

« 05 » листопада 2007 р.

ПРАВИЛА

добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (далі по тексту - Правила) Закрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Гарант - Система» (далі по тексту - Страховик) укладає договори страхування здоров'я на випадок хвороби (далі по тексту – Договори страхування) з юридичними особами та дієздатними фізичними особами (далі по тексту - Страхувальники).

1.2. У цих Правилах застосовуються наступні основні терміни:

Договір страхування – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування (надати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

Застрахована особа - фізична особа, про страхування здоров'я на випадок хвороби якої укладений Договір страхування.

Застрахованими особами можуть бути особи у віці до 80 років, якщо інше не передбачено відповідними Програмами страхування (згідно з Додатком №1 до цих Правил) та Договором страхування.

Якщо Страхувальником укладено Договір про страхування власного здоров'я на випадок хвороби, то він одночасно є і Застрахованою особою.

Страхувальники можуть укладати Договори про страхування третіх осіб (застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

1.3. Не укладаються Договори страхування відносно осіб, що мають встановлену групу інвалідності та/або знаходяться під диспансерним наглядом в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних диспансерах чи інших лікувально-профілактичних закладах незалежно від місця мешкання, якщо інше прямо не обумовлено Договором страхування. Укладання Договорів про страхування зазначених осіб може здійснюватися лише на умовах сплати страхового платежу за підвищеним тарифом.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ

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

3.2. За цими Правилами страховим ризиком є захворювання Застрахованої особи, яке входить до одного з класів хвороб, визначених відповідно до класифікації хвороб, встановлених згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб 10-ого перегляду МКХ-10, прийнятою 43-ю Всесвітньою Асамблеєю охорони здоров'я, та стани Застрахованої особи, які свідчать про розлад її здоров'я.

№ з/п	Класи хвороб за МКХ-10
1	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби
2	Новоутворення
3	Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення, що залучують імунний механізм
4	Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин
5	Хвороби нервової системи
6	Хвороби ока та придаточного апарату
7	Хвороби вуха та соскоподібного відростку
8	Хвороби кровообігу
9	Хвороби органів дихання
10	Хвороби органів травлення
11	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини
12	Хвороби кістково-м'язевої системи та з'єднувальної тканини
13	Хвороби сечостатевої системи
14	Вагітність, пологи та післяпологовий період
15	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що були виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках МКБ-10
16	Травми, отруєння та деякі інші наслідки впливу зовнішніх причин

3.3. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась із настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

3.4. За цими Правилами страховий випадок визначається в кожній Програмі страхування (Додаток № 1 до цих Правил).

3.5. Страховий випадок вважається таким що настав, якщо захворювання діагностовано під час дії Договору страхування та належним чином підтверджене документами лікувально-профілактичних закладів, що оформлені відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я України та чинного законодавства.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

4.1. Страхуваними випадками не визнаються, якщо інше не передбачено Договором страхування та відповідною Програмою страхування, згідно з якою укладено Договір страхування:

4.1.1. хвороба, на яку Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договору страхування;

4.1.2. загострення та ускладнення захворювань, що мають хронічний перебіг, на які Застрахована особа була хвора на час укладення Договору страхування;

4.1.3. вади розвитку та аномалії розвитку;

4.1.4. хвороби Застрахованої особи онкологічного, психіатричного, алергологічного, стоматологічного, дерматовенерологічного, сексопатологічного, проктологічного, ортопедичного, наркологічного профілю та фізіатрія;

4.1.5. захворювання на інфекційні та паразитарні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом на протязі першого місяця після набуття чинності Договору страхування;

4.1.6. вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), синдром набутого імунодефіциту (СНІД), незалежно від терміну їх діагностики, та герпес-вірусна інфекція;

4.1.7. венеричні захворювання та захворювання, що передаються статевим шляхом;

4.1.8. захворювання, які пов'язані з епідеміями та потребують комплексу карантинних заходів, щеплень, введення сироваток та анатоксинів;

4.1.9. кардіохірургія, торакальна хірургія (за виключенням випадків надання медичної допомоги в ургентному порядку), офтальмохірургія та хірургічна корекція, нейрохірургічні реконструктивні та відновлювальні операції, нейроонкологічні хірургічні втручання, операції з приводу неврологічних проявів остеохондрозу, судинна нейрохірургія, реконструктивні та відновлювальні операції у травматології;

4.1.10. трансплантація внутрішніх органів, ендопротезування, придбання та використання протезів;

4.1.11. пластичні та косметологічні операції, які спрямовані на покращення зовнішності та їх наслідки;

4.1.12. хвороби ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлений медичним закладом на протязі перших трьох місяців після набуття чинності Договору страхування;

4.1.13. хвороби гінекологічного профілю, які пов'язані з абортами, вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності, якщо діагноз позаматкової вагітності встановлено не раніше ніж через три місяця з дня набуття чинності договору страхування, ендокринна гінекологія, жіноче та чоловіче безпліддя;

4.1.14. захворювання на цукровий діабет I та II типів, у стадії субкомпенсації та декомпенсації, що потребує інсулінотерапії;

4.1.15. захворювання, що потребують санаторно-курортного лікування та витрати, які пов'язані з таким лікуванням;

4.1.16. гемобластози, гемофілія, хвороба Віллебранда і Шенляйна-Геноха.

4.2. Страхуваними випадками не визнаються захворювання, які настали внаслідок:

4.2.1. вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин та медичних препаратів без призначення лікаря (за виключенням випадків насильницького введення таких речовин Застрахованому третіми особами), що призвели до настання страхового випадку;

4.2.2. навмисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень;

4.2.3. скоєння Застрахованою особою навмисного злочину або інших протиправних дій;

4.2.4. самогубства або спроби самогубства, крім випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

4.2.5. військових дій, повстань, громадських безладів, стачок, ядерного вибуху, а також дії радіоактивного випромінення, природних явищ, катаклізмів та інше;

4.2.6. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного сп'яніння, під дією токсичних або наркотичних речовин, без водійських прав відповідної категорії, а також добровільної передачі керування транспортним засобом особі, що знаходиться у стані алкогольного сп'яніння, під дією токсичних або наркотичних речовин, а також передачі керування особі, яка не має водійських прав відповідної категорії;

4.2.7. кримінального аборту.

4.3. Страховими випадками не є виробничі травми та професійні захворювання, лікування яких відшкодовується за рахунок коштів підприємства (відповідно до Закону України „Про охорону праці”), якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

4.4. Умовами Договору страхування може бути передбачено включення окремих випадків, зазначених у розділі 4 цих Правил як страхових, при умові сплати додаткового страхового платежу.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ

5.1. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

5.2. Розмір страхової суми та розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між Страхувальником та Страховиком під час укладання Договору страхування.

5.3. Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору страхування в цілому.

6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ, СТРОКИ ТА ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ

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

6.2. Страхові тарифи розраховуються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою Сторін.

6.3. Розміри страхових тарифів зазначено у Додатку №1 до цих Правил.

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

6.5. Розмір страхового платежу визначається залежно від розміру страхової суми на підставі страхових тарифів, передбачених для кожної Програми страхування.

6.6. Страховий платіж сплачується одноразово або частинами у строки, які визначаються Договором страхування.

6.7. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою в касу Страховика, або використати безготівкові форми розрахунків.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування здоров'я на випадок хвороби укладається на строк до 1 року, якщо інше не передбачено відповідними Програмами страхування (згідно з Додатком №1 до цих Правил) та/або Договором страхування.

7.2. Підставою для укладення Договору страхування є заява Страхувальника. У разі, коли Страхувальником є юридична або фізична особа, яка бажає одночасно застрахувати декількох осіб, до заяви додається список Застрахованих осіб. У цьому разі список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування.

При поданні заяви на укладення Договору страхування, Страхувальник повинен надати інформацію, яку вимагає Страховик, щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування здоров'я якої укладається Договір. Страховик може вимагати медичного освідчення особи, про страхування здоров'я якої укладається Договір.

Страхувальник може укласти Договір страхування третьої особи – Застрахованої особи лише за її згодою.

7.3. Договір страхування складається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться (по одному примірнику) у кожній із сторін.

7.4. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

7.5. Місцем дії Договору страхування є територія України (або зазначені у Договорі страхування область, місто, селище тощо), якщо інше не передбачено Договором страхування.

8. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Будь-які зміни до умов Договору страхування вносяться лише за письмовою згодою сторін.

8.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за два тижні до запропонованого терміну внесення змін.

8.3. Зміни до умов Договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого Договору страхування.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страховик зобов'язаний:

9.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

9.1.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

9.1.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;

9.1.4. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору.

9.1.5. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування;

9.1.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

9.2. Страховик має право:

9.2.1. при укладенні Договору страхування запросити у Страхувальника документи, які необхідні для оцінки страхового ризику;

9.2.2. під час укладення Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження особи, про страхування здоров'я якої укладається Договір, та за результатами обстеження приймати рішення щодо укладення Договору страхування;

9.2.3. достроково припинити дію Договору страхування відповідно до умов Договору та цих Правил, якщо Страхувальник надав неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладення Договору страхування;

9.2.4. за домовленістю із Страхувальником внести зміни до умов діючого Договору страхування відповідно до умов розділу 8 цих Правил;

9.2.5. перевіряти надану Страхувальником інформацію;

9.2.6. надсилати запити до компетентних органів про надання інформації, необхідної для з'ясування причин та обставин настання страхового випадку;

9.2.7. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених чинним законодавством, а саме у випадках:

- навмисних дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямованих 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;
- вчинення Страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;
- подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

- несвоєчасного повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- в інших випадках, передбачених законом.

Умовами Договору страхування також можуть бути передбачені інші підстави для відмови у страховій виплаті, враховуючі умови відповідних Програм страхування згідно з якими укладено Договір страхування.

9.3. Страхувальник зобов'язаний:

9.3.1. своєчасно вносити страхові платежі;

9.3.2. при укладенні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

9.3.3. при укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмету Договору страхування;

9.3.4. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

9.4. Страхувальник має право:

9.4.1. при укладенні Договору страхування призначити фізичних або юридичних осіб для одержання страхової виплати при настанні страхового випадку (Вигодонабувача(-ів)) за згодою Застрахованої особи, а також замінювати їх до настання страхового випадку;

9.4.2. достроково припинити дію Договору страхування відповідно до умов Договору страхування та цих Правил;

9.4.3. за домовленістю із Страховиком внести зміни до умов діючого Договору страхування відповідно до умов розділу 8 цих Правил;

9.4.4. на отримання страхової виплати відповідно до умов Договору страхування.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страхувальника.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. При настанні страхового випадку, визначеного Договором страхування згідно з обраною Програмою страхування, Страхувальник або Застрахована особа повинні повідомити про це Страховика протягом 5-ти робочих днів, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, з моменту, коли в нього з'явилась можливість це зробити, будь-яким засобом, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення. Якщо Страхувальник не є Застрахованою особою, цих заходів повинна вжити Застрахована особа. У разі смерті Застрахованої особи цих заходів повинен вжити Вигодонабувач або спадкоємці Застрахованої особи.

10.2. Протягом строку, визначеного Договором страхування, надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. Для одержання страхової виплати при настанні страхових випадків, визначених Договором страхування, Страхувальник, Застрахована особа або інша особа, призначена у Договорі страхування одержувачем страхової виплати, повинна подати Страховику документи за наступним переліком:

11.1.1. заява на страхову виплату;

11.1.2. Договір страхування;

11.1.3. документи, які підтверджують факт настання страхового випадку, а саме:

- виписка з медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого (форма №027/о);
- листок лікарських призначень (форма №003-4/о);
- лікарняний лист;
- документ, що підтверджує порядок госпіталізації (при госпіталізації бригадою швидкої медичної допомоги надати ксерокопію супровідного листка станції медичної допомоги (форма №114/о); при самозверненні – ксерокопію акту самозвернення, що завірений підписом та особистою печаткою лікаря; при направленні у плановому порядку – направлення на планову госпіталізацію);
- та інші, що видані лікувально-профілактичними закладами;

11.1.4. документ, що посвідчує особу, а також довідку про присвоєння індивідуального податкового номеру.

11.2. Для одержання страхової виплати при настанні страхового випадку – смерть Застрахованої особи, внаслідок випадків, визначених Договором страхування, Вигодонабувач (якщо Вигодонабувача не було призначено або він помер – спадкоємці Застрахованої особи) надає Страховику наступні документи:

11.2.1. заява на страхову виплату.

11.2.2. Договір страхування.

11.2.3. документи, які підтверджують факт настання страхового випадку, а саме:

- виписка з медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого (форма №027/о);
- листок лікарських призначень (форма №003-4/о);
- лікарняний лист;
- документ, що підтверджує порядок госпіталізації (при госпіталізації бригадою швидкої медичної допомоги надати ксерокопію супровідного листка станції медичної допомоги (форма №114/о); при самозверненні – ксерокопію акту самозвернення, що завірений підписом та особистою печаткою лікаря; при направленні у плановому порядку – направлення на планову госпіталізацію);
- лікарське свідоцтво про смерть (форма № 106/о-95) або корінець лікарського свідоцтва про смерть до форми № 106/0-95;
- документ, що підтверджує право на спадщину (для спадкоємців Застрахованої особи за законом);
- інші документи, що видані лікувально-профілактичними закладами.

11.2.4. документ, що посвідчує особу, а також довідку про присвоєння індивідуального податкового номеру.

11.3. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені додаткові документи, які необхідно надати для одержання страхової виплати у разі настання страхового випадку.

12. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Здійснення страхових виплат проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи або осіб, визначених умовами Договору страхування) і страхового акта, який складається Страховиком.

12.2. В разі настання страхового випадку страхова виплата здійснюється на протязі 10-ти робочих днів з дня складення страхового акту та прийняття рішення щодо проведення страхової виплати у відповідності до умов Договору страхування.

12.3. Умовами Договору страхування може бути передбачена страхова виплата, яка здійснюється шляхом оплати наданих Застрахованій особі, в зв'язку з захворюванням, платних медичних послуг в межах суми, яка належить до виплати з приводу цього захворювання, за письмовим розпорядженням Застрахованої особи про оплату медичних послуг Страховиком, оформленим згідно чинного законодавства України.

12.4. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, то її права та обов'язки за договором страхування здійснюють її батьки або опікуни.

12.5. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої в Договорі страхування для цієї Застрахованої особи.

12.6. При настанні смерті Застрахованої особи розмір виплати становить 100% страхової суми з вирахуванням раніше проведених виплат по цій Застрахованій особі.

12.7. Належна страхова виплата виплачується Страховиком через свою касу або в безготівковому порядку відповідно до бажання особи, яка одержує виплату, що визначається у заяві про виплату.

12.8. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасно проведену страхову виплату шляхом сплати пені за кожний день затримки такої виплати, що сталася з його вини. Розмір пені визначається умовами Договору страхування.

13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

13.1. Рішення про виплату або відмову у страховій виплаті Страховик приймає протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання усіх, передбачених цими Правилами необхідних документів. Рішення про відмову у виплаті повідомляється Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу) у письмовій формі протягом 5-ти робочих днів з дня прийняття такого рішення з обґрунтуванням причин відмови.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

14.1.1. закінчення строку дії;

14.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

14.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування 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;

14.1.4. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування" ;

14.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

14.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

14.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

14.1.8. смерті Застрахованої особи. Якщо Договір страхування було укладено про страхування здоров'я на випадок хвороби декількох осіб одночасно, то у разі смерті однієї Застрахованої особи Договір припиняє дію тільки відносно цієї особи.

14.2. 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.

14.3. 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.

14.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає Страхувальнику фактично сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум (страхових виплат), що були здійснені за цим Договором страхування.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

14.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум (страхових виплат), що були здійснені за цим Договором страхування.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори, пов'язані із страхуванням, вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

I. ПРОГРАМА «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН »

1. Застрахованими особами можуть бути особи у віці до 80-ти років.

2. За цією Програмою страховим випадком є:

2.1. Гостре захворювання Застрахованої особи:

- терапевтичного профілю за розділами: кардіологія, гастроентерологія, пульмонологія, ендокринологія, гематологія, нефрологія, ревматологія, інфекційні та паразитарні хвороби;
- неврологічного профілю;
- хірургічного профілю;
- нейрохірургічного профілю;
- офтальмологічного профілю;
- урологічного профілю;
- гінекологічного профілю;
- травматологічного профілю,

яке вимагає амбулаторного лікування не менше 6-ти днів або стаціонарного лікування не менше 2-х днів, діагностовано під час дії Договору страхування та належним чином підтверджене документами лікувально-профілактичних закладів, що оформлені відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я та діючого законодавства України.

2.2. Вперше виявлене хронічне захворювання Застрахованої особи, при умові, що воно виявлене під час дії договору страхування, потребує амбулаторного лікування не менше 14-ти днів або стаціонарного лікування не менше 3-х днів та належним чином підтверджене документами лікувально-профілактичних закладів, що оформлені відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я та діючого законодавства України.

3. Договором страхування може бути встановлено конкретний перелік хвороб, на випадок настання яких проводиться страхування.

II. ПРОГРАМА «СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН »

1. Застрахованими особами можуть бути особи у віці до 80-ти років.

2. За цією Програмою страховим випадком є:

2.1. Гостре захворювання Застрахованої особи:

- терапевтичного профілю за розділами: кардіологія, гастроентерологія, пульмонологія, ендокринологія, гематологія, нефрологія, ревматологія, інфекційні та паразитарні хвороби;
- неврологічного профілю;
- хірургічного профілю;
- нейрохірургічного профілю;
- офтальмологічного профілю;
- урологічного профілю;
- гінекологічного профілю;
- травматологічного профілю,

яке вимагає амбулаторного лікування не менше 6-ти днів або стаціонарного лікування не менше 2-х днів, діагностовано під час дії Договору страхування та належним чином підтверджене документами лікувально-профілактичних закладів, що оформлені відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я та діючого законодавства України.

2.2. Вперше виявлене хронічне захворювання Застрахованої особи, при умові, що воно виявлене під час дії договору страхування, потребує амбулаторного лікування не менше 14-ти днів або стаціонарного лікування не менше 3-х днів та належним чином підтверджене документами лікувально-профілактичних закладів, що оформлені відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я та діючого законодавства України.

2.3. Встановлення групи інвалідності Застрахованій особі внаслідок захворювань, які передбачені пп. 2.1 та 2.2 цієї Програми, що належним чином підтверджено документами лікувально-профілактичних закладів, які оформлені відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я та діючого законодавства України.

2.4. Ненасильна смерть Застрахованої особи, раптова (нагла) та/або миттєва за родом, яка настала внаслідок будь-яких хвороб, що передбачені пп. 2.1 - 2.3 цієї Програми, факт якої належним чином підтверджений документами компетентних органів та лікувально-профілактичних закладів, що оформлені відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я та діючого законодавства України.

3. Договором страхування може бути встановлено конкретний перелік хвороб, на випадок настання яких проводиться страхування.

СТРАХОВІ ТАРИФИ ЗА ПРОГРАМОЮ «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН» ТА ПРОГРАМОЮ «СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН»

1. Базові річні страхові тарифи (у % від страхової суми) розраховуються по кожному окремому класу захворювань (хвороб) на підставі використання Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10):

№ п/п	Класи хвороб за МКХ-10	Страхові тарифи (%) по страховим випадкам			
		п. 2.1	п. 2.2	п. 2.3	п. 2.4
1	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	0,256	0,064	0,06	0,08
2	Новоутворення	0,500	0,480	0,256	0,380
3	Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення, що залучують імунний механізм	0,057	0,014	0,014	0,01
4	Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	0,293	0,073	0,100	0,060
5	Хвороби нервової системи	0,601	0,150	0,230	0,050
6	Хвороби ока та придаточного апарату	0,005	0,001	0,014	0,002
7	Хвороби вуха та соскоподібного відростку	0,007	0,002	0,014	0,002
8	Хвороби кровообігу	7,681	1,920	0,560	1,570
9	Хвороби органів дихання	2,282	0,570	0,078	0,180
10	Хвороби органів травлення	0,703	0,176	0,058	0,170
11	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0,274	0,069	0,001	0,023
12	Хвороби кістково-м'язової системи та з'єднувальної тканини	1,739	0,435	0,110	0,021
13	Хвороби сечостатевої системи	0,506	0,126	0,042	0,060
14	Вагітність, пологи та післяпологовий період	0,322	0,082	0,0001	0,007
15	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що були виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках МКБ-10	0,055	0,03	0,002	0,001

16	Травми, отруєння та деякі інші наслідки впливу зовнішніх причин	5,148	3,200	1,564	2,897
	Всі вищезазначені класи	20,429	7,392	3,1031	5,513

2. Для врахування конкретних умов Договору страхування (виключення окремих ризиків, одночасному страхуванні кількох осіб, урахування індивідуальних особливостей предмету Договору страхування таких, як: спадковість, тютюнова залежність, зайняття спортом, здоровий спосіб життя, наявність хронічних захворювань чи функціональних розладів тощо) страховий тариф може бути зменшено або збільшено за домовленістю сторін. При цьому застосовуються підвищуючі та знижуючі коефіцієнти від 0,01 до 8,0, але розмір страхового тарифу не може перевищувати 55% від страхової суми.

3. Страхові тарифи при терміні страхування менше 1 року визначаються виходячи з розміру річного страхового тарифу в залежності від строку страхування наступним чином (неповний місяць страхування вважається як повний):

термін дії Договору страхування, міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% від річного страхового тарифу	30	35	40	45	50	60	70	75	85	90	95

4. Нормативні витрати на ведення справи складають 30% у вищезазначених страхових тарифах.

РОЗМІРИ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ЗА ПРОГРАМОЮ «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН» ТА ПРОГРАМОЮ «СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН»

1. Розміри страхових виплат за відповідними страховими випадками, які визначені в Програмах страхування, становлять:

1.1. відповідно до п.2.1:

- за кожний день перебування на стаціонарному лікуванні - 2,5% від страхової суми;
- за кожний день перебування на амбулаторному лікуванні - 0,5% від страхової суми;

1.2. відповідно до п. 2.2:

- за кожний день перебування на стаціонарному лікуванні – 1,5% від страхової суми;
- за кожний день перебування на амбулаторному лікуванні - 0,25% від страхової суми;

1.3. Відповідно до п. 2.3:

- III група інвалідності - 40% від страхової суми;
- II група інвалідності - 60% від страхової суми;
- I група інвалідності - 80% від страхової суми;

1.4. Відповідно до п.2.4 - 100% від страхової суми.

2. В разі необхідності оперативного втручання при лікуванні конкретного захворювання, додатково може бути виплачено від 10% до 30 % від страхової суми, що обумовлюється Договором страхування.

Розрахунок страхових тарифів
виконав актуарій

С.Г. Топольська
(Диплом №003 від 17.09.1999 р.)

III. ПРОГРАМА «СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ВАЖКИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»

1. Застрахованими особами можуть бути особи у віці від 30 до 65 років, окрім інвалідів I групи.

2. За цією Програмою страховим випадком є: захворювання які діагностовано у період дії Договору страхування, та які надалі називаються важкими:

2.1. Гострий інфаркт міокарда:

- гострий трансмуральний інфаркт міокарду;
- гострий субендокардальний інфаркт міокарду (нетрансмуральний інфаркт міокарду);

2.2. Повторний інфаркт міокарду.

2.3. Цереброваскулярні захворювання, а саме:

- субарахноїдальний крововилив;
- крововилив у мозок;
- інший нетравматичний внутрішньочерепний крововилив;
- інфаркт головного мозку;
- інсульт, неуточнений як крововилив чи інфаркт;
- оклюзія та стеноз прецеребральних артерій, що не призводять до інфаркту мозку;
- інші ураження судин головного мозку.

2.4. Новоутворення.

2.5. Хвороби серця, що вимагають артокоронарного шунтування, встановлення штучного водія ритму чи штучного клапану.

2.6. Хвороби, які вимагають пересадки життєво важливих органів (серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози, кісткового мозку).

2.7. Гостра ниркова недостатність.

2.8. Захворювання сітківки:

- ретиніти;
- васкуліти;
- ретиноваскуліти;
- порушення кровообігу в сітківці;
- дистрофії (за виключенням спадкових);
- відшарування сітківки.

2.9. Ураження нервової системи у разі променевої хвороби:

- синдром гострої променевої хвороби, що швидко формується внаслідок гострого значного одноразового впливу (аварійна ситуація, тощо);
- хронічна променева хвороба, що характеризується повільним виникнення змін нервової системи за умови тривалого променевого впливу малих доз іонізуючої радіації.

Договором страхування може передбачатися включення одного або декількох із вищезазначених страхових випадків.

3. Випадки, зазначені у пункті 2 цієї Програми, визнаються страховими якщо відповідний діагноз був встановлений у період дії Договору страхування та підтверджений документами медичних установ.

4. Із страхових випадків виключаються випадки, які прямо чи непрямо є наслідком:

4.1. Спроби самогубства.

4.2. Інтоксикації алкогольними, наркотичними, токсичними речовинами.

- 4.3. Венеричних захворювань.
 4.4. Вагітності або пологів.
 4.5. Скоєння Застрахованою особою протиправних дій.
 4.6. Керування будь-яким засобом повітряного транспорту.
 4.7. Занять ризиковими видами спорту (пірнання, стрибки з парашутом, авто- та мотогонки, гірськолижний спорт, скелелазання, альпінізм).
 4.8. Учасі у військових діях та заходах, страйках, пучках, громадських зворушеннях.

5. Страхові тарифи: залежно від конкретних умов Договору страхування та з врахуванням конкретних чинників ризику (стану здоров'я особи, що страхується, умов її праці тощо) страховий тариф може бути підвищено відносно тих, що встановлені у Таблиці № 1 цієї Програми. При цьому застосовуються підвищуючі коефіцієнти від 1,0 до 3,0.

Таблиця № 1. Базові річні страхові тарифи залежно від терміну дії Договору страхування, віку та статі Застрахованої особи, у % від страхової суми:

Для чоловіків (які не палять):

термін страхування, років	5	6	7	8	9	10
вік Застрахованої особи при укладенні договору страхування, років						
30-35	0,702	0,718	0,734	0,750	0,766	0,782
36-41	0,994	1,024	1,054	1,082	1,114	1,150
42-47	1,538	1,590	1,642	1,698	1,754	1,814
48-52	2,302	2,382	2,466	2,552	2,638	2,726
53-65	2,954	3,058	3,160	3,264	3,368	3,470

Для чоловіків (які палять):

термін страхування, років	5	6	7	8	9	10
вік Застрахованої особи при укладенні договору страхування, років						
30-35	0,914	0,944	0,976	1,008	1,042	1,080
36-41	1,502	1,560	1,622	1,682	1,746	1,814
42-47	2,592	2,696	2,802	2,912	3,026	3,142
48-52	4,126	4,286	4,454	4,622	4,790	4,960
53-65	5,434	5,640	5,842	6,046	6,246	6,446

Для жінок (які не палять):

термін страхування, років	5	6	7	8	9	10
вік Застрахованої особи при укладенні договору страхування, років						
30-35	1,146	1,158	1,170	1,184	1,198	1,210
36-41	1,386	1,406	1,424	1,442	1,462	1,482
42-47	1,728	1,754	1,784	1,816	1,846	1,880
48-52	2,160	2,206	2,254	2,304	2,354	2,406
53-65	2,538	2,600	2,662	2,726	2,792	2,856

Для жінок (які палять):

термін страхування, років	5	6	7	8	9	10
вік Застрахованої особи при укладенні договору страхування, років						
30-35	1,536	1,562	1,590	1,616	1,642	1,672
36-41	2,018	2,056	2,096	2,136	2,174	2,216
42-47	2,704	2,760	2,818	2,880	2,944	3,010
48-52	3,568	3,662	3,760	3,858	3,962	4,066
53-65	4,336	4,458	4,584	4,710	4,838	4,968

6. Страховий платіж: розмір страхового платежу залежить від статі, віку, стану здоров'я робітника на момент укладення договору страхування, страхової суми та періодичності внесення платежів.

7. Випадки, зазначені у пункті 2 цієї Програми, визнаються страховими якщо відповідний діагноз був встановлений у період дії Договору страхування та належним чином підтверджений документами лікувально-профілактичних закладів, що оформлені відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я та діючого законодавства України.

8. Порядок страхової виплати: при настанні будь-якого страхового випадку, визначеного пунктом 2 цієї Програми, виплачується страхова сума, що визначена конкретним Договором страхування. Виплата не залежить від бажання або можливості людини працювати після захворювання, від вибору засобу або методу лікування. Одужання також не обмежує виплату. Отримані гроші можуть бути потрачені на лікування та реабілітацію, медичне обслуговування або використані як відшкодування втрати доходу через вимушене припинення трудової діяльності.

9. Норматив витрат на ведення справи за цією програмою складає 40%.

Розрахунок страхових тарифів
виконав актуарій

С.Г. Топольська
(Диплом №003 від 17.09.1999 р.)

**ІV. ПРОГРАМА «СТРАХУВАННЯ ПЕРСОНАЛУ СУБ'ЄКТІВ
ГОСПОДАРЮВАННЯ, ЩО ПРОВАДЯТЬ ДІЯЛЬНІСТЬ З ВИКОРИСТАННЯМ
ДЖЕРЕЛ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ»**

1. Страхування здоров'я Застрахованих осіб здійснюється на випадок нанесення шкоди, заподіяної внаслідок впливу іонізуючого випромінювання під час провадження діяльності з джерелами іонізуючого випромінювання (ДІВ).

2. Застраховані особи: особи, що постійно або тимчасово працюють із джерелами іонізуючого випромінювання (категорія А).

3. Страхове покриття: під час праці, до моменту звільнення з підприємства.

4. Страхові випадки:

4.1. гостра променева хвороба Застрахованої особи;

4.2. смерть Застрахованої особи внаслідок негативного впливу ДІВ;

4.3. стійка втрата загальної працездатності (встановлення групи інвалідності) Застрахованою особою внаслідок негативного впливу ДІВ;

4.4. перевищення Застрахованою особою гранично припустимої дози (ГПД), що є найбільшим середнім значенням індивідуальної еквівалентної дози за календарний рік, яка при рівномірній дії на протязі 50 років не спричинить негативних змін у стані здоров'я персоналу, яка для категорії А становить:

- для I групи критичних органів – 2 Бер на рік або 20 мЗв;

- для II групи критичних органів – 15 Бер або 150 мЗв;

- для III групи критичних органів – 30 Бер або 300 мЗв.

Страховими випадками за окремим Договором страхування можуть бути включені окремі або всі випадки, що зазначені у пункті 4 цієї Програми.

5. Виключення із страхових випадків можуть бути такі самі як у пункті 4 цих Правил страхування, або визначатися у конкретному Договорі страхування.

6. Страхова сума: визначається роботодавцем на кожну Застраховану особу окремо, що вказується у Договорі страхування.

7. Базовий річний страховий тариф становить 0,6% від страхової суми, при цьому, залежно від конкретних умов Договору страхування та з врахуванням конкретних чинників ризику (стану здоров'я особи, що страхується, умов її праці тощо) до базового страхового тарифу можуть застосовуватися коригуючі коефіцієнти від 0,1 до 3,0.

8. Порядок та умови виплати:

8.1. відповідно до п. 4.1 даної Програми Застрахованій особі виплачується 50 % від страхової суми;

8.2. відповідно до п. 4.2 даної Програми прямим спадкоємцям Застрахованої особи у відповідності до діючого законодавства України виплачується страхова сума у повному обсязі;

8.3. відповідно до п. 4.3 даної Програми Застрахованій особі виплачується:

- при встановленні I групи інвалідності – 100 % страхової суми;

- при встановленні II групи інвалідності – 75 % страхової суми;

- при встановленні III групи інвалідності – 50 % страхової суми;

8.4. відповідно до п. 4.4 даної Програми Застрахованій особі виплачується 0,25 % від страхової суми за кожен мілізіверт перевищення встановленої відповідно до чинного законодавства допустимої дози опромінення, але в цілому не більше 50% від страхової суми, яка визначається Договором страхування.

9. Перелік документів, що підтверджують факт настання страхового випадку визначається в Договорі страхування.

10. Норматив витрат на ведення справи за цією Програмою складає 30%.

Розрахунок страхових тарифів
виконав актуарій

С.Г. Топольська
(Диплом №003 від 17.09.1999 р.)

V. ПРОГРАМА «ВРОДЖЕНІ АНОМАЛІЇ ТА ВАДИ РОЗВИТКУ»

1. Страхування здоров'я здійснюється на випадок діагностування вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних хвороб.

2. Застраховані особи: Застрахованою особою є плід (майбутня дитина) вагітної жінки, яка на час укладення договору страхування є дієздатною особою, не має встановленої групи інвалідності та не знаходиться під диспансерним наглядом в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних диспансерах чи інших лікувально-профілактичних закладах. На час укладення договору страхування термін вагітності не повинен перевищувати 11 тижнів.

3. Термін дії Договору страхування встановлюється з часу укладення до закінчення першого місяця з дня народження Застрахованої особи.

4. Страховий випадок: наявність вроджених аномалій (вад розвитку) при народженні дитини, які зазначені у переліку Таблиці №1, що було діагностовано протягом місяця з дня народження дитини.

Страховими випадками за окремим Договором страхування можуть бути включені окремі або всі ризики, що зазначені у Таблиці №1.

5. Страхова сума: визначається за згодою сторін у Договорі страхування.

6. Страхові тарифи встановлені у Таблиці № 1 цієї Програми, при цьому можуть застосовуватися підвищуючі коефіцієнти від 1,0 до 10,0, розмір яких залежить від конкретних умов Договору страхування та врахування конкретних чинників ризику (стану здоров'я вагітної жінки, умов її праці, соціально-побутових чинників, обтяженої спадковості, особливості протікання вагітності тощо).

Таблиця №1. Базові річні страхові тарифи у % від страхової суми:

№	Назва хвороби	Страховий тариф, % від страхової суми
1	Вроджені аномалії (вади розвитку) нервової системи	0,03000
2	Вроджені аномалії (вади розвитку) ока, вуха, обличчя та шиї	0,00300
3	Вроджені аномалії (вади розвитку) системи кровообігу	0,08786
4	Вроджені аномалії (вади розвитку) органів дихання	0,00787
5	Розщілина губи та склепіння (заяча губа та вовча паща)	0,15165
6	Інші вроджені аномалії (вади розвитку) органів травлення	0,06239
7	Вроджені аномалії (вади розвитку) статевих органів	0,03934
8	Вроджені аномалії (вади розвитку) сечової системи	0,05000
9	Вроджені аномалії (вади розвитку) та деформації кістково-м'язевої системи	0,20000
10	Хромосомні аномалії, не класифіковані в інших рубриках	0,15808
11	Інші вроджені аномалії (вади розвитку) спинного мозку	0,01600
12	Чисельні дефекти розвитку	0,71292
	Всі вищезазначені хвороби	1,78911

7. Страхові виплати: при настанні страхового випадку виплачується 100% страхової суми, яка визначена Договором страхування, якщо інше ним не передбачено.

8. За медичними показниками при наявності обтяжливої спадковості, віднесення майбутньої матері при обстеженні у жіночій консультації до групи підвищеного ризику, перенесення майбутньою матір'ю інфекційної, або іншої небезпечної для нормального розвитку плоду хвороби під час дії договору страхування, Страховик може запропонувати їй пройти обстеження у спеціалізованому діагностичному центрі повністю або частково за рахунок Страховика.

9. У випадку, якщо за результатами обстеження буде виявлено наявність відхилення від норми розвитку плоду, або буде встановлено діагноз, за яким лікарі рекомендують зробити аборт, а майбутня матір відмовиться від аборту, Страховик не здійснює виплату при настанні випадку, зазначеного в пункті 4 цієї Програми.

10. У випадку перенесення майбутньою матір'ю інфекційної, або іншої небезпечної для нормального розвитку плоду хвороби під час дії договору страхування, необхідно повідомити про це Страховика протягом 3-х робочих днів після закінчення лікування.

11. Норматив витрат на ведення справи за цією Програмою складає 40%.

Розрахунок страхових тарифів
виконав актуарій

С.Г. Топольська
(Диплом №003 від 17.09.1999 р.)

**VI. ПРОГРАМА «СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ -
ДОБРОВОЛЬЦІВ»**

1. Застрахованими особами є особи, які приймають участь у клінічних випробуваннях лікарських засобів як пацієнти-добровольці.

2. Страхувальниками можуть бути юридичні особи або фізичні особи, які є замовниками клінічних випробувань лікарських засобів.

3. Договір страхування може бути укладений тільки якщо:

- клінічні випробування лікарських засобів проводяться після затвердження програми цих випробувань Міністерством охорони здоров'я України або іншим уповноваженим органом (згідно чинного законодавства);

- клінічні випробування лікарських засобів проводяться за наявності письмової згоди пацієнта на участь у проведенні клінічних випробувань або письмової згоди його законного представника (батьки, опікуни, піклувальники даної особи, або законні повноважні представники тих установ та організацій, під опікою чи піклуванням яких вона перебуває) в разі проведення клінічних випробувань за участю неповнолітнього чи недієздатного пацієнта.

Договір страхування укладається на строк проведення клінічних випробувань.

4. Страховими випадками є: наслідки негативного впливу (або побічної дії) лікарських засобів під час проведення клінічних випробувань:

4.1. виникнення загрози здоров'ю Застрахованої особи, що виражається в погіршенні стану здоров'я, загострення хронічної хвороби, виникненням супутнього захворювання;

4.2. встановлення групи інвалідності Застрахованій особі внаслідок погіршення стану здоров'я Застрахованої особи та/або загострення хронічної хвороби, виникненням супутнього захворювання;

4.3. смерть Застрахованої особи внаслідок перерахованих у пунктах 4.1 та 4.2 причин.

5. Побічна дія лікарських препаратів під час клінічних випробувань та їх негативний вплив на стан здоров'я Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

6. Страхувальник відповідно до Договору страхування зобов'язаний:

- надати Страховику план клінічних випробувань за 30 днів до початку проведення клінічних випробувань, якщо інший термін не передбачено договором страхування;

- надати Страховику список Застрахованих осіб для укладення договору страхування не пізніше ніж за 10 днів до початку прийому лікарських засобів цими особами, якщо інший термін не передбачено договором страхування;

- провести доклінічне обстеження Застрахованих осіб з метою встановлення вихідного стану здоров'я та за 3 дні до початку клінічних випробувань надати дані цього обстеження Страховику, якщо інший термін не передбачено договором страхування.

7. Базовий страховий тариф на одне клінічне випробування складає 5,0% від страхової суми і може бути підвищено або знижено залежно від конкретних умов договору страхування, та з врахуванням ступеня ризику (виду лікарських засобів, що випробовуються, умов клінічних випробувань тощо). При цьому застосовуються знижуючі та підвищуючі коефіцієнти від 0,1 до 5,0.

8. Розмір виплат по страховим випадкам:

№ п/п	Випадки:	Виплата, % від страхової
----------	----------	-----------------------------

		суми
1	Виникнення загрози здоров'ю Застрахованої особи, що виражається в погіршенні стану здоров'я, загострення хронічної хвороби, виникнення супутнього захворювання, тощо.	
а	легка ступінь	20,0
б	середня ступінь	35,0
в	важка ступінь	50,0
2	Встановлення інвалідності Застрахованій особі внаслідок погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, загострення хронічної хвороби, виникнення супутнього захворювання, тощо.	
а	I групи	80,0
б	II групи	60,0
в	III групи	40,0
3	Смерть Застрахованої особи внаслідок загострення хронічної хвороби, виникнення супутнього захворювання, тощо.	100,0

9. Ступінь загрози здоров'ю Застрахованої особи, що виражається в погіршенні стану здоров'я, загострення хронічної хвороби, виникнення супутнього захворювання, тощо, визначається лікарською експертною комісією.

10. Норматив витрат на ведення справи за цією програмою складає 20%.

Розрахунок страхових тарифів
виконав актуарій

С.Г. Топольська
(Диплом №003 від 17.09.1999 р.)

VII. ПРОГРАМА «СТРАХУВАННЯ СПІВРОБІТНИКІВ ОХОРОННИХ ПІДПРИЄМСТВ»

1. Застрахованими особами можуть бути особи, що працюють на підприємствах, які впроваджують охоронну діяльність.

3. Страховий захист: під час праці, до моменту звільнення з підприємства.

4. Строк страхування: від одного дня до одного року.

5. Страхові випадки:

5.1. гостре захворювання, що призвело до тимчасової втрати працездатності;

5.2. встановлення групи інвалідності внаслідок захворювання;

5.3. травматичне пошкодження під час виконання службових обов'язків;

5.4. ненасильницька смерть Застрахованої особи;

5.5. госпіталізація в ургентному порядку при станах, що потребують оперативного втручання в ургентному порядку або реанімаційних заходів.

6. Виключення із страхових випадків можуть бути такі самі як у пункті 4 цих Правил страхування, або визначатися у конкретному договорі страхування.

7. Страхова сума визначається за згодою сторін та вказується у договорі страхування.

8. Страхові тарифи при терміні страхування 1 рік по сукупності ризиків визначаються наступним чином:

8.1. Базові річні страхові тарифи на одну Застраховану особу встановлюються у наступних розмірах:

8.1.1. якщо укладається договір страхування здоров'я однієї особи:

- без попереднього медичного обстеження - 15% від страхової суми;

- з попереднім медичним обстеженням - базовий страховий тариф складає 5% від страхової суми;

8.1.2. в кожному окремому випадку використовуються надбавки, при цьому страховий тариф дорівнює сумі базового страхового тарифу та величині надбавки, яка визначається згідно з даними таблиці:

результати обстеження, фактори ризику	надбавка
функціональні розлади та хронічні захворювання	5% від страхової суми
паління	1% від страхової суми
вживання алкоголю	3% від страхової суми
надлишкова вага	3% від страхової суми
спадковість	2% від страхової суми

8.1.3. якщо укладається договір страхування здоров'я декількох осіб:

без попереднього медичного обстеження	
кількість Застрахованих осіб	страховий тариф, % від страхової суми
до 100	15%
понад 100 до 200	10%
понад 200 до 500	8%
понад 500	6%
з попереднім медичним обстеженням	
кількість Застрахованих осіб	страховий тариф, % від страхової суми
до 100	10% від страхової суми

понад 100 до 200	8% від страхової суми
понад 200 до 500	6% від страхової суми
понад 500	5% від страхової суми

8.1.4. для врахування конкретних умов Договору страхування (виключення окремих ризиків, тощо) та врахування конкретних чинників ризику (умов праці, соціально-побутових чинників, терміну дії страхового захисту тощо) тариф може бути зменшено або збільшено за домовленістю сторін. Застосовуються підвищуючі та знижуючі коефіцієнти від 0,1 до 3,0, при цьому максимальний розмір страхового тарифу не повинен перевищувати 55 % від страхової суми.

8.2. Страхові тарифи при терміні страхування менше 1 року визначаються виходячи з розміру річного тарифу в залежності від строку страхування наступним чином:

строк страхування, міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% від річного тарифу	30	35	40	45	50	60	70	75	85	90	95

При укладенні Договору страхування на неповний місяць розмір страхового тарифу встановлюється як за повний місяць.

9. Розмір страхових виплат:

9.1. відповідно до п.п. 5.1, 5.3:

- за кожний день перебування на стаціонарному лікуванні – 2,0% від страхової суми;
- за кожний день перебування на амбулаторному лікуванні - 0,25% від страхової суми;

9.2. відповідно до п. 5.2:

- III група інвалідності - 40% від страхової суми;
- II група інвалідності - 60% від страхової суми;
- I група інвалідності - 80% від страхової суми;

9.3. відповідно до п. 5.4:

- 100% від страхової суми;

9.4. відповідно до п. 5.5:

- від 10% до 30 % від страхової суми, що обумовлюється Договором страхування.

10. Норматив витрат на ведення справи за цією Програмою складає 30%.

Розрахунок страхових тарифів
виконав актуарій

С.Г. Топольська
(Диплом №003 від 17.09.1999 р.)

“ЗАТВЕРДЖЕНО”

**Голова Правління
ПрАТ “СК“Гарант-Система”**

_____ **Петренко О.П.**

“ 10 ” квітня 2014 р.

ЗМІНИ ТА ДОПОВНЕННЯ №1

ДО ПРАВИЛ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ

м. Київ

1. В тексті Правил замість «ЗАТ «СК «Гарант – Система» читати ПрАТ «СК «Гарант – Система», замість «Закрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Гарант – Система» - читати «Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Гарант – Система».

2. Доповнити текст Правил Розділом 16 наступного змісту:

« **16. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

16.1. Договором страхування можуть бути додатково передбачені інші умови, узгоджені між Страхувальником та Страховиком, які не суперечать цим Правилам та чинному законодавству України.

»