

«Затверджую»

Голова Правління
ПРАТ «СК «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ»

С.О. Авдєєв

«23» березня 2020 р.



ЗМІНИ № 1

до ПРАВИЛ

**ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я),**

зарєєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері
ринків фінансових послуг 28.11.2013 р. за № 0313496

м. Київ, 2020

1. Внести зміни до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 28.11.2013 р. за № 0313496, далі – Правила:

1.1. У розділі «1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ» Правил пункт 1.1. викласти у наступній редакції:

«1.1. Відповідно до чинного законодавства України і на підставі цих Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі - «Правила») ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ» (далі - «Страховик») укладає Договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – «Договір страхування») з юридичними особами та дієздатними фізичними особами, в тому числі фізичними особами – підприємцями, які є резидентами або нерезидентами України (далі - «Страхувальники»).»

1.2. У розділі «2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ» Правил пункти 2.2, 2.6 та 2.9 викласти у наступній редакції:

«2.2. Заклад охорони здоров'я (медичний заклад) - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.»

«2.6. Програма страхування (програма медичного страхування) – комплекс опцій, індивідуально розроблений Страховиком відповідно до потреб Страхувальника та обраних Страхувальником при укладенні Договору страхування. Програма страхування (програма медичного страхування) є невід'ємною частиною Договору страхування.»

«2.9. Опція програми страхування (опція) – конкретні умови страхування, перелік медичних та інших послуг певного обсягу та якості, передбачених Програмою страхування.»

1.3. Розділ «2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ» Правил доповнити пунктами 2.10 – 2.15 у наступній редакції:

«2.10. **Захворювання** – гостре захворювання, що передбачає раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами, у разі ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги.

2.11. **Загострення хронічного захворювання (хвороби)** – раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму на фоні перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи або загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги.

2.12. **Нещасний випадок** - раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана, ненавмисна та незалежна від волі Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача, спадкоємця Застрахованої особи) подія, що відбулась внаслідок впливу зовнішніх причин та призвела до розладу здоров'я (нозологічних форм згідно з класифікацією МКХ X перегляду класи S00-S99, T00-T35, T51-T65) Застрахованої особи. Нещасними випадками за цими Правилами вважаються: травми, термічні та хімічні опіки, відмороження, наслідки попадання стороннього тіла, токсична дія речовин немедичного призначення. Якщо це передбачено Договором страхування, до нещасних випадків можуть відноситись наступні події: утоплення, враження блискавкою або електричним струмом, укуси тварин або отруйних комах, змії, протиправні дії третіх осіб (інших, ніж Застрахована особа), а також отруєння лікувальними засобами, медикаментами та біологічними субстанціями. Захворювання, у тому числі раптові та професійні, не відносяться до нещасних випадків.

2.13. **Розлад здоров'я** - стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

2.14. **Інша допомога, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги (інша допомога, інші послуги)** – допомога (послуги), передбачена Правилами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги, та не входить до переліку медико-санітарної допомоги, передбаченого Правилами та Договором страхування, у тому числі, але не виключно, транспортування Застрахованої особи або медичного персоналу, послуги, пов'язані із пошуком, доставкою медикаментів та витратних матеріалів, необхідних для забезпечення медико-санітарної допомоги Застрахованій особі, інша допомога (послуги), передбачена Правилами та Договором страхування. Перелік допомоги (послуг), що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги, зазначається у кожному конкретному Договорі страхування та може встановлюватись як для усіх Застрахованих осіб за Договором страхування в цілому, так і для окремих Застрахованих осіб.

2.15. Терміни, що не обумовлені Правилами, визначаються законодавством України та/або Договором страхування. Якщо значення будь-якого терміну (найменування або поняття) не обумовлено Правилами або Договором страхування та не може бути визначено виходячи із законодавства України, то таке найменування або поняття використовується в своєму звичайному лексичному значенні.»

1.4. Розділи «3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ» та «4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ» Правил викласти у наступній редакції:

«3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою.

3.2. Добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:

- оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником програми медичного страхування, яка була надана Страхувальнику чи Застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких він (вона) звернувся 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 медико-санітарної допомоги;

- відшкодування понесених Страхувальником чи Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Страховим ризиком є певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання, а саме необхідність у Страхувальника чи Застрахованої особи в отриманні медико-санітарної допомоги у зв'язку з захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої Правилами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги, а також понесення Страхувальником чи Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

4.2. Страховим випадком є подія, яка відбулася після набуття чинності Договором і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій особі або іншій третій особі, а саме, звернення Страхувальника чи Застрахованої особи під час та у місці дії Договору страхування до закладу охорони здоров'я з метою одержання медико-санітарної допомоги у зв'язку з захворюванням, загостренням

хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої Правилами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги, а також понесення Страхувальником чи Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

4.3. Звернення Страхувальника чи Застрахованої особи до закладу охорони здоров'я з метою одержання медико-санітарної допомоги у зв'язку з захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої Правилами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги, може бути здійснене шляхом безпосереднього звернення до закладу охорони здоров'я та/або шляхом звернення до Асистансу.

4.4. Перелік страхових ризиків з числа зазначених в п. 4.1. Правил визначається в Договорі страхування.

4.5. Оплата вартості медико-санітарної допомоги у зв'язку з захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої Правилами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги, та/або відшкодування понесених Страхувальником чи Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги здійснюється Страховиком у межах, якості та в обсязі, що передбачені Програмою страхування.

4.6. Програма страхування відповідно до умов Договору страхування може складатися з наступних опцій:

4.6.1. «Амбулаторно-поліклінічна допомога» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості медичної допомоги, медичних послуг у разі амбулаторно-поліклінічного лікування в медичних закладах, обумовлених Договором страхування.

4.6.2. «Стаціонарна допомога» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості медичної допомоги, медичних послуг у разі стаціонарного лікування в медичних закладах, обумовлених Договором страхування.

4.6.3. «Швидка та невідкладна допомога» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості медичної допомоги, медичних послуг, які надаються бригадами швидкої медичної допомоги, обумовленими Договором страхування.

4.6.4. «Стоматологічна допомога» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості медичної допомоги, медичних послуг у разі лікування в стоматологічних медичних закладах, обумовлених Договором страхування.

4.6.5. «Медикаментозне лікування» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості медикаментозного лікування при амбулаторно-поліклінічному та/або стаціонарному лікуванні в медичних закладах, обумовлених Договором страхування.

4.6.6. «Вагітність та пологи» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості медичної допомоги, медичних послуг у разі лікування в спеціалізованих медичних закладах, обумовлених Договором страхування.

4.6.7. «Реабілітаційно-оздоровча допомога» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості профілактично-оздоровчих та/або реабілітаційних заходів, медичних послуг в профілактично-оздоровчих та медичних закладах, обумовлених Договором страхування.

4.6.8. Інші опції, передбачені Договором страхування.

4.7. До опцій, що складають Програму страхування можуть бути включені будь-які з наведених в цьому пункті послуг:

4.7.1. консультативний прийом та лікування лікарями усіх спеціальностей;

4.7.2. функціональна та лабораторна діагностика;

4.7.3. проведення медичних оглядів;

4.7.4. планова та екстрена госпіталізація, стаціонарне лікування, забезпечення харчуванням відповідно до дієтичних вимог по певному захворюванню;

4.7.5. хірургічні операції;

4.7.6. медична допомога вдома та в офісі;

4.7.7. невідкладна та швидка медична допомога;

4.7.8. спостереження лікарями в денних стаціонарах та організація стаціонару вдома у Застрахованої особи;

4.7.9. проведення щеплення;

4.7.10. проведення реабілітаційно-оздоровчих заходів;

4.7.11. фізіотерапевтичне лікування;

4.7.12. нетрадиційні методи лікування (мануальна терапія, голкорексфлексотерапія тощо);

4.7.13. санаторно-курортне лікування (за призначенням лікаря, як продовження амбулаторно-поліклінічного лікування);

4.7.14. надання додаткових сервісних послуг (транспортування Застрахованої особи або медичного персоналу, послуги, пов'язані із пошуком, доставкою медикаментів та витратних матеріалів, необхідних для забезпечення медико-санітарної допомоги Застрахованій особі, додатковий догляд із залученням середнього медичного персоналу, лікувальна фізкультура тощо);

4.7.15. забезпечення медикаментами, що призначені лікарем, медичними інструментами та витратними матеріалами;

4.7.16. стоматологічна допомога, протезування, ортодонція;

4.7.17. диспансеризація;

4.7.18. інші послуги, передбачені Програмою страхування.

4.8. Договором страхування може бути передбачено страхування на випадок звернення Застрахованої особи за медико-санітарною допомогою та/або відшкодування понесених Страхувальником чи Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги у разі декількох видів захворювань, загострень хронічних захворювань або розладів здоров'я внаслідок нещасного випадку, або у разі тільки одного виду з переліку, зазначеного у Договорі страхування, відповідно до обраної Програми страхування.

4.9. Детальний опис опцій, з яких складається Програма страхування, зазначається у Договорі страхування.»

1.5. Розділ «7. СТРАХОВА ПРЕМІЯ ТА СТРАХОВИЙ ТАРИФ» Правил викласти у наступній редакції:

«7. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА СТРАХОВИЙ ТАРИФ

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

7.2. Розмір страхового платежу визначається в Договорі страхування згідно зі страховим тарифом, розмір якого встановлюється за згодою сторін у Договорі страхування на підставі базових страхових тарифів залежно від обраних Програм страхування, переліку послуг за Програмами страхування, категорії медичних закладів, в яких буде надаватися медична допомога, строку та місця дії Договору страхування, відомостей про стан здоров'я Застрахованої особи, з урахуванням факторів, які можуть впливати на ступінь страхового ризику та інших умов Договору страхування.

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

7.4. Базові страхові тарифи визначені в Додатку №1 до цих Правил.

7.5. Страхувальник сплачує Страховику страховий платіж в строки та у розмірі, що передбачені Договором страхування.

7.6. Страхувальник має право вносити страховий платіж як готівкою, так і шляхом безготівкового розрахунку.

7.7. Валюта страхового платежу за Договором страхування визначається відповідно до законодавства України.

Страховальники-резиденти мають право вносити страхові платежі за Договором страхування лише у національній валюті України.

Страховальники-нерезиденти мають право вносити страхові платежі згідно з укладеними Договорами страхування у національній валюті України або в іноземній валюті у випадках, передбачених законодавством України.

Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.»

1.6. Назву розділу «8. ТЕРМІН ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ» Правил та пункти 8.1-8.2., 8.5 викласти у наступній редакції:

«8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ»

«8.1. Договір страхування укладається строком на 1 (один) рік, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.2. Договором страхування можуть бути передбачені періоди страхування, протягом яких в межах строку дії Договору страхування Страховик несе відповідальність за Договором страхування.»

«8.5. Договір страхування набуває чинності з моменту надходження першого страхового платежу на поточний рахунок або до каси Страховика, якщо інше не передбачено Договором страхування. При цьому відповідальність Страховика починає діяти за умови виконання Страховальником обов'язку щодо сплати страхового платежу (першого страхового платежу) у розмірі та у строки, передбачені Договором страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.5.1. Договором страхування може бути передбачено, що відповідальність Страховика починає діяти з 00 годин 00 хвилин календарної дати, наступної за датою надходження страхового платежу (першого страхового платежу) на поточний рахунок або до каси Страховика.

8.5.2. Моментом внесення страхового платежу (першого страхового платежу) при його сплаті готівкою вважається момент прийому страхового платежу (першого страхового платежу) до каси Страховика.

8.5.3. Моментом внесення страхового платежу (першого страхового платежу) при його сплаті в безготівковій формі вважається момент зарахування страхового платежу (першого страхового платежу) на розрахунковий рахунок Страховика.»

1.7. У розділі «9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ» Правил пункт 9.3 доповнити підпунктом 9.3.6 та викласти пункти 9.4, 9.9, 9.17 у наступній редакції:

«9.3.6. Обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику. Істотними є такі обставини, що можуть мати вплив на рішення Страховика щодо укладання Договору страхування взагалі або щодо укладання Договору страхування на погоджених із Страховальником умовах.

9.3.6.1. До обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику при укладанні Договору страхування належать наступні обставини:

1) Застрахована особа на дату укладання Договору страхування була визнана у встановленому законодавством порядку недієздатною, знаходилась на освідченні МСЕК, перебувала на обліку в наркологічних, психоневрологічних та інших диспансерах, хворіла на СНІД або була ВІЛ – інфікована, мала інвалідність будь-якої групи з будь-якої причини (категорію “дитина з інвалідністю” або “дитина з інвалідністю підгрупи А”), знаходилась на стаціонарному лікуванні, мала психічну хворобу або онкологічну хворобу.

2) Вид діяльності, професія Застрахованої особи.

3) Вік Застрахованої особи.

4) Інформація щодо всіх захворювань, що були виявлені у Застрахованій особі протягом її життя.

5) Інші обставини, передбачені Договором страхування та/або Заявою на страхування.

Страховальник несе відповідальність за достовірність і повноту відомостей, наданих ним при укладанні Договору страхування.»

«9.4. Якщо Страховальник письмово не повідомив Страховику при укладанні Договору страхування про обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику з наступного переліку: Застрахована особа на дату укладання Договору страхування була визнана у встановленому законодавством порядку недієздатною, знаходилась на освідченні МСЕК, перебувала на обліку в наркологічних, психоневрологічних та інших диспансерах, хворіла на СНІД або була ВІЛ – інфікована, мала інвалідність будь-якої групи з будь-якої причини (категорію “дитина з інвалідністю” або “дитина з інвалідністю підгрупи А”), знаходилась на стаціонарному лікуванні, мала психічну хворобу або онкологічну хворобу, або повідомив Страховику свідомо неправдиві відомості про такі обставини при укладанні Договору страхування, Договір страхування вважається не укладеним.»

«9.9. Страховик приймає рішення про укладання Договору страхування протягом 5 (п'яти) робочих днів після надходження письмової заяви Страховальника. Заповнення Страховальником заяви на страхування не зобов'язує Страховика та Страховальника укласти Договір страхування. До моменту укладення Договору страхування Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин відмови.»

«9.17. При укладанні Договору страхування Страховальник/Застрахована особа зобов'язаний надати Страховику повноваження на одержання будь-якої необхідної інформації та документів від третіх осіб (лікарів, закладів охорони здоров'я всіх видів, інших страхових організацій, інших третіх осіб), які надавали послуги Страховальнику/Застрахованій особі або володіють інформацією, яка стосується факту, причин та обставин настання та/або наслідків події, що може бути визнана страховим випадком, або володіють інформацією щодо стану здоров'я Страховальника/Застрахованої особи до укладання та під час дії Договору страхування, у тому числі відомостей, що становлять таємницю про стан здоров'я Страховальника та/або Застрахованої особи/ лікарську таємницю/ інформацію з обмеженим доступом/комерційну таємницю, а також надати Страховику згоду на отримання такої інформації від вказаних третіх осіб.»

1.8. У пункті 9.16 розділу «9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ» Правил та підпунктах 11.3.3, 11.3.4 пункту 11.3 розділу «11. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН» Правил слова «інформувати» та «повідомити» замінити словосполученнями «письмово інформувати» та «письмово повідомити» відповідно.

1.9. У розділі «10. УМОВИ ЗМІНИ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ» Правил підпункти 10.1.3, 10.1.4 пункту 10.1 та пункти 10.9 – 10.12 викласти у наступній редакції:

«10.1.3. несплати Страховальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки;

10.1.4. ліквідації Страховальника - юридичної особи або смерті Страховальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законом України «Про страхування».»

«10.9. Зміни та/або доповнення умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страховальника і Страховика на підставі письмової заяви однієї із сторін Договору страхування і оформлюються письмово шляхом укладання додаткового договору до Договору страхування, що є невід'ємною частиною Договору страхування.

10.10. Додатковий договір до Договору страхування повинен містити: назву документа; назву та адресу Страховика; прізвище, ім'я, по батькові або назву Страхувальника і його адресу; номер та дату укладення Договору страхування; зміни та/або доповнення до умов Договору страхування.

10.11. Додатковий договір до Договору страхування скріплюється підписами Страховика, Страхувальника (їх уповноважених представників) і засвідчується печаткою Страховика, а також Страхувальника (за наявності).

10.12. Якщо зміни та/або доповнення, внесені до Договору страхування, потребують внесення змін та/або доповнень до страхових полісів (страхових свідоцтв, сертифікатів), що були видані на ім'я Застрахованих осіб, Страховик у відповідності до Правил видає на ім'я цих Застрахованих осіб нові страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати) з урахуванням внесених змін та/або доповнень або укладає зі Страхувальником додаткові договори із зазначенням змін та/або доповнень, що вносяться до відповідних страхових полісів (страхових свідоцтв, сертифікатів).»

1.10. У розділі «11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН» Правил підпункти 11.4.3, 11.4.5, 11.4.10 пункту 11.4 викласти у наступній редакції:

«11.4.3. самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, при необхідності направляти запити у компетентні органи та іншим третім особам, які надавали послуги Страхувальнику/Застрахованій особі або володіють інформацією, про надання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та/або розмір заподіяної шкоди, у тому числі відомості, що становлять таємницю про стан здоров'я Страхувальника та/або Застрахованої особи/ лікарську таємницю/ інформацію з обмеженим доступом/ комерційну таємницю, направляти запити до Страхувальника/Застрахованої особи про надання документів та інформації (у тому числі додаткових пояснень), що підтверджують факт, причини та обставини страхового випадку та/або розмір заподіяної шкоди, у тому числі відомостей, що становлять таємницю про стан здоров'я Страхувальника та/або Застрахованої особи/ лікарську таємницю/ інформацію з обмеженим доступом/ комерційну таємницю;»

«11.4.5. відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті у випадках, передбачених п. 15.5 Правил;»

«11.4.10. у випадку зміни обставин, що істотно впливають на ступінь страхового ризику, вимагати від Страхувальника внесення додаткового страхового платежу, а у випадку відмови Страхувальника – вимагати дострокового припинення дії Договору страхування;»

1.11. Назву розділу «13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ» Правил, підпункт 13.2.1 пункту 13.2 та пункт 13.3 викласти у наступній редакції:

«13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ»

«13.2.1. Заява на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;»

«13.3. Договором страхування можуть бути передбачені інші документи, які Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язані надати Страховику для підтвердження настання страхового випадку та розміру збитків.»

1.12. У розділі «14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ» Правил пункти 14.1, 14.2 викласти у наступній редакції:

«14.1. Страхова виплата здійснюється шляхом оплати Страховиком медичному закладу або Асистансу вартості медичної допомоги, наданої медичним закладом Застрахованій особі за Договором страхування, або іншої допомоги, передбаченої Договором страхування.

14.2. Договором страхування може бути передбачена виплата страхової суми (її частини) безпосередньо Застрахованій особі, у випадку самостійної оплати нею медичної допомоги або іншої допомоги, передбаченої Договором страхування.»

1.13. Розділ «15. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ» Правил викласти у наступній редакції:

«15. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

15.1. Страховик приймає рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати в строк не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня одержання письмової Заяви на страхову виплату та всіх документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, його причини та обставини та розмір заподіяної шкоди (перелік таких документів наведено в розділі 13 Правил).

15.2. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати оформлюється Страховим актом, який складається Страховиком (або його уповноваженою особою) за формою, встановленню Страховиком.

15.3. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати, страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати відповідно до п. 15.1 Правил. Днем здійснення страхової виплати вважається день перерахування грошових коштів з поточного рахунку Страховика або день здійснення виплати із каси Страховика.

15.4. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє Страхувальника, Застраховану особу або Вигодонабувача про прийняте рішення в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови в строк не більше 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

15.5. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати у випадках, якщо:

15.5.1. У Страховика є сумніви в правомірності вимог на одержання Страхувальником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем страхової виплати або кваліфікації події “страховий випадок” або “не страховий випадок”, - до моменту отримання необхідних доказів, але не більше, ніж на 3 (три) місяці з дня отримання Заяви на страхову виплату та всіх необхідних документів, передбачених Договором страхування.

15.5.2. Якщо відповідними органами внутрішніх справ відносно Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача або за фактом події внесено відомості до Єдиного реєстру досудових розслідувань і ведеться розслідування обставин події або будь-яких неправомірних дій сторін при укладанні Договору страхування - не більше, ніж на строки, передбачені Кримінальним процесуальним кодексом України для досудового і судового закінчення розслідування і розгляду кримінального провадження.

15.5.3. Якщо Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач надав документи, які необхідні для прийняття рішення про здійснення страхової виплати, оформлені з порушенням діючих норм (відсутні номер, печатка або дата, наявність виправлень) або якщо такі документи містять недостовірну інформацію щодо часу, причин, обставин події та розміру заподіяної шкоди, - до усунення таких порушень, але не більше, ніж на 3 (три) місяці з дня отримання Заяви на страхову виплату та всіх необхідних документів, передбачених Договором страхування.

15.5.4. В інших випадках, передбачених Договором страхування, - не більше, ніж на 3 (три) місяці з дня отримання Заяви на страхову виплату та всіх необхідних документів, передбачених Договором страхування.

15.6. Якщо в період відстрочення прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати виявиться інша підстава для відстрочення прийняття рішення з переліку, передбаченого п. 15.5 Правил, Страховик має право застосувати таку підставу та загальний строк відстрочення прийняття рішення продовжується

на відповідні строки, передбачені п. 15.5 Правил.»

1.14. Додаток №1 до Правил викласти у новій редакції, що зазначена у Додатку №1 до цих Змін №1 до Правил.

2. Всі інші положення Правил залишаються незмінними.

Додаток №1

до Змін №1 до Правил добровільного медичного страхування (добровільного страхування здоров'я), зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 28.11.2013 р. за № 0313496

Додаток №1
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)

**БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ
З ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

1. Базові річні страхові тарифи з добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) наведено у Таблиці 1

Таблиця 1

**Базові річні страхові тарифи з добровільного медичного
страхування (безперервного страхування здоров'я)**

№ п/п	Опції, що можуть бути включені до Програми страхування	Річні страхові тарифи, % від страхової суми (лімітів відповідальності за опціями, що можуть бути включені до Програми страхування)
1	«Амбулаторно-поліклінічна допомога» відповідно до п.4.6.1. Правил	8,0
2	«Стаціонарна допомога» відповідно до п.4.6.2. Правил	4,0
3	«Швидка та невідкладна допомога» відповідно до п.4.6.3. Правил	1,0
4	«Стоматологічна допомога» відповідно до п.4.6.4. Правил	40,0
5	«Медикаментозне лікування» відповідно до п.4.6.5. Правил	5,0
6	«Вагітність та пологи» відповідно до п.4.6.6. Правил	75,0
7	«Реабілітаційно-оздоровча допомога» відповідно до п.4.6.7. Правил	20,0
8	Інші опції, передбачені Програмою страхування	1,0-40,0

2. Страховий тариф за Договором страхування для конкретної Застрахованої особи розраховується шляхом множення базового річного страхового тарифу на поправочні коефіцієнти.

3. Поправочні коефіцієнти застосовуються в залежності від факторів, що суттєво впливають на ступінь страхового ризику, та конкретних умов Договору страхування, зокрема:

Таблиця 2

Поправочний коефіцієнт	Діапазон значень
Вік Застрахованої особи	0,5 – 3,0
Вид діяльності, професія Застрахованої особи	0,8 – 2,5
Стан здоров'я Застрахованої особи	0,5 – 5,0
Місце проживання Застрахованої особи	0,8 – 2,0
Розмір та вид франшизи	0,5 – 1,0
Перелік страхових випадків	0,5 – 1,3

Розмір страхової суми	0,7 – 1,5
Кількість Застрахованих осіб при страхуванні групи осіб	0,2 – 1,0
Територія дії Договору страхування	0,6 – 2,0
Інші фактори, що впливають на ступінь страхового ризику	0,2 – 5,0

4. При укладанні Договору страхування строком до 1 (одного) року розмір страхового тарифу розраховується за одним із наступних методів (відповідно до умов Договору страхування та Програми страхування, передбаченої Договором страхування):

4.1. Шляхом застосування коефіцієнтів короткостроковості згідно з Таблицею 3 (коефіцієнт за неповний місяць застосовується при розрахунку як за повний місяць):

Таблиця 3

Строк дії Договору страхування, місяців										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт короткостроковості										
0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

4.2. Виходячи з розміру річного страхового тарифу на підставі розрахунку “pro rata temporis”:

$$K_p = K_o \times \frac{n}{365},$$

де

K_p – розрахунковий страховий тариф;

K_o – річний страховий тариф;

n – строк дії Договору страхування у днях;

365 – кількість днів у році.

5. Конкретний розмір страхового тарифу визначається у Договорі страхування за згодою сторін.

6. Норматив витрат на ведення справи встановлюється у розмірі не більше 65% від страхового тарифу. Конкретний розмір нормативу витрат на ведення справи зазначається у Договорі страхування.

Актуарій



Луць А.О.

Свідоцтво №01-024 від 10.01.2017

Прото, пронумеровано та скріплено печаткою

12 (дванадцять) аркушів

Голова Дирекції

Авдєєв С.О.

