

**АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО  
“УКРАЇНСЬКА ПОЖЕЖНО-СТРАХОВА КОМПАНІЯ”**

«ЗАТВЕРДЖЕНО»  
«31» березня 2009 року

Голова Правління АТ «УПСК»



П.М. Ритвін



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

**Код Правил 213**

м. Київ, 2009 р.

## ЗМІСТ

<b>1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ</b>	3
<b>2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ</b>	4
<b>3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ</b>	4
<b>4. СТРАХОВІ РИЗИКИ</b>	4
<b>5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ</b>	5
<b>6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ</b>	6
<b>7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ</b>	6
<b>8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН</b>	8
<b>9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ</b>	10
<b>10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ</b>	10
<b>11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ</b>	11
<b>12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ</b>	11
<b>13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ</b>	12
<b>14. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН У ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ</b>	12
<b>15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ</b>	12
<b>16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ</b>	13
<b>17. ОСОБЛИВІ УМОВИ</b>	13
<b>ДОДАТОК № 1 – РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ З ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)</b>	14

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1. На підставі Закону України "Про страхування" і відповідно до цих Правил АТ "Українська пожежно-страхова компанія" (надалі за текстом - Страховик) укладає договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) з юридичними або дієздатними фізичними особами.
- 1.2. Для цілей цих Правил терміни вживаються в такому значенні:
  - 1.2.1. **Страховик** – Акціонерне товариство “Українська пожежно-страхова компанія”.
  - 1.2.2. **Страхувальник** – юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.
  - 1.2.3. **Застрахована особа** - фізична особа, про страхування якої укладено Договір страхування.
    - 1.2.3.1. Застрахованими особами згідно з цими Правилами можуть бути особи, віком від 1 до 70 років, за винятком осіб, зазначених в пункті 5.1. цих Правил, якщо інші вікові обмеження не зазначені в Договорі страхування.
  - 1.2.4. **Договір страхування** - це письмова угода між Страховиком та Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій або іншій особі, визначеній у договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.
  - 1.2.5. **Медичний заклад** – заклад охорони здоров'я або інша особа, яка на законних підставах здійснює діяльність у сфері охорони здоров'я, та надає Страхувальнику (Застрахованій особі) медико-санітарну допомогу, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також забезпечує необхідними медикаментами.
  - 1.2.6. **Медичні послуги** – послуги, що надаються медичними закладами, включаючи послуги медичного характеру, які надаються як медичними закладами, так і іншими, діючими на законних підставах особами, за умови що такі послуги медичного характеру є необхідними для відновлення здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи і рекомендовані лікарем.
  - 1.2.7. **Програма медичного страхування** (далі – Програма страхування) - це передбачені цими Правилами умови, що визначають види медичних послуг, які можуть бути включені до конкретного Договору страхування. У конкретному Договорі страхування зазначається Програма, на умовах якої укладається Договір, а також визначаються обсяги і порядок надання та оплати Страхувальнику (Застрахованій особі) медичних послуг, що передбачені цією програмою.
  - 1.2.8. **Асистуюча компанія** – спеціалізована організація, з якою Страховик має договірні відносини щодо обслуговування Договорів страхування в частині організації надання та оплати медичних послуг у обсязі, визначеному Програмою страхування та/або Договором страхування.
  - 1.2.9. **Декларація про стан здоров'я особи** – документ, за формою, встановленою Страховиком, який відображає стан здоров'я Застрахованої особи на момент укладання Договору страхування та обов'язково підписується Страхувальником (Застрахованою особою).
  - 1.2.10. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.
  - 1.2.11. **Страхова виплата** — грошова сума, яка виплачується страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

- 1.2.12. **Страховий платіж** (страховий внесок, страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.
- 1.2.13. **Страховий ризик** - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки імовірності та випадковості настання.
- 1.2.14. **Страховий випадок** - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.
- 1.2.15. **Вигодонабувач** - фізична особа або юридична особа, яка може бути призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи для отримання страхових виплат. Страхувальник має право призначати Вигодонабувача при укладанні Договору страхування, а також замінювати його до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

## 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 2.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника (Застрахованої особи).

## 3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ

- 3.1. Розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання договору страхування або внесення змін до договору страхування, або у випадках, передбачених чинним законодавством.
- 3.2. У Договорі страхування можуть бути встановлені страхові суми Страховика по окремому страховому випадку, групі страхових випадків (в тому числі по Програмі страхування та/або по певним видам медичної допомоги, яка буде надаватися Страхувальнику/Застрахованій особі), договору страхування у цілому.
- 3.3. В період дії Договору страхування за згодою Страховика Страхувальник може збільшити розмір страхової суми.

При збільшенні страхової суми величина доплати страхової премії (Д) розраховується за формулою (1) для кожного предмету договору страхування окремо:

$$D = (P_2 - P_1) \times K, \quad (1)$$

де:  $P_1$ ,  $P_2$  - страхові премії по первісній та кінцевій страховим сумам відповідно;  
 $K$  — коефіцієнт короткостроковості, який визначається згідно додатку №1 до цих Правил (Таблиця №8.).

- 3.4. Страховий платіж сплачується одноразово або частинами відповідно до умов Договору страхування.
- 3.5. Сторони можуть передбачити право Страховика утримувати частину несплаченого страхового платежу із суми страхового відшкодування, якщо на момент настання страхового випадку Страхувальник не повністю сплатив страховий платіж.

## 4. СТРАХОВІ РИЗИКИ

- 4.1. Страховим ризиком є звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до медичного закладу, з переліку передбаченого Договором страхування (або іншим чином узгодженого Страхувальником та Страховиком), чи запропонованого Асистуючою компанією (якщо у Договорі страхування визначено, що медичні послуги надаються

через таку компанію) у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням, іншим розладом здоров'я та/або необхідністю профілактики захворювань, за отриманням консультативної, лікувальної, профілактичної чи іншої допомоги, що потребує надання медичних послуг у межах їх переліку, передбаченого Програмою страхування та/або Договором страхування.

- 4.2. Події, зазначені в п. 4.1. цих Правил, визнаються страховими випадками, якщо вони передбачені Договором страхування, сталися в період його дії, підтверджені документами медичних закладів та при дотриманні інших умов цих Правил та Договору страхування.

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

- 5.1. Не можуть бути застрахованими особи, якщо інше не передбачено Договором страхування:
- 5.1.1. недієздатні фізичні особи;
  - 5.1.2. ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД;
  - 5.1.3. які мають злякисні новоутворення;
  - 5.1.4. інваліди I та II групи;
  - 5.1.5. хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;
  - 5.1.6. хворі на нервові та психічні розлади (інсульт, епілепсію, шизофренію тощо).
- 5.2. Страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного, закладу (якщо інше не передбачено Договором страхування), у зв'язку з:
- 5.2.1. лікуванням алкоголізму, наркоманії, токсикоманії, а також хвороб та станів, що є їх наслідками чи проявами незалежно від строків їх виявлення;
  - 5.2.2. травматичним пошкодженням або іншим розладом здоров'я, отриманим внаслідок алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, за винятком випадків, коли зазначені стани виникли по причинам, які не залежали від Застрахованої особи;
  - 5.2.3. хворобами, що передаються статевим шляхом, СНІДу, а також хворобами, що є їх наслідками чи проявами;
  - 5.2.4. хворобами які є наслідком вживання ліків без призначення лікаря, самолікування;
  - 5.2.5. хворобою, яка виникла у Застрахованої особи до набуття чинності Договору страхування;
  - 5.2.6. лікуванням безпліддя (первинного та вторинного) у чоловіків та жінок, сексуальними порушеннями;
  - 5.2.7. вродженими вадами розвитку, деформаціями та хромосомними аномаліями;
  - 5.2.8. хворобою або травмою, які є наслідком спроби самогубства за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;
  - 5.2.9. хворобою або травмою, які є наслідком навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень;
  - 5.2.10. наслідками управління Застрахованою особою будь-якими літальними апаратами, а також наслідками стрибків із парашутом;
  - 5.2.11. наслідками участі Застрахованої особи у професійних чи аматорських спортивних змаганнях, а також наслідками занять Застрахованою особою екстремальними видами розваг та спорту (бокс, гірськолижний спорт, дельтапланеризм, ковзанярський спорт, підводний спорт, поло, подорожі місцевістю з гірським ландшафтом, санний спорт, спідвей, хокей, шорт-трек, парашутний спорт, альпінізм, баскетбол, бобслей, спортивна гімнастика, кінний спорт, карате, стрибки на лижах з трампліна тощо), якщо це спеціально не передбачено Договором страхування;
  - 5.2.12. хворобами, які пов'язані з масовими епідеміями на особливо небезпечні інфекції (натуральна віспа, чума, холера, сибірка, жовта лихоманка та ін.) та потребують

- проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;
- 5.2.13. хворобами, пов'язаними з пластичними операціями та (або) ускладненнями, пов'язаними з такими операціями;
- 5.2.14. хворобами, що виникли чи загострилися внаслідок форс-мажорних обставин (стихійні лиха, будь-які військові дії, страйки, дії спрямовані на насильницьку зміну чи повалення конституційного ладу або на захоплення державної влади, акти тероризму, порушення громадського порядку, вплив радіоактивного випромінювання, тощо).
- 5.2.15. будь-яким захворюванням у період строкової служби Страхувальника (Застрахованої особи) у збройних силах України, Національній гвардії, Прикордонних військ, збройних сил МВС, СБУ, військ МВС або відбування покарань;
- 5.2.16. звернення Застрахованої особи до медичного закладу з приводу хронічного захворювання крім стану загострення;
- 5.3. Страховик не відшкодовує витрати (якщо інше не передбачено Договором страхування):
- 5.3.1. на придбання допоміжних засобів медичного призначення (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, інвалідних колясок тощо);
- 5.3.2. на придбання, пошук та доставку органів для трансплантації;
- 5.3.3. на медичні послуги, отримані Страхувальником (Застрахованою особою) в Медичних закладах, не передбачених Договором страхування, без попереднього погодження із Страховиком або Асистуючою компанією, крім випадків, коли стан Страхувальника (Застрахованої особи) загрожував її життю.
- 5.3.4. по оплаті медичних послуг, медикаментів, включаючи будь-який період перебування у стаціонарі чи лікування амбулаторно, що не були призначені, письмово посвідчені медичними закладами як доцільні та необхідні засоби;
- 5.4. Конкретний перелік захворювань та патологічних станів Застрахованої особи, що не визнаються страховими випадками, може бути розширений чи звужений за згодою між Страховиком та Страхувальником при укладанні Договору страхування. Поширення дії Договору страхування щодо випадків, які є виключеннями зі страхових випадків, та щодо яких встановлено обмеження цим розділом, можливе за умови включення додаткових умов до Договору страхування та збільшення розміру страхового тарифу.

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

- 6.1. Дія Договору страхування, укладеного на підставі цих Правил, поширюється на територію України, якщо у Договорі не обумовлена інша територія дії.
- 6.2. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін від одного до дванадцяти місяців, якщо інше не передбачено Договором страхування.

## **7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 7.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Якщо Договір страхування укладається з умовою про страхування третіх осіб, відмінних від Страхувальника (Застрахованих осіб), в ньому обов'язково зазначаються прізвище, ім'я, по-батькові, адреса місця проживання та дата їх народження.
- 7.2. Попередньо до укладення Договору страхування, на вимогу Страховика, Страхувальником подається Декларація про стан здоров'я. На основі поданої декларації Страховиком приймається рішення про укладення Договору страхування.

- 7.3. Страховик може запросити додаткові документи, що характеризують ступінь ризику настання страхового випадку та за результатами розгляду отриманої інформації приймати рішення про укладання Договору страхування.
- 7.4. При укладанні Договору про страхування третьої особи (Застрахованої особи) необхідна письмова згода цієї особи, а у разі страхування осіб які не мають повної цивільної дієздатності – письмова згода їх батьків, опікунів або піклувальників.
- 7.5. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування, а саме:
- а) при розрахунках готівкою - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового внеску в касу Страховика в повному обсязі або у визначеній Договором страхування частині;
  - б) при безготівкових розрахунках - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового внеску на поточний рахунок Страховика в повному обсязі або визначеній Договором страхування частині.
- 7.6. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться (по одному примірнику) у кожній з сторін.
- 7.7. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.
- 7.8. Договір страхування може бути укладений на умовах однієї з наступних Програм страхування:
- Програма (01) – "Амбулаторно-поліклінічне лікування"\*.** Програма передбачає страхування на випадок звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до Медичного закладу з метою отримання медичних послуг, що надаються при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, у тому числі, при лікуванні в умовах денного стаціонару.
- Програма (02) – "Стаціонарне лікування"\*.** Програма передбачає страхування на випадок звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до Медичного закладу з метою отримання медичних послуг, що надаються при стаціонарному лікуванні у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях медичних закладів.
- Програма (03) – "Швидка медична допомога"\*.** Програма передбачає страхування на випадок звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до Медичного закладу з метою отримання медичних послуг, що надаються загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги.
- Програма (04) – "Стоматологія".** Програма передбачає страхування на випадок звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до Медичного закладу з метою отримання медичних послуг, що надаються при лікуванні захворювань стоматологічного профілю. Договір страхування за цією Програмою може бути укладений тільки за умови включення до нього однієї з інших Програм страхування, передбачених цими Правилами.
- Програма (05) – "Аптека".** Програма передбачає страхування на випадок звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до Медичного закладу з метою отримання медикаментозного забезпечення курсу лікування в амбулаторних умовах та/або умовах стаціонару, та/або при наданні швидкої медичної допомоги.
- Програма (06) – "Майбутня мати".** Програма передбачає страхування на випадок звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до Медичного закладу з метою отримання медичних послуг та медикаментозного забезпечення, що надається в передпологовому періоді, при пологах за наявності ускладнень або патологічного перебігу вагітності та/або додаткових медичних послуг.
- Програма (07) – "Онкологія".** Програма передбачає страхування на випадок звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до Медичного закладу з метою отримання медичних послуг, що надаються при виявленні та лікуванні онкологічних

захворювань. Договір страхування за цією Програмою може бути укладений тільки за умови включення до нього однієї з інших Програм страхування, передбачених цими Правилами

\* Програми "Амбулаторно-поліклінічне лікування", "Стаціонарне лікування", „Швидка медична допомога” не передбачають надання медичних послуг, що надаються згідно з програмами „Стоматологія”, „Аптека”, „Майбутня мати” „Онкологія”.

7.9. Договір страхування може бути укладений на умові включення однієї або декількох Програм страхування, передбачених п.7.8. цих Правил.

7.10. В Договорі страхування або в програмі страхування, на умовах якої він укладається, визначається хвороба або хвороби, які можуть бути причиною звернення страхувальника/застрахованої особи до Медичного закладу. Назви зазначених хвороб, їх класів повинні відповідати Міжнародній статистичній класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я МКХ-10 (X перегляд, 1996 рік), затвердженої Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

## 8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

### 8.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

- 8.1.1. на отримання страхової виплати шляхом оплати Страховиком вартості отриманої Страхувальником (Застрахованою особою) медичних послуг згідно з умовами Договору страхування;
- 8.1.2. на отримання медичних послуг у Медичному закладі та їх оплату Страховиком, за умови, що цей Медичний заклад, визначений у Договорі страхування, або визначений Асистуючою компанією при зверненні до неї Страхувальника, або погоджений із Страховиком, на умовах та у порядку, визначених у Договорі страхування;
- 8.1.3. звернутись до Страховика і отримати дублікат та/або копію Договору страхування у разі втрати його оригіналу;
- 8.1.4. внести зміни до умов Договору страхування у порядку, передбаченому розділом 14 цих Правил;
- 8.1.5. достроково припинити дію Договору страхування у порядку, передбаченому розділом 15 цих Правил;
- 8.1.6. оскаржувати рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в порядку, встановленому чинним законодавством України.

### 8.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

- 8.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі;
- 8.2.2. ознайомити Застрахованих осіб з умовами страхування і цими Правилами;
- 8.2.3. при укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і надалі письмово інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
- 8.2.4. повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього предмета Договору страхування;
- 8.2.5. повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 2-х робочих днів з дати настання події, що може кваліфікуватись страховим випадком, якщо інший термін не передбачений Договором страхування. Якщо Страхувальник з поважних причин не мав змоги виконати зазначені дії у встановлений строк, він повинен довести це документально.  
Договором страхування також передбачається, що Страхувальник зобов'язаний:
- 8.2.6. при необхідності отримання Застрахованою особою медичних послуг у Медичному закладі, не визначеному Договором страхування, звернутись до Медичного закладу, узгодженого із Страховиком або Асистуючою компанією.



Термін узгодження Медичного закладу може бути визначений Договором страхування.

- 8.2.7. надати Страховику всі необхідні документи, що підтверджують факт та причини настання страхового випадку, а також розмір завданої шкоди відповідно до умов цих Правил та Договору страхування.

### **8.3. Страховик має право:**

- 8.3.1. перевіряти надану Страхувальником інформацію стосовно предмету Договору страхування;
- 8.3.2. надсилати запити до компетентних органів для з'ясування обставин настання страхового випадку;
- 8.3.3. на проведення незалежної медичної експертизи стану здоров'я Застрахованої особи;
- 8.3.4. вимагати внесення змін до умов Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу, в разі збільшення страхового ризику;
- 8.3.5. відмовити у страховій виплаті відповідно до умов Договору страхування, цих Правил та закону;
- 8.3.6. внести зміни до умов Договору страхування у порядку, передбаченому розділом 14 цих Правил;
- 8.3.7. достроково припинити дію Договору страхування у порядку, передбаченому розділом 15 цих Правил.
- 8.3.8. самостійно з'ясовувати причини та обставини настання страхового випадку, в тому числі направляти запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, отримувати відповіді на ці запити.

### **8.4. Страховик зобов'язаний:**

- 8.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами;
  - 8.4.2. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки Страховику стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Застрахованій особі або Страхувальнику;
  - 8.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг передбачених Програмою страхування та/або договором страхування;
  - 8.4.4. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування;
  - 8.4.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.
- 8.5. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами Договору страхування.
  - 8.6. Якщо Застрахованою особою є малолітня або неповнолітня дитина, то її права та обов'язки, передбачені цими Правилами та Договором Страхування, здійснюють її батьки, опікуни або піклувальники, крім випадків коли неповнолітня особа може їх здійснювати згідно із законодавством.
  - 8.7. Страховик та Страхувальник мають також інші права та обов'язки, визначені в інших Розділах цих Правил та/або Договору страхування, а також передбачені законодавством України.
  - 8.8. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника (Застрахованої особи) та Страховика.

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

- 9.1. В разі необхідності отримання медичних послуг, медикаментів, передбачених Програмою та Договором страхування, Застрахована особа повинна звернутися до Медичного закладу та/або Аптечного закладу, та/або Асистуючої компанії в порядку, передбаченому Договором страхування, та повідомити Страховика або Асистуючу компанію про настання страхового випадку або події, що може бути визнана страховим випадком, протягом двох робочих днів з дати настання такої події.
- 9.2. В разі необхідності отримання Застрахованою особою медичних послуг у Медичному закладі, не визначеному Договором страхування, Страхувальник зобов'язаний звернутись до Медичного закладу, узгодженого із Страховиком або Асистуючою компанією. Строк та порядок узгодження Медичного закладу може бути визначений Договором страхування.
- 9.3. Якщо Застрахована особа не могла виконати обов'язок зазначений в пункті 9.2 цих Правил через поважні причини, вона зобов'язана це зробити протягом 24-х годин при появі можливості, а наявність поважних причин підтвердити документально.

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

- 10.1. Страхова виплата здійснюється на підставі, що надаються Страхувальником (Застрахованою особою):
  - 10.1.1. письмової заяви на страхову виплату;
  - 10.1.2. оригіналу Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату);
  - 10.1.3. документу, що посвідчує особу Страхувальника/Застрахованої особи, одержувача страхової виплати;
  - 10.1.4. виписки з історії хвороби або медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого;
  - 10.1.5. належним чином посвідченої копії листка непрацездатності або довідки медичного закладу про лікування (для непрацюючих та дітей), яка підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу;
  - 10.1.6. рахунків за надані медичні послуги та отримані медикаменти.
- 10.2. Якщо Страхувальник/Застрахована особа звернулась за допомогою в Медичний заклад, який передбачено договором страхування, Страховик має право здійснити страхову виплату, отримавши від Страхувальника/Застрахованої особи лише документи, передбачені п.п.10.1.1.- 10.1.3. цих Правил, та отримати всі інші необхідні документи безпосередньо в зазначених закладах.
- 10.3. При отриманні Застрахованою особою медичних послуг у Медичному закладі, з яким у Страховика або Асистуючої компанії відсутні договірні стосунки щодо отримання необхідних при настанні страхового випадку документів, страхова виплата здійснюється безпосередньо Застрахованій особі/Страхувальнику на підставі документів зазначених в п.10.1. цих правил, а також квитанцій, чеків про оплату ним послуг, наданих таким Медичним закладом, оплачених рецептів з аптек про придбані медикаменти разом з товарними чеками або квитанціями про їх оплату.
- 10.4. Умовами Договору страхування може бути передбачена необхідність надання інших (додаткових) документів, що підтверджують факт, причини настання страхового випадку та розмір шкоди.
- 10.5. Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику документи, передбачені п.10.2. або 10.3., та/або 10.4 цих правил протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, з дати закінчення лікування, якщо інший строк не передбачений Договором страхування.

10.6. Перелік документів, необхідних для здійснення страхової виплати шляхом оплати рахунків Медичного закладу, Асистуючої компанії визначається у договорі про співпрацю між Страховиком та вищезазначеними закладами та обов'язково має включати:

10.6.1 Звіт медичної установи про надання послуг.

10.6.2. Акт виконаних робіт

10.6.3. документи зазначені в п.п.10.1.4. – 10.1.6. цих Правил.

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

11.1. В залежності від умов Договору страхування страхова виплата може здійснюватись:

11.1.1. шляхом оплати Медичному закладу або Асистуючій компанії вартості наданих Застрахованій особі/Страховальнику медичних послуг, медикаментів, передбачених Програмою та Договором страхування;

11.1.2. шляхом оплати Страховальнику (Застрахованій особі) вартості отриманих та оплачених ним медичних послуг та/або медикаментів, у разі звернення до Медичного закладу, з яким у Страховика або Асистуючої компанії відсутні договірні стосунки щодо отримання необхідних при настанні страхового випадку документів, після надання Застрахованою особою документів, зазначених в п.10.3., та/або 10.4 цих правил, та/або передбачених Договором страхування;

11.1.3. іншим чином, узгодженим між Страховиком та Страховальником;

11.2. Загальна сума виплат за одним або декількома страховими випадками, що сталися із Страховальником/Застрахованою особою в період дії Договору страхування, не може перевищувати страхову суму, встановлену щодо Страховальника/Застрахованої особи у Договорі страхування.

11.3. Здійснення страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі може відбуватися, за бажанням Застрахованої особи, готівкою або шляхом перерахування на рахунок одержувача.

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

12.1. Рішення про здійснення страхової виплати шляхом оплати рахунків Медичного закладу або Асистуючої компанії приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дати отримання документів, передбачених п.10.2. та п.10.6. та/або 10.4. цих Правил, якщо менший строк не передбачений договором страхування або договором про співпрацю з цими організаціями.

12.2. Рішення про здійснення страхової виплати безпосередньо Страховальнику/Застрахованій особі приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання Страховиком документів, передбачених п.10.3 та/або 10.4 цих Правил та/або умовами Договору страхування.

12.3. Рішення про здійснення страхової виплати оформлюється Розпорядженням про здійснення страхової виплати. Страховик здійснює страхову виплату протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту прийняття такого рішення, якщо інший строк не передбачений умовами Договору страхування. Днем виплати страхового відшкодування є день списання грошових коштів з банківського рахунку Страховика.

**Примітка:** в Розпорядженні про здійснення страхової виплати містяться:

12.3.1. підстави для здійснення страхової виплати;

12.3.2. вказівка про складання Страхового акту, в якому наводиться розрахунок розміру страхової виплати.

12.4. Рішення про відмову у страховій виплаті Страховик приймає протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання документів, передбачених п.10.2. та п.10.6. цих Правил або документів передбачених п.10.3. цих Правил, та/або документів передбачених п.10.4 цих правил, та/або документів, передбачених договором страхування, та письмово повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу) протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, якщо інший строк не передбачений умовами Договору страхування, з обґрунтуванням причин відмови.

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

13.1. Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є:

13.1.1. навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація цих дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

13.1.2. вчинення Страхувальником-фізичною особою або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

13.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

13.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

13.1.5. отримання Застрахованою особою не передбачених Договором страхування медичних послуг та/або медикаментозного забезпечення;

13.1.6. інші випадки, передбачені законом.

13.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

### **14. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН У ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ**

14.1. Про намір внести зміни у Договір страхування Сторона ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інше не передбачено Договором страхування.

У випадку досягнення сторонами згоди щодо внесених змін до Договору страхування, сторони укладають Додаткову угоду до цього Договору в зазначений строк, якщо інше не передбачено Договором страхування.

14.2. До моменту внесення змін до Договору страхування він діє на умовах, що попередньо погоджені між сторонами.

### **15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

15.1. Дія Договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

15.1.1. закінчення строку дії;

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

15.1.3. 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 страхування;
- 15.1.4. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника- фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;
  - 15.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
  - 15.1.6. прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
  - 15.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 15.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.
- 15.2.1. 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.
  - 15.2.2. 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, 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.
  - 15.2.3. 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, що були здійснені за цим Договором страхування.
  - 15.2.4. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо страховий платіж був сплачений в безготівковій формі за умови дострокового припинення дії Договору страхування.

## 16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 16.1. Спори за Договором страхування між Страхувальником та Страховиком вирішуються шляхом переговорів.
- 16.2. Якщо сторони під час переговорів по суперечливим питанням не досягли згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

## 17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

- 17.1. Ці Правила визначають загальні умови здійснення добровільного медичного страхування.
- 17.2. В договорі страхування може бути передбачено, що окремі положення цих Правил страхування не включаються в цей договір страхування і не діють у конкретних умовах договору страхування. В разі, якщо окремі умови договору страхування не узгоджуються з положеннями цих Правил, застосовуються положення визначені в Договорі страхування.

**ДОДАТОК №1**  
**ДО ПРАВИЛ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**  
**(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

**Страхові тарифи**

1. Базові річні страхові тарифи (у % від страхової суми) у відповідності з Програмами медичного страхування (Програми 01 - 07), згідно п.7.8. цих Правил, наведені у таблицях №№1-7.

**Таблиця №1 – "Амбулаторно-поліклінічне лікування"**

<b>Вік Страхувальника (років)</b>	<b>Базовий річний страховий тариф, у % від страхової суми</b>
до 18	7,0
18-40	6,5
41-55	7,5
56-60	9,3
60-65	9,9

**Таблиця №2 – "Стаціонарне лікування"**

<b>Вік Страхувальника (років)</b>	<b>Базовий річний страховий тариф, у % від страхової суми</b>
до 18	5,4
18-40	5,2
41-55	5,6
56-60	6,0
60-65	6,5

**Таблиця №3 – "Швидка медична допомога"**

<b>Вік Страхувальника (років)</b>	<b>Базовий річний страховий тариф, у % від страхової суми</b>
до 18	5,0
18-40	5,2
41-55	6,2
56-60	6,5
60-65	7,5

**Таблиця №4 – "Стоматологія"**

<b>Вік Страхувальника (років)</b>	<b>Базовий річний страховий тариф, у % від страхової суми</b>
до 18	12,0
18-35	10,0
36-50	12,0

**Таблиця №5 – "Аптека"**

<b>Вік Страхувальника (років)</b>	<b>Базовий річний страховий тариф, у % від страхової суми</b>
до 18	7,2
18-35	6,8
36-50	8,2
Більше 55	8,6

Таблиця №6 – "Майбутня мати"

Вік Страхувальника (років)	Базовий річний страховий тариф, у % від страхової суми
до 18	4,2
18-30	3,8
31-40	5,0
41-55	6,0

Таблиця №7 – "Онкологія"

Вік Страхувальника (років)	Базовий річний страховий тариф, у % від страхової суми
до 18	1,5
18-40	2,0
41-55	2,8

1. При укладанні договору страхування на строк менше одного року, в залежності від строку дії договору страхування застосовуються відповідні коригуючі коефіцієнти (при страхуванні на строк 1 рік застосовується коефіцієнт 1). При цьому, кожний неповний строк страхування при розрахунках страхового тарифу враховується як повний (див. Таблиця №8. Коефіцієнт короткостроковості).

Таблиця №8. Коефіцієнт короткостроковості

Строк страхування	Коригуючий коефіцієнт
до 15 днів	0,15
1 місяць	0,25
2 місяці	0,30
3 місяці	0,40
4 місяці	0,50
5 місяців	0,60

Строк страхування	Коригуючий коефіцієнт
6 місяців	0,70
7 місяців	0,75
8 місяців	0,80
9 місяців	0,85
10 місяців	0,90
11 місяців	0,95

2. В залежності від періодичності сплати страхового платежу протягом строку дії договору страхування, базовий розмір страхового тарифу коригується за допомогою наступного коригуючого коефіцієнта:

Таблиця №9. Коефіцієнт сплати страхового платежу

Періодичність сплати страхового платежу	Коригуючий коефіцієнт
Одноразово	1,00
в два строки, з інтервалом не більше 4 місяців	1,05
в два або в три строки, з інтервалом більше 4 місяців	1,08
Щоквартально	1,11
Щомісячно	1,16

4. При укладенні окремого договору страхування в залежності від страхового ризику, що впливає на ймовірність настання страхового випадку, коригуючий коефіцієнт може бути встановлено у розмірі від 0,1 до 5,0.

5. При укладенні окремого договору страхування з задалегідь високим ступенем страхового ризику (при наявності у Страхувальника/Застрахованої особи захворювання в анамнезі, хронічних захворювань з високою ймовірністю періодичних загострень) допускається використання додаткового підвищувального коефіцієнту в межах від 4 до 10.

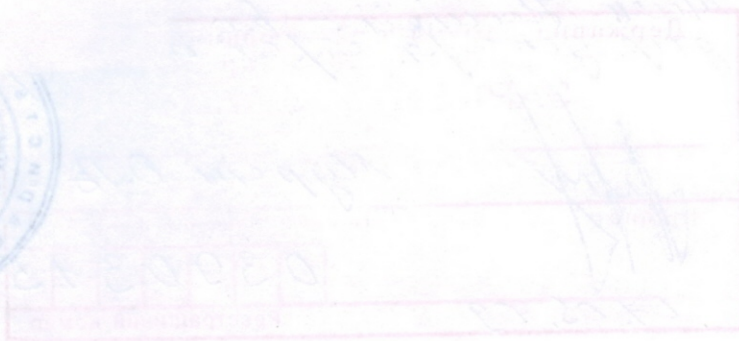
6. Норматив витрат на ведення справи складає 40% в структурі страхового тарифу.

Актуарій



**О.О.Поплавський**

Диплом № 14 від 17 вересня 1999 року





О.О.П. Львівська обл.  
Львів 28.12.14 від 17 вересня 1999 року



Прошнуровано, пронумеровано та  
скріплено печаткою  
16/шістнадцять аркушів  
Голова правління  
АТ «УПСК»

Мен. Голови Д.М. Рибчин  
Державна комісія з регулювання ринків  
фінансових послуг України  
ЗАРЕЄСТРОВАНО

Прізвище, ім'я та по батькові: Мурєн О.В.

07.05.09

0390315

Реєстраційний номер



Затверджено  
наказом Голови Правління  
ПрАТ «УПСК»  
від 07.08.2019 р. № 193

Голова Правління

І.Л. Нестеров



**ЗМІНИ № 1**  
**ДО ПРАВИЛ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**  
**(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**  
**код Правил 213**

1. Викласти Додаток № 1 до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) в новій редакції, що додається.

**Додаток**  
до Змін № 1 від 07.08.2019 р.  
до Правил добровільного медичного страхування  
(безперервного страхування здоров'я)  
Код Правил 213

**Додаток 1**  
до Правил добровільного медичного страхування  
(безперервного страхування здоров'я)  
Код Правил 213  
(нова редакція)

### **БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ З ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

1. Базові річні страхові тарифи з добровільного медичного страхування в залежності Програми страхування згідно з п. 7.8 Правил наведені в Таблицях 1 - 7.

Таблиця 1

Базові річні страхові тарифи за  
Програмою (01) – «Амбулаторно-поліклінічне лікування»

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф, у % від страхової суми
до 18	7,0
18-40	6,5
41-55	7,5
56-60	9,3
60-65	9,9

Таблиця 2

Базові річні страхові тарифи за  
Програмою (02) – «Стаціонарне лікування»

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф, у % від страхової суми
до 18	5,4
18-40	5,2
41-55	5,6
56-60	6,0
60-65	6,5

Таблиця 3

Базові річні страхові тарифи за  
Програмою (03) – «Швидка медична допомога»

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф, у % від страхової суми
до 18	5,0
18-40	5,2
41-55	6,2
56-60	6,5
60-65	7,5

Таблиця 4

Базові річні страхові тарифи за  
Програмою (04) – «Стоматологія»

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф, у % від страхової суми
до 18	12,0
18-35	10,0
36-50	12,0

Таблиця 5

Базові річні страхові тарифи за  
Програмою (05) – «Аптека»

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф, у % від страхової суми
до 18	7,2
18-35	6,8
36-50	8,2
Більше 55	8,6

Таблиця 6

Базові річні страхові тарифи за  
Програмою (06) – «Майбутня мати»

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф, у % від страхової суми
до 18	4,2
18-30	3,8
31-40	5,0
41-55	6,0

Таблиця 7

Базові річні страхові тарифи за  
Програмою (07) – «Онкологія»

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф, у % від страхової суми
до 18	1,5
18-40	2,0
41-55	2,8

2. Ставка страхового тарифу за Договором страхування визначається з урахуванням нижчезазначених коригуючих коефіцієнтів, що застосовуються до базового річного страхового тарифу:

2.1. Коригуючий коефіцієнт, що враховує строк дії Договору страхування, наведений у Таблиці 8 цього додатку.

Таблиця 8

Строк дії Договору страхування	Коригуючий коефіцієнт (Кстр)
до 1 місяця	0,05 – 0,25
до 2 місяців	0,11 – 0,30
до 3 місяців	0,21 – 0,40
до 4 місяців	0,31 – 0,50
до 5 місяців	0,41 – 0,60
до 6 місяців	0,51 – 0,70
до 7 місяців	0,55 – 0,75
до 8 місяців	0,60 – 0,80
до 9 місяців	0,65 – 0,85
до 10 місяців	0,70 – 0,90
до 11 місяців	0,75 – 0,95
до 12 місяців	0,80 – 1,00

2.2. Коригуючі коефіцієнти до базових річних страхових тарифів, які враховують обставини, що впливають на ступінь ризику, наведені в Таблиці 9 цього додатку.

Таблиця 9

Обставини, що впливають на ступінь ризику	Коригуючий коефіцієнт (діапазон)
Розмір страхових сум, лімітів зобов'язань Страховика щодо здійснення страхової виплати	0,2 – 7,0
Коефіцієнт комбінування програм	0,5 – 4,0
Заходи з профілактики захворювань	1,0 – 6,0
Категорії медичних закладів для звернення	0,6 – 8,0



Обставини, що впливають на ступінь ризику	Коригуючий коефіцієнт (діапазон)
Застрахованих осіб	
Кількість Застрахованих осіб	0,5 – 4,0
Вид професійної діяльності Застрахованих осіб	0,1 – 3,0
Розмір франшиз	0,3 – 3,0
Стан здоров'я та спосіб життя Застрахованої особи	0,1 – 5,0
Інші чинники, що впливають на ступінь страхового ризику	0,1 – 6,0
Регіон постійного проживання Застрахованої особи	0,4 – 3,0
Розширення/скорочення переліку виключень та обмежень страхування	0,1 – 6,0
Збитковість Страхувальника (Застрахованої особи) за останні 3 роки	0,3 – 7,0

3. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою Сторін Договору страхування.

4. Норматив витрат на ведення справи становить до 65 відсотків величини страхового тарифу.

**Актуарій**



**Іванько Ю.О.**

*Свідоцтво на право займатися  
актуарними розрахунками  
та посвідчувати їх  
№01-017 від 08.10.2015 р.*