами страхування.
8.4.2. При отриманні повідомлення про настання страхового випадку зробити все можливе щодо оперативного надання медичної та іншої допомоги, координувати дії своїх представників у межах власних повноважень.
8.4.3. Не розголошувати відомостей про страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9. Дії страхувальника (застрахованої особи) у разі настання страхового випадку.

9.1. При виникненні необхідності у медичній допомозі страхувальник (застрахована особа) повинен звернутися до страховика або його представника за адресою і номерами телефона, які зазначені у договорі страхування (страховому полісі) та повідомити :

– прізвище, ім'я та по батькові страхувальника (застрахованої особи), серію, номер і термін дії полісу (договору страхування);

– вказати місце, де знаходиться, номер телефону, за яким з ним може зв'язатися страховик (представник страховика), або номер телефону і адресу лікарні;

– детально описати проблему, що виникла у страхувальника (застрахованої особи) зі здоров'ям.

9.2. Для отримання необхідної медичної допомоги страхувальник (застрахована особа) звертається до медичного закладу за направленням страховика (представника страховика).

Направленням вважається повідомлення страховиком (представником страховика) страхувальника (застрахованої особи) про те, в який медичний заклад або до якого лікаря, з якими страховик (представник страховика) уклав договори про надання медичних послуг, має звернутися страхувальник (застрахована особа).

9.3. Рішення про відмову в наданні послуг (за винятком екстрених випадків) приймається страховиком протягом 10 робочих днів з дня звернення страхувальника (застрахованої особи), про що він в письмовій формі повідомляє страхувальника (застраховану особу) з обґрунтуванням причин відмови у строк 10 робочих днів з дня прийняття такого рішення.

9.4. При виникненні екстреного випадку повинні бути прийняті всі міри для термінового одержання невідкладної допомоги будь-якими можливими засобами. Страховик (представник страховика) повинен бути поінформований про те, що сталося, як тільки це стане можливим.

10. Порядок і умови здійснення страхових виплат.

10.1. Відшкодування витрат за надання страхувальнику (застрахованій особі) медичних послуг здійснюється страховиком або його представником закладу, що надав ці послуги.

Страховик (представник страховика) у разі настання страхового випадку оплачує медичному закладу, в який був направлений чи звернувся страхувальник (застрахована особа), витрати на надання медичних послуг в обсязі та на умовах програми страхування, обраної страхувальником. Програмою страхування визначаються також інші послуги та сума, в межах якої ці послуги оплачуються.

10.2. При настанні страхового випадку, страховик (представник страховика) в межах страхової суми сплачує фактичні витрати медичних установ за надану медичну допомогу страхувальнику (застрахованій особі) на підставі рахунків і договорів з лікувально-профілактичними установами (ЛПУ).

10.3. Страхова виплата здійснюється шляхом перерахування грошей на поточний рахунок ЛПУ, станції швидкої допомоги згідно поданих розрахунків за надану медичну допомогу у відповідності з умовами програм страхування.

10.4. У випадку, якщо для лікування страхувальника (застрахованої особи) використовувались медичні препарати, відсутні в ЛПУ, в якому він проходив

лікування, то в розрахунок суми страхової виплати приймається їхня вартість, підтверджена рахунком з аптеки.

10.5. Сума страхової виплати, що компенсує витрати на придбання медикаментів, виплачується страхувальнику (застрахованій особі) або його довіреній особі. Для цього страховику повинні бути надані наступні документи:

- заява страхувальника (застрахованої особи) про відшкодування витрат на придбання медикаментів;
- при укладенні договору по програмі «Стаціонар» – довідка про необхідність призначення і відсутність в момент лікування страхувальника (застрахованої особи) в ЛПУ даного лікарського засобу, що видана завідуючим відділення і завірена головним лікарем ЛПУ або його заступником по медичній частині з вказівкою назви препарату, форми випуску, дозування і загальної кількості препарату, необхідного для лікування страхувальника (застрахованої особи);
- реєстр виписки рецептів на ліки, що необхідні для лікування страхувальника (застрахованої особи), виданий лікарем, що лікує і завірений головним лікарем ЛПУ або його заступником по медичній частині, з вказівкою назви препаратів, форми випуску, дозування і загальної кількості препаратів, необхідних для лікування страхувальника (застрахованої особи);
- рахунок з аптеки, де вказані назви препаратів, дозування кожного з них, загальна кількість і вартість кожного препарату, загальна вартість і дата продажу;
- довіреність, видана страхувальником (застрахованою особою) довіреній особі і завірена головним лікарем ЛПУ або його заступником по медичній частині (тільки в випадку отримання страхової виплати довіреною особою страхувальника (застрахованої особи);
- паспорт або інший документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати.

10.6. При наданні допомоги без участі представника страховика згідно п. 9.4. цих правил страхування, та оплаті витрат самим страхувальником або його представником, для їх відшкодування страхувальник (застрахована особа) не пізніше, ніж за 30 календарних днів з дня закінчення строку дії договору страхування, повинен надати страховику:

- заяву про відшкодування витрат на медичні послуги;
- страховий поліс;
- оригінали рахунків за надання послуг спеціалізованого транспорту;
- документи, де зазначені медичний діагноз, дата звернення та тривалість лікування, результати медичного обстеження, де підтверджується невідкладність допомоги;
- рахунки медичних закладів з печаткою медичного закладу, їх адресу, контактні телефони, перелік та вартість наданої допомоги та рахунки на купівлю ліків.
- довіреність, видана страхувальником (застрахованою особою) довіреній особі і завірена головним лікарем медичного закладу або його заступником по медичній частині (тільки в випадку отримання страхової виплати довіреною особою страхувальника (застрахованої особи));
- паспорт або інший документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати.

При нещасному випадку додатково повинні бути надані офіційний протокол або довідка про нещасний випадок, що трапився, з описом обставин події.

10.7. Страхова виплата страхувальнику (застрахованій особі) здійснюється протягом 15 робочих днів після отримання всіх необхідних документів, але не раніше закінчення повного курсу лікування.

10.8. У випадку відмови в страховій виплаті, страховик протягом 10 робочих днів з дня отримання документів на виплату повідомляє про це заявника в письмовій формі з обгрунтуванням причини відмови.
10.9. Підставою для відмови страховика у здійсненні страхових виплат є:
а) 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 чинного законодавства України;
б) вчинення страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
в) подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;
г) несвоєчасне повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
д) інші випадки, передбачені законом.
Договором страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.
10.10. Загальна сума страхових виплат по кожній з програм договору страхування не може перевищувати страхову суму, встановлену по відповідній програмі договору страхування.

11. Умови припинення дії договору страхування.

11.1. Дія договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:
а) закінчення строку дії;
б) виконання страховиком зобов’язань перед страхувальником (застрахованою особою) в повному обсязі;
в) 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;
г) 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”;
д) ліквідації страховика у порядку, встановленому законодавством України;
е) прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
є) в інших випадках, передбачених законодавством України.
11.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою страховика або страхувальника, якщо це передбачено умовами договору страхування. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов’язана повідомити іншу не пізніш як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування.

11.3. При достроковому припиненні дії договору страхування за вимогою страхувальника страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору з вирахуванням 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.
11.4. При достроковому припиненні дії договору страхування за вимогою страховика страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю. Якщо вимога страховика зумовлена невиконанням страхувальником (застрахованою особою) умов договору страхування, то страховик повертає страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

12. Порядок вирішення спорів.

12.1. Спори між страховиком та страхувальником (застрахованою особою) вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

13. Особливі умови.

13.1. Зміни та доповнення до цих правил страхування обов’язково подаються страховиком для реєстрації до уповноваженого органу з нагляду за страховою діяльністю.
13.2. Права та обов’язки сторін, підстави для відмови у страховій виплаті, зазначені у цих правилах страхування, але не передбачені Законом України „Про страхування”, повинні бути передбачені договором страхування.

Додаток №1
до Правил добровільного
медичного страхування
(безперервне страхування здоров'я)
№11/2009 від 11 грудня 2009р.

ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

1. ПРОГРАМА «ШВИДКА ДОПОМОГА»

Програма передбачає оплату наступних видів допомоги і послуг:

1. Виїзд бригади швидкої допомоги, у тому числі спеціалізованої бригади.
2. Первинний огляд.
3. Надання негайної і швидкої допомоги по життєвим показникам.
4. Експрес-діагностика при проведенні лабораторних досліджень.
5. Встановлення попереднього діагнозу.
6. Транспортування в лікувальну установу.
7. Проведення госпіталізації.

2. ПРОГРАМА «ПОЛІКЛІНІКА»

Програма передбачає:

1. Оплату амбулаторного лікування страхувальника (застрахованої особи) у поліклінічному відділенні лікувальної установи за направленням страховика (представника страховика).
2. Оплату медикаментів, що одержує страхувальник (застрахована особа) по рецептах лікуючого лікаря в аптеці, з якою страховик (представник страховика) уклав відповідний договір.

«Поліклініка» - А

1. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців по профілю захворювання в поліклінічних відділеннях медичних установ і вдома.
2. Проведення діагностичних тестів при виникненні складнощів з постановкою діагнозу.
3. Проведення лабораторних досліджень.
4. Надання медичної допомоги при гострих захворюваннях та загостренні хронічних захворювань, лікувальні процедури по показникам.
5. Медикаментозне забезпечення.

«Поліклініка» - Б

1. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців по профілю захворювання в поліклінічних відділеннях медичних установ і вдома.
2. Проведення діагностичних тестів при виникненні складнощів з постановкою діагнозу.

3. Проведення лабораторних досліджень.
4. Надання медичної допомоги при гострих захворюваннях та загостренні хронічних захворювань, лікувальні процедури по показникам.
5. Супровід особистого довіреного лікаря-терапевта.
6. Проведення діагностики стану здоров'я з метою виявлення і попередження захворювань, динамічного спостереження і запобігання розвитку захворювань.
7. Медикаментозне забезпечення.

3. ПРОГРАМА «СТАЦІОНАР»

Програма передбачає оплату стаціонарного лікування при гострому розладі здоров'я з появою симптомів, що загрожують життю або подальшому розладу здоров'я страхувальника (застрахованої особи) та планового стаціонарного лікування, яке проводитися за направленням лікаря страховика (представника страховика):

1. Всі види консервативного й оперативного лікування, лікувальні процедури.
2. Проведення діагностичних тестів.
3. Проведення лабораторних досліджень.
4. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців.
5. Супровід особистого довіреного лікаря-терапевта.
6. Медикаментозне забезпечення.
7. Розміщення в палатах підвищеного рівня комфортності (у залежності від можливості лікувального закладу).

4. ПРОГРАМА «СТОМАТОЛОГІЯ»

«Стоматологія »

1. Первинний огляд лікаря-стоматолога.
2. Діагностичні дослідження (рентген тощо).
3. Лікування карієсу, пульпіту, пародонтиту.
4. Заміщення дефекту зубу пломбою.
5. Видалення зубу.

5. ПРОГРАМА „КОМПЛЕКСНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ”

Дана програма передбачає оплату усіх видів медичної допомоги, передбаченої окремими Програмами:

- «Поліклініка» (будь-який з двох варіантів, що пропонуються).
- «Стаціонар».
- «Швидка допомога».

При укладанні договору страхування за домовленістю сторін до Програми „Комплексне медичне страхування” може бути включена Програма «Стоматологія».

Програма комплексного медичного страхування передбачає таки види допомоги і послуг:

А) Швидка допомога:

1. Виїзд бригади швидкої допомоги, у тому числі спеціалізованої бригади.
2. Первинний огляд.
3. Надання негайної і швидкої допомоги по життєвим показникам.
4. Експрес-діагностика при проведенні лабораторних досліджень.
5. Встановлення попереднього діагнозу.
6. Транспортування в лікувальну установу.
7. Проведення госпіталізації.

У залежності від обраного варіанту програми “Поліклініка”

Б) Амбулаторно-поліклінічна допомога:

«Поліклініка» - А

1. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців по профілю захворювання в поліклінічних відділеннях медичних установ і вдома.
2. Проведення діагностичних тестів при виникненні складнощів з постановкою діагнозу.
3. Проведення лабораторних досліджень.
4. Надання медичної допомоги при гострих захворюваннях та загостренні хронічних захворювань, лікувальні процедури по показникам.
5. Медикаментозне забезпечення.

«Поліклініка» - Б

1. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців по профілю захворювання в поліклінічних відділеннях медичних установ і вдома.
2. Проведення діагностичних тестів при виникненні складнощів з постановкою діагнозу.
3. Проведення лабораторних досліджень.
4. Надання медичної допомоги при гострих захворюваннях та загостренні хронічних захворювань, лікувальні процедури по показникам.
5. Супровід особистого довіреного лікаря-терапевта.
6. Проведення діагностики стану здоров'я з метою виявлення і попередження захворювань, динамічного спостереження і запобігання розвитку захворювань.
7. Медикаментозне забезпечення.

В) Стаціонарна допомога:

1. Всі види консервативного й оперативного лікування, лікувальні процедури.
2. Проведення діагностичних тестів.
3. Проведення лабораторних досліджень.
4. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців.
5. Супровід особистого довіреного лікаря-терапевта.
6. Медикаментозне забезпечення.
7. Розміщення в палатах підвищеного рівня комфортності (в залежності від класу обслуговування).

Г) Стоматологічна допомога (програма “Стоматологія”):

1. Первинний огляд лікаря-стоматолога.
2. Діагностичні дослідження (рентген тощо).
3. Лікування карієсу, пульпіту, пародонтиту.
4. Заміщення дефекту зубу пломбою.
5. Видалення зубу.

6. ПРОГРАМА «РЕАБІЛІТАЦІЯ»

Програма передбачає оплату реабілітаційних, оздоровчих медичних послуг за призначенням лікаря після перенесених гострих, загострення хронічних захворювань та травм:

1. Санаторно-курортне лікування за профілем захворювання.
2. Розміщення в палатах з усіма зручностями (в залежності від можливостей оздоровчого закладу).
3. Харчування 3-х разове (дієтичне, на замовлення).

7. ПРОГРАМА «ПОЛОГИ»

Дана програма передбачає оплату всіх видів медичної допомоги, що необхідна при пологах:

- «Швидка допомога».
- «Стаціонар».

Програма передбачає такі види допомоги і послуг породіллю:

А) Швидка допомога:

1. Виїзд бригади швидкої допомоги, у тому числі спеціалізованої бригади.
2. Первинний огляд.
3. Надання негайної і швидкої допомоги по життєвим показникам.
4. Експрес-діагностика при проведенні лабораторних досліджень.
5. Транспортування в лікувальну установу (родильний дім).
6. Проведення госпіталізації.

Б) Стаціонарна допомога:

1. Всі види допомоги при природних та патологічних родах, лікувальні процедури.
2. Проведення діагностичних тестів.
3. Проведення лабораторних досліджень.
4. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців.
5. Супровід особистого довіреного лікаря акушера-гінеколога.
6. Медикаментозне забезпечення.
7. Розміщення в палатах підвищеного рівня комфортності (в залежності від можливостей медичного закладу).

Додаток № 2
до Правил добровільного
медичного страхування
(безперервне страхування здоров'я)
№11/2009 від 11 грудня 2009р.

БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ
з добровільного медичного страхування
(безперервне страхування здоров'я)

№ з/п	Умови страхування: оплата вартості надання:	Базовий страховий тариф, %
1	**швидкої і невідкладної медичної допомоги.** Програма „**Швидка допомога”**	11,5
2	**амбулаторно-поліклінічних послуг,** в тому числі, послуги сімейного лікаря в медичних закладах. Програми „**Поліклініка – А”, „Поліклініка – Б”**	20,0
3	**медичних послуг в умовах стаціонару** в екстреному і плановому порядку. Програма „**Стаціонар”**	13,5
4	**стоматологічних послуг.** Програма „**Стоматологія”**	18,0
5	**комплексних медичних послуг,** що включають медичні послуги за умовами страхування, передбаченими пунктами 1 – 4. Програма „**Комплексне медичне страхування”**	20,0
6	**реабілітаційних, оздоровчих медичних послуг** за призначенням лікаря після перенесених гострих, загострення хронічних захворювань та травм. Програма „**Реабілітація”**	25,0
7	**медичних послуг при вагітності та пологах.** Програма „**Пологи”**	15,0

Методика розрахунку страхового тарифу

Страховий тариф за договором страхування визначається за формулою:

$$\mathbf{Т = БТ \times К1 \times К2 \times К3 \times К4 \times К5 \times К6}$$

де: Т – страховий тариф за договором страхування;
БТ – базовий річний страховий тариф;
К1-К6 – коригуючі коефіцієнти за договором страхування.

БТ: Базовий страховий тариф визначається у відсотках від страхової суми, виходячи зі: строку страхування 1 рік; на одну Застраховану особу та страхової суми від 40 000 до 50 000 грн.

Коригуючі коефіцієнти

Визначення коригуючих коефіцієнтів відбувається в такий спосіб:

К1: Коефіцієнт страхової суми (вартості надання медичних послуг в залежності від переліку лікувальних закладів за договором страхування)

Страхова сума, тис.грн.	**Коригуючий коефіцієнт за умовами страхування**						
	стаціонар	поліклініка	швидка	реабілітаційна	стоматологічна	пологи	комплексна
До 5	0,65	0,75	0,60	0,65	0,70	0,70	0,75
5-10	0,70	0,80	0,65	0,70	0,75	0,75	0,80
10-20	0,80	0,85	0,75	0,80	0,80	0,80	0,85
20-30	0,90	0,90	0,85	0,90	0,90	0,90	0,90
30-40	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
40-50	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**
50-60	1,05	1,10	1,05	1,10	1,05	1,10	1,10
60-70	1,10	1,20	1,10	1,20	1,10	1,20	1,20
70-80	1,20	1,30	1,15	1,30	1,15	1,30	1,30
80-90	1,30	1,40	1,20	1,40	1,20	1,40	1,40
90-100	1,40	1,50	1,25	1,50	1,25	1,50	1,50
Більше 100	1,50	1,55	1,30	1,55	1,30	1,55	1,60

К2: Коефіцієнт кількості Застрахованих осіб

Значення коефіцієнта визначається в залежності від кількості Застрахованих осіб

Кількість Застрахованих осіб	**Коригуючий коефіцієнт**
1	1,00
від 2 до 10	0,95
від 11 до 30	0,90
від 31 до 100	0,80
від 101 до 500	0,75
від 501 до 1000	0,65
від 1001 до 3000	0,55
Більше 3000	0,45

К3: Коефіцієнт віку Застрахованих осіб

Значення коефіцієнта визначається в залежності від віку Застрахованих осіб

Вік Застрахованих осіб	**Коригуючий коефіцієнт**
від 0 до 1	2,50
від 1 до 3	2,00
від 3 до 7	1,50
від 7 до 17	1,10
від 18 до 30	1,00
від 31 до 40	1,20
від 41 до 55	1,40
від 56 до 65	1,60

Вік Застрахованих осіб	Коригуючий коефіцієнт
від 65 до 75	1,90

К4: Коефіцієнт короткостроковості

При укладанні договору страхування на строк менше одного року, в залежності від строку дії договору страхування застосовуються відповідні коригуючі коефіцієнти (при страхуванні на строк 1 рік застосовується коефіцієнт 1). При цьому, кожний неповний строк страхування при розрахунках страхового тарифу рахується як повний.

Строк страхування	Коригуючий коефіцієнт	Строк страхування	Коригуючий коефіцієнт
15 днів	0,15	6 місяців	0,70
1 місяць	0,25	7 місяців	0,75
2 місяці	0,30	8 місяців	0,80
3 місяці	0,40	9 місяців	0,85
4 місяці	0,50	10 місяців	0,90
5 місяців	0,60	11 місяців	0,95

К5: Коефіцієнт сплати страхового платежу

Періодичність сплати страхового платежу	Коригуючий коефіцієнт
одноразово	1,00
в два строки, з інтервалом не більше 4 місяців	1,02
в два строки, з інтервалом більше 4 місяців або в три строки	1,05
щоквартально	1,10
щомісячно	1,15

К6: Коефіцієнт врахування інших ступенів ризику

При укладенні договору страхування в залежності від чинників, що впливають на настання страхового випадку і не передбачені коефіцієнтами К1-К5, а саме: обмеження умов страхування чи переліку медичних послуг; стану здоров'я; професії Застрахованої особи; наявності/відсутності шкідливих умов праці на виробництві; проведення профілактичних заходів; додаткові виключення із страхових випадків тощо, коригуючий коефіцієнт може бути встановлено у розмірі від 0,3 до 2,0.

У будь-якому випадку при застосуванні корегувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 40% для практично здорових людей та 80% при страхуванні осіб із наявністю захворювання в анамнезі.

Норматив витрат на ведення справи - 35%.

Актуарій Карташов Юрій Миколайович
(свідоцтво № 03-002 від 26.11.2009 р.)

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Член Комісії - директор дер. О.М. Калініч.

Дата 03.06.2010р.

Реєстраційний номер 0310360

Прошнуровано та пронумеровано 19 (дев'ятнадцять) аркушів

Головний бухгалтер М.П. Мельник

Закрите акціонерне товариство «ВЕКТА» Ідентифікаційний код № 21559430 м. Київ