

**ПрАТ
«УКРАЇНСЬКА АКЦІОНЕРНА
СТРАХОВА КОМПАНІЯ
АСКА»**



**Зміни до Правил добровільного страхування
медичних витрат шляхом їх викладення у новій
редакції:**

**«ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ»
(нова редакція)**

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Генеральний директор
 Приватна Українська акціонерна
 страхова компанія АСКА



О. Шукатко

2013 р.

**ПРАВИЛА
 ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ
 (нова редакція)**

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил Приватне акціонерне товариство "Українська акціонерна страхова компанія АСКА" (надалі Страховик) укладає договори добровільного страхування медичних витрат з юридичними та фізичними особами (надалі Страхувальниками).

1.2. Можливо укладення договору страхування третіх осіб. При цьому особа, стосовно якої укладено договір страхування, є Застрахованою.

1.3. Застрахованими згідно з цими Правилами можуть бути діти та підлітки віком від 1 до 18 років і фізичної особи у віці до 75 років.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані із здоров'ям та працездатністю Застрахованого.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Страховий ризик - певна подія, на випадок настання якої здійснюється страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

3.1.1. Страховими ризиками відповідно до цих Правил є наступні події:

- раптове захворювання Застрахованого або загострення хронічного захворювання Застрахованого;
- розлад здоров'я Застрахованого внаслідок нещасного випадку.

3.1.2. Захворювання, відповідно до цих Правил – стан організму, викликаний порушенням життєдіяльності у зв'язку з фізіологічними та структурними змінами, що виникли під впливом зовнішніх (крім вказаних в п. 3.1.3) та внутрішніх факторів (фізичних, хімічних, біологічних, соціальних, пов'язаних з уродженими дефектами).

3.1.3. Під нещасним випадком Страховик визнає раптові, непередбачувані події, включаючи протиправні дії третіх осіб, що супроводжуються пошкодженням тканин організму людини з порушенням їх цілісності та функцій, деформацією та порушенням опорно-рухового апарату, викликаними зовнішнім впливом. Нещасними випадками також визнаються випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, утоплення, анафілактичний шок, тепловий удар, опік, укуси тварин, обмороження, враження електричним струмом та блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками, недоброякісними продуктами харчування (за

винятком харчової токсикоінфекції), отруєння наркотичними, токсичними або іншими речовинами, якщо їх вплив на організм був пов'язаний з виконанням громадянського обов'язку.

3.1.4. Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованому) або іншій третій особі, яка призначена Страхувальником і може зазнати збитків в результаті настання страхового випадку (Вигодонабувачу).

3.1.5. Страховим випадком, відповідно до цих Правил є необхідність оплати Застрахованим медичних витрат щодо надання йому медичних послуг в межах переліку, передбаченого договором страхування, потреба в яких викликана його зверненням за станом здоров'я протягом строку дії договору в лікувальну установу при гострому захворюванні, загостренні хронічного захворювання, нещасних випадках за отриманням медичної допомоги.

Медична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на поліпшення стану здоров'я Застрахованого, запобігання захворювання, на ранню діагностику захворювань, допомога особам з травмами, гострими та хронічними захворюваннями і реабілітація хворих та інвалідів.

Медичні послуги, відповідно цих Правил – консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури.

3.1.6. Договором страхування може бути передбачена оплата медичних послуг, пов'язаних виключно із захворюваннями, зазначеними в договорі страхування.

3.2. Послуги, передбачені договором страхування, можуть організовуватися Страховиком або Сервісною компанією, з якою Страховик має договір про співробітництво.

Сервісна компанія - організація (установа), яка, згідно з чинним законодавством, має право надавати послуги з організації медичної допомоги, та з якою Страховик має договірні відносини щодо обслуговування договорів страхування медичних витрат в частині організації та фінансування медичної допомоги та медичних послуг в обсягах, передбачених договором страхування, та в межах страхової суми.

Страховик оплачує медичні, хірургічні, діагностичні та лікарняні витрати, витрати на консультації, витрати на медичне транспортування, пов'язані з лікуванням Застрахованого.

3.3. Договором страхування може бути передбачено оплату інших медичних витрат та надання інших послуг, що не суперечить чинному законодавству.

3.4. Не підлягають відшкодуванню витрати, пов'язані з наданням допомоги Застрахованому в наступних випадках:

3.4.1. Якщо страховий випадок відбувся в результаті умисного заподіяння Застрахованим шкоди своєму здоров'ю, у разі самогубства, замаху на самогубство.

3.4.2. Якщо страховий випадок відбувся під час керування Застрахованим будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або у зв'язку з передачею керування транспортним засобом особі, яка була у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або не мала прав водія транспортного засобу відповідної категорії.

3.4.3. Якщо витрати пов'язані з венеричними захворюваннями та захворюванням на СНІД.

3.4.4. Якщо витрати пов'язані з частковою або повною втратою працездатності у разі інтоксикації організму внаслідок вживання алкоголю, наркотичних або токсичних речовин (за винятком насильницького застосування даних речовин по відношенню до Застрахованого третіми особами).

3.4.5. Якщо витрати пов'язані з косметичною або пластичною хірургією.

3.4.6. Якщо витрати пов'язані з послугами, що не є обов'язковими для діагностики та лікування.

3.4.7. Якщо лікування здійснювалося родичами Застрахованого.

3.4.8. Якщо Застрахований або особа, яка представляє його інтереси, не повідомив Сервісну компанію або Страховика у термін, встановлений договором страхування про страховий випадок, що відбувся, та про витрати, понесені ним особисто. Це обмеження не стосується випадків, якщо за договором страхування було передбачено право Застрахованого на компенсацію витрат, які він міг здійснювати у зв'язку з настанням страхового випадку без

звернення до Сервісної компанії або до Страховика у межах, визначених у договорі страхування.

3.4.9. Якщо мала місце будь-яка евакуація або транспортування з однієї лікувальної установи до іншої, яка не організувалася Сервісною компанією або Страховиком (чи проведена без попереднього узгодження з Сервісною компанією або Страховиком).

3.4.10. Якщо страховий випадок відбувся в результаті участі Застрахованого в народних заворушеннях, повстаннях, бунтах, війнах, служби Застрахованого у будь-яких збройних силах або формуваннях.

3.4.11. Якщо страховий випадок відбувся в результаті занять Застрахованим професійним чи аматорським спортом, а також внаслідок участі Застрахованого у скачках, автогонках, катання на конях, лижах (в тому числі гірських), підводного плавання (в тому числі дайвінгу), занять альпінізмом, скелелазінням, гірським, пішим, водним або кінним туризмом тощо (за винятком випадку, коли в договорі страхування є спеціальне застереження «Спортивні заняття та активний відпочинок» із зазначенням видів спорту або занять).

3.4.12. Якщо страховий випадок відбувся при виконанні Застрахованим деяких видів робіт за наймом, за винятком випадків, коли в договорі страхування є спеціальне застереження «Праця за наймом». Перелік робіт, що вимагають спеціального застереження, вказаний у Додатку 1 до цих Правил.

3.4.13. Якщо витрати мали місце до дати початку дії договору страхування або після дати закінчення строку дії договору страхування та/або після повернення у країну постійного проживання.

3.4.14. Договором страхування може бути передбачено виключення конкретних захворювань, в залежності від стану Застрахованого.

4. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Строк дії договору страхування встановлюється за згодою сторін та зазначається в договорі страхування.

4.2. Договір страхування набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу в розмірі та в строк, передбачений договором страхування, якщо інший порядок вступу договору в силу не передбачено договором страхування.

4.3. Дія договору страхування припиняється в 24 години 00 хвилин дня, що визнається на підставі п. 11.1 цих Правил днем припинення дії договору.

4.4. Місце дії договору страхування встановлюється за згодою сторін, в залежності від місця перебування Застрахованого протягом дії договору страхування, та зазначається в договорі страхування.

4.5. Договором страхування можуть бути передбачені територіальні обмеження щодо пересування Застрахованої особи згідно з медичними показниками її стану здоров'я.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ ТА СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ

5.1. Страхова сума - грошова сума, у межах якої Страховик, відповідно до умов страхування, зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

5.2. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання договору страхування.

5.3. Страхові суми встановлюються окремо стосовно кожної Застрахованої особи або групи Застрахованих та визначаються в договорі страхування.

5.4. Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за певний період страхування.

5.5. Договором страхування може бути передбачена франшиза – частина збитку, що не відшкодовується Страховиком. Розмір франшизи визначається в договорі страхування.

5.6. Страховий тариф встановлюється в залежності від умов страхування, відомостей про стан здоров'я Застрахованого або на підставі освідчення стану здоров'я Застрахованого, в

залежності від віку Застрахованого, виду професійної діяльності, розміру франшизи, кількості Застрахованих.

5.7. Страхова премія (страховий внесок, страховий платіж) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування. Розмір страхової премії визначається в залежності від страхового тарифу, страхової суми, строку дії договору страхування.

5.8. Загальна сума страхових виплат за кожного Застрахованого протягом строку дії договору страхування не повинна перевищувати страхову суму, зазначену в договорі страхування.

5.9. Порядок сплати страхової премії та її розмір визначається у договорі страхування. Сума страхових виплат за кожну послугу з числа передбачених договором страхування не повинна перевищувати передбачених договором лімітів на цю послугу. Оплата страхової премії здійснюється у гривнях готівкою або за безготівковим розрахунком.

6. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування укладається на підставі усної або письмової заяви Страхувальника за формою, встановленою Страховиком.

6.2. Перед укладенням договору страхування Страховик має право проводити анкетування Застрахованого, а, при необхідності, й лікарське обстеження Застрахованого. У випадку, якщо за результатами анкетування оформлюється письмова Анкета, то вона разом з результатами медичного обстеження (якщо обстеження проводилося) стає невід'ємною частиною договору страхування.

6.3. При укладанні договору страхування (якщо Страхувальник – юридична особа) додається список Застрахованих з зазначенням щодо кожної особи страхової суми, страхового платежу.

6.4. Страхувальник має право укладати договір страхування третіх осіб (крім дітей у віці до 16 років) лише за їх згодою. При страхуванні неповнолітніх осіб необхідна письмова згода їх батьків або опікунів.

6.5. Факт укладання договору страхування посвідчується письмовим договором.

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

7.1. Страхувальник має право:

7.1.1. Ознайомитися з умовами страхування.

7.1.2. Укладати із Страховиком договір страхування власних медичних витрат або медичних витрат третіх осіб, які можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. У випадку, коли Страхувальник уклав договір страхування власних медичних витрат, він одночасно є й Застрахованим.

7.1.3. Вимагати в медичних установах, в які Застрахований направлений Страховиком у відповідності з укладеним договором страхування, надання кваліфікованої медичної допомоги. У випадку ненадання такої медичної допомоги Страхувальник (Застрахований) зобов'язаний сповістити про це Страховика, у порядку та строки визначені в договорі страхування.

7.1.4. До настання страхового випадку збільшити страхову суму, сплативши при цьому додаткову страхову премію. При цьому Страховик має право вимагати додаткового лікарського обстеження. Договір страхування на нових умовах починає діяти з 00 годин дня, наступного за днем оплати (при оплаті готівкою) або надходження на розрахунковий рахунок Страховика (при перерахуванні шляхом безготівкового розрахунку) додаткової страхової премії.

7.1.5. Здійснювати контроль за виконанням умов договору страхування.

7.1.6. Отримати дублікат договору страхування у випадку його втрати.

7.1.7. Отримати страхову виплату в межах страхової суми з урахуванням конкретних умов, зазначених в договорі страхування. Порядок виплати страхового відшкодування наведений в розділі 8 цих Правил.

7.1.8. Ініціювати внесення змін в умови договору страхування відповідно до розділу 10 цих Правил.

7.1.9. Ініціювати припинення договору страхування згідно з розділом 11 цих Правил.

7.1.10. При реорганізації Страхувальника – юридичної особи в період дії договору страхування його права та обов'язки за договором переходять зі згоди Страховика до правонаступника відповідно до чинного законодавства України.

7.2. Страхувальник зобов'язаний:

7.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі в розмірі та порядку, визначеному договором страхування.

7.2.2. При укладанні договору страхування надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику, а саме:

- про стан здоров'я Застрахованого, про попередні захворювання, операції, про захворювання близьких родичів Застрахованого (спадковість);
- статистичні дані про захворювання працівників, про умови праці, іншу інформацію на вимоги Страховика (якщо Страхувальник – юридична особа).

7.2.3. При укладанні договору страхування, а також в період його дії (до настання страхового випадку) повідомляти Страховику про інші діючі договори страхування, або договори, що укладаються, щодо об'єкта страхування, застрахованого за таким договором страхування.

7.2.4. В строк, передбачений умовами договору страхування, повідомити Страховику письмово про всі істотні зміни в прийнятому на страхування ризику, що сталися протягом строку дії договору страхування, а саме:

- зміну стану здоров'я Застрахованого;
- зміни умов праці;
- інші фактори, що зазначені в договорі страхування та узгодити з ним подальші дії щодо укладеного договору страхування.

7.2.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами договору страхування (прізвище, ім'я та по батькові Застрахованого, місце лікування, діагноз).

7.2.6. Ознайомити Застрахованих з умовами договору страхування.

7.2.7. Забезпечити зберігання документів, причетних до договору страхування.

7.3. При настанні випадку, що може бути визнаний страховим, Страхувальник (його представник) зобов'язаний:

7.3.1. При настанні події, у зв'язку з якою Страхувальник має намір звернутися до Страховика з заявою про виплату страхового відшкодування, Страхувальник зобов'язаний:

7.3.1.1. Звернутися до представника Страховика або Сервісної компанії, зазначеної в договорі страхування, за адресою або телефонами, зазначеними в договорі страхування, окрім випадку, коли необхідна екстрена медична допомога, та вказати:

- своє прізвище, ім'я, по-батькові;
- номер договору страхування, укладеного з ним;
- що він є клієнтом Страховика;
- своє місцезнаходження;
- причину звернення за медичною допомогою.

7.3.2. Фахівцями Страховика з урахуванням даних про стан здоров'я Застрахованого, отриманих за телефоном:

- надаються рекомендації стосовно подальших дій Застрахованого;
- проводиться оптимальний вибір медичної установи у відповідності з профілем патології;
- узгоджуються строки звернення в медичну установу;
- організовується надання екстреної медичної допомоги Застрахованому;
- вживаються інші заходи, передбачені умовами договору страхування.

7.3.3. При настанні страхового випадку, медична допомога в лікувальній установі надається Застрахованому на підставі подання ним направлення від Страховика, а у випадках екстреної госпіталізації – на підставі договору страхування та документа, що посвідчує особистість Застрахованого.

7.3.4. Для отримання медичної допомоги Застрахований звертається в лікувальні установи, що зазначені в договорі страхування, якщо договором страхування не передбачено інше.

7.4. Страховик має право:

7.4.1. Встановлювати розмір та порядок сплати страхової премії.

7.4.2. Перевіряти правдивість інформації, повідомленої йому Страхувальником (Застрахованим).

7.4.3. Запитувати у Страхувальника інформацію про зміни обставин, що мають значення для оцінки імовірності настання страхового випадку.

7.4.4. При вирішенні питання про направлення на лікування Застрахованого запитувати у нього (його представників) додаткові документи.

7.4.5. Вжити заходів щодо збору інформації про стан здоров'я Застрахованого, сповістивши його про те, якого роду відомості будуть з'ясовуватися.

7.4.6. При підвищенні ступеня ризику видавати Страхувальнику відповідні письмові рекомендації або ініціювати внесення змін в цей Договір. Якщо Страхувальник у зазначений строк не повідомив про зміну ступеня ризику, не виконав отриманих рекомендацій Страховика або відмовився прийняти зміни в договір страхування, ініційовані Страховиком у зв'язку зі зміною ступеня ризику, то при настанні страхового випадку Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування, якщо на настання страхового випадку вплинуло або могло вплинути збільшення ступеня страхового ризику, про яке Страхувальник не повідомив Страховику або в зв'язку з яким Страхувальник не виконав рекомендацій Страховика або відмовився внести зміни в договір страхування, якщо це передбачено договором страхування.

7.4.7. Самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку.

7.4.8. Вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для встановлення факту, причин та обставин страхового випадку і визначення розміру страхової виплати, включаючи відомості, що представляють комерційну таємницю.

7.4.9. При необхідності направляти запит у компетентні органи про надання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причини і обставини настання страхового випадку.

7.4.10. Відстрочити виплату страхового відшкодування при необхідності додаткової перевірки обставин страхового випадку на строк встановлений договором страхування з дати отримання документів, необхідних для здійснення страхової виплати з числа зазначених в п. 8.2.4 цих Правил. Якщо відповідними органами внутрішніх справ порушено кримінальну справу проти Страхувальника або його представників, та ведеться розслідування обставин, що спричинили настання страхового випадку, то страхове відшкодування не виплачується до закінчення розслідування або винесення вироку суду, що набув законної сили.

7.4.11. Відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках, зазначених у п. 9 цих Правил, або у випадку невиконання Страхувальником обов'язків, передбачених пп. 7.2, 7.3.1 цих Правил, якщо це передбачено договором страхування, та у випадках, передбачених чинним законодавством України.

7.4.12. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика.

7.5. Страховик зобов'язаний:

7.5.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

7.5.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику (Застрахованому) або медичним та іншим закладам, що надавали відповідні послуги.

7.5.3. При визнанні випадку страховим здійснити виплату страхового відшкодування протягом 15 робочих днів (якщо інше не передбачено в договорі страхування) з дня складання Страхового акту. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованому) неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування.

7.5.4. При відмові або відстрочці виплати страхового відшкодування письмово повідомити про це Страхувальника (Заявника) протягом 15 робочих днів після отримання заяви на виплату

та необхідних документів (якщо інше не передбачено в договорі страхування) з мотивованим обґрунтуванням причин відмови або відстрочки.

7.5.5. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника, Застрахованого та їх майновий стан, що стали відомі Страховику в процесі укладення та протягом строку дії договору страхування, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату у відповідності з умовами договору страхування шляхом оплати фактичних витрат на надання медичних послуг та допомоги Застрахованому в межах страхової суми та в обсягах, передбачених договором страхування, на підставі заяви Страхувальника (Застрахованого, іншої особи, визначеної умовами договору страхування) і страхового акта, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

8.2. Страхова виплата може здійснюватися:

8.2.1. Лікувальній установі. Лікувальна установа, згідно з умовами договору між лікувальною установою та Страховиком, сповіщає Страховика про настання страхового випадку протягом 24 годин, якщо інше не передбачене конкретним договором з лікувальною установою.

8.2.2. Застрахованому, у разі придбання ліків за рахунок Застрахованого, у зв'язку з тимчасовою відсутністю необхідних ліків в лікувальній установі, Страховик відшкодовує Застрахованій особі вартість цих ліків.

8.2.3. Сервісній компанії, яка організує надання послуг.

8.2.4. Страхове відшкодування здійснюється на підставі наступних документів:

-заяви на виплату з описом обставин страхового випадку за формою, встановленою Страховиком;

-договір страхування;

-документи лікувальної установи, що підтверджують факт настання страхової події та вартість лікування. У документах повинні бути вказані прізвище, ім'я по-батькові хворого, найменування захворювання, інформація про кожний окремих вид лікування із зазначенням дат, строків і вартості медичних послуг та допомоги;

-оригінали рахунків.

8.3. Страхова виплата здійснюється у гривнях протягом 15 днів з дня складання Страховиком Страхового акту, якщо інше не передбачено умовами договору страхування. Страховий акт складається протягом однієї доби з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у договорі страхування. У випадку, якщо наданих документів недостатньо для підтвердження факту настання страхового випадку, визначення причин та обставин його настання, а також розміру витрат, Страховик письмово повідомляє Заявника на виплату про необхідність проведення додаткового розслідування обставин страхового випадку та надання інших документів та/або інформації, необхідних для виплати. При цьому Страховик може самостійно направляти запити до компетентних органів про представлення відповідних документів та інформації. Строк складання Страхового акту при цьому продовжується до моменту отримання такої інформації.

8.4. Страховик приймає рішення про відмову або відстрочку страхової виплаті протягом 15 робочих днів після отримання всіх необхідних документів. При відмові або відстрочці страхової виплаті Страховик повідомляє про це Застрахованого (особу, яка представляє його інтереси, або особу, яка зазнала витрат) в письмовій формі протягом того ж строку з мотивованим обґрунтуванням причин відмови або відстрочки.

8.5. Загальна сума страхових виплат за всіма страховими випадками, що трапилися під час дії договору страхування з одним Застрахованим, не може перевищувати страхової суми, встановленої для цього Застрахованого.

8.6. Страхова сума за договором страхування, за яким були здійснені страхові виплати, зменшується на суму цих виплат.

9. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

9.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті можуть бути:

9.1.1. Навмисні дії Страхувальника, Застрахованого (його представника), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського або службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Застрахованого або особи, яка є його представником, встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

9.1.2. Якщо страховий випадок відбувся в результаті скоєння Застрахованим протиправних дій або умисного злочину, що призвів до страхового випадку. Кваліфікація дій Застрахованого встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

9.1.3. Надання Страхувальником, Застрахованим (його представником) Сервісній компанії або Страховику свідомо неправдивих документів або відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку.

9.1.4. Отримання Страхувальником, Застрахованим (його представником) повного відшкодування своїх витрат від особи (осіб) або від імені особи (осіб), відповідальної (відповідальних) за заподіяння збитків.

9.1.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником, Застрахованим (його представником) Сервісної компанії або Страховика про настання страхового випадку без поважних причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

9.1.6. Інші випадки, передбачені законодавством України або договором страхування.

9.2. У випадку, якщо про обставини, зазначені в п. 9 цих Правил, Страховику стало відомо після здійснення страхової виплати, то він має право вимагати від особи, що одержала страхову виплату, повернення виплаченого відшкодування або його частини.

10. ВНЕСЕННЯ ЗМІН В ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ

10.1. Зміни умов договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника і Страховика на підставі письмової заяви однієї з сторін протягом п'яти днів з моменту отримання заяви іншою стороною, якщо інше особливо не зазначено в договорі страхування.

10.2. Якщо будь-яка зі сторін не згодна на внесення змін в договір страхування, в той же строк (п. 10.1 цих Правил), вирішується питання про дію договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

10.3. З моменту отримання заяви однією зі сторін до моменту прийняття рішення, що впливає з пп. 10.1 та 10.2 цих Правил, договір страхування продовжує діяти на попередніх умовах.

10.4. Всі зміни в договір страхування вносяться за взаємною згодою сторін та оформлюються Додатковими угодами в письмовій формі. Додаткова угода стає невід'ємною частиною договору страхування з моменту її підписання.

11. ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Дія договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

11.1.1. Закінчення строку дії договору страхування.

11.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

11.1.3. 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 десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору.

11.1.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями Законом України; ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

11.1.5. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

11.1.6. В інших випадках, передбачених законодавством України.

11.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування. Дія договору особистого страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України.

Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

11.3. У разі дострокового припинення дії договору страхування, за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

11.4. У разі дострокового припинення договору страхування, за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

12.1. Спори за договором страхування між Страхувальником та Страховиком вирішуються шляхом переговорів. Якщо переговори по спірним питанням не дадуть результату, вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

13. ОСОБЛИВІ УМОВИ

13.1. Цими Правилами встановлено основні умови добровільного страхування медичних витрат, однак, за домовленістю сторін у договір страхування можуть бути внесені застереження, доповнення та зміни, виходячи з конкретних умов страхування, що не погіршують становище Страхувальника порівняно з основними положеннями цих Правил та відповідають Закону України "Про страхування", «Цивільному кодексу України» та іншим законодавчим актам України.

13.2. Договором страхування можуть бути передбачені умови, за якими сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх обов'язків за договором страхування, зокрема, форс-мажорні обставини:

13.2.1. Під форс-мажорними обставинами розуміються обставини нездоланної сили, на які сторона не може впливати і за виникнення яких не несе відповідальності, такі як: стихійні явища, війна, бойові дії, суспільні безладдя, державний переворот, а також рішення і дії органів державної влади, якщо такі обставини можуть призвести до об'єктивної неможливості для сторін (сторони) виконати свої зобов'язання за договором страхування.

13.2.2. Сторона, для якої створилась неможливість виконання зобов'язань за договором страхування, повинна не пізніше 10 робочих днів з моменту настання форс-мажорних обставин (якщо інше не передбачено договором страхування), сповістити іншу сторону про настання і

припинення обставин, що перешкоджають виконанню зобов'язань за договором страхування. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення про настання чи припинення форс-мажорних обставин позбавляє сторону права посилаючись на них.

13.2.3. У випадку виникнення форс-мажорних обставин, строк дії та виконання зобов'язань відсувається відповідно до часу, протягом якого діяли такі обставини.

13.2.4. Якщо форс-мажорні обставини діють протягом 3 (трьох) послідовних місяців, кожна зі сторін буде мати право відмовитися від подальшого виконання зобов'язань за договором страхування, без права відшкодування можливих збитків.

13.2.5. Свідоцтво, видане торгівельно-промисловою палатою України або іншими компетентними органами, є достатнім підтвердженням наявності і тривалості форс-мажорних обставин або інших передбачених договором страхування умов, за якими сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх обов'язків за договором страхування.

13.3. Якщо інше не передбачено договором страхування, при продовженні (безперервному переукладенні) договору добровільного страхування медичних витрат без зміни Застрахованої особи за тими ж самими програмами на наступний строк може бути надана знижка в розмірі до 10% від страхової премії (але сумарно не більше 50%), якщо протягом строку дії попереднього договору не було страхових виплат.

Додаток №1**до Правил добровільного
страхування медичних витрат
(нової редакції) 1403.1****ПЕРЕЛІК РОБІТ, ЩО ВИМАГАЮТЬ СПЕЦІАЛЬНОГО ЗАСТЕРЕЖЕННЯ У
ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ**

Професія	- льотчики, члени екіпажів повітряних і морських суден, шахтарі, особи, зайняті у важкій, нафтовій, газовій та нафтопереробній промисловості (за винятком «білих комірців»), водолази, робітники лісного господарства, поліцейські, пожежні, професійні спортсмени; - водії, постачальники (кур'єри), вартові, двірники, охоронці, робітники фізичної праці.
----------	---

Додаток №2

до Правил добровільного
страхування медичних витрат
(нової редакції) 1403.1

Страхові тарифи

Страхові випадки	Базовий розмір річного страхового тарифу (вказано в % від страхової суми)
Раптове захворювання Застрахованого або загострення хронічного захворювання Застрахованого; розлад здоров'я Застрахованого внаслідок нещасного випадку	2
Коефіцієнт коригування базового страхового тарифу в залежності від ступеня ризику	0,05 - 7

При укладанні короткострокових договорів страхування (на строк менше 1 року) коефіцієнт короткостроковості визначається наступним чином:

Строк страхування, у місяцях	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнти	0.20	0.35	0.50	0.60	0.65	0.70	0.75	0.80	0.85	0.90	0.95	1.00

При цьому неповний місяць приймається за повний.

При укладанні договорів страхування на строк до 1 місяця страховий тариф може бути встановлений пропорційно кількості днів дії договору страхування.

Норматив витрат на ведення справи встановлюється у розмірі до 40 % від суми страхових платежів та зазначається в договорі страхування.

Актуарій



Я. В. Яценко
(Свідоцтво №01-008 від 02.02.2012)

Прочитано та проаналізовано
Генеральний директор ПАТ «АСКО»
«26» листопада 2013 р.

НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ, ЩО ЗДІЙСНЮЄ
ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИМКІВ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Тетяна Наумовична
Найменування посади

Т. Візирів
Прізвище, ініціали

Підпис

2 1 1 3 5 4 4
Регістраційний номер

26.11.2013
Дата



[Handwritten signature]