

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний Директор

ПрАТ «Страхова компанія «Кардіф»



/Романенко О. О./

“01” вересня 2010 року

ПрАТ "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "КАРДІФ"

ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ

(нова редакція)

ЗМІСТ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	4
3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	4
4. СТРАХОВІ РИЗИКИ	5
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	11
6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	15
7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	15
8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	16
9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	19
10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ	19
11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	20
12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	22
13. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	23
14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	24
15. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ	24
16. ОСОБЛИВІ УМОВИ	25
Додаток №1	26

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ці Правила добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі - "Правила") розроблені згідно з Законом України "Про страхування" і визначають порядок укладання, виконання та припинення договорів добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби.

1.2. В цих Правилах терміни вживаються у такому значенні:

1.2.1. **Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладенні договору страхування для отримання страхових виплат у разі настання страхового випадку. Якщо на момент подання заяви про страхову виплату Вигодонабувач не був призначений або помер, то страхова виплата у разі смерті Застрахованої особи виплачується спадкоємцю (спадкоємцям) Застрахованої особи.

1.2.2. **Договір страхування** – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику 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.

1.2.3. **Застрахована особа** – фізична особа, про страхування якої укладається договір страхування. За цими Правилами, на дату укладення договору страхування вік Застрахованої особи може становити від 1 до 75 років, якщо інше не передбачено договором страхування.

1.2.4. **Небезпечні види діяльності** – якщо інше не передбачено договором страхування, під небезпечними видами діяльності розуміють види робіт з підвищеною небезпекою, що передбачені законодавством України, включаючи:

- оперативно-розшукову діяльність та діяльність, пов'язану з використанням засобів фізичного впливу, спеціальних засобів та зброї;
- діяльність, що зумовлена гасінням пожеж, аварійно – рятувальними роботами тощо.

1.2.5. **Період виключення** – проміжок часу між датою набрання чинності договором страхування та початком настання відповідальності Страховика (початком дії страхового захисту) за таким договором страхування. Період виключення вказується у договорі страхування та не може перевищувати 6 (шість) місяців, якщо інше не передбачено договором страхування. Будь-які події, що сталися протягом періоду виключення, не вважаються страховими випадками, та страхові виплати у разі настання таких подій Страховиком не здійснюються.

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

1.2.7. **Страховий захист** – сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно з умовами договору страхування.

1.2.8. **Страховик** – Приватне акціонерне товариство “Страхова компанія “Кардіф”.

1.2.9. **Страхувальник** – юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком договір страхування.

1.3. У випадку, коли Страхувальник уклав договір страхування відносно себе, або у випадку, коли в договорі страхування окремо не зазначена Застрахована особа, Страхувальник одночасно вважається Застрахованою особою.

1.4. Страхувальники можуть укласти із Страховиком договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

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

3.2. Розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання договору страхування.

3.3. Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, договору страхування у цілому.

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

3.5. Якщо договір страхування укладається відносно Застрахованої особи, яка є позичальником за кредитним договором, страхова виплата згідно з умовами договору страхування може здійснюватися по одному із зазначених варіантів:

3.5.1. Одноразово у розмірі непогашеного залишку заборгованості Застрахованої особи за кредитним договором станом на дату настання страхового випадку, але не більше непогашеного залишку заборгованості на дату страхової виплати, якщо інше не передбачено договором страхування.

Якщо інше не передбачено договором страхування, то непогашений залишок заборгованості означає:

- залишок основної суми кредиту (“тіла” кредиту);

- нараховані відсотки за користування кредитом не більше ніж за перші 2 місяці з дати, коли позичальник припинив сплачувати платежі за кредитним

договором до дати настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування;

3.5.2. У вигляді періодичних виплат, розмір яких визначається у договорі страхування.

Розмір періодичних виплат за договором страхування дорівнює розміру періодичних внесків по основній сумі кредиту та відсоткам за користування кредитом відповідно до умов кредитного договору, якщо інше не передбачено договором страхування.

Загальний розмір періодичних виплат за договором страхування не може перевищувати розмір непогашеного залишку заборгованості Застрахованої особи за кредитним договором станом на дату настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ

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

4.2. **Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

4.3. Згідно з умовами цих Правил страховими ризиками є наступні події:

4.3.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання);

4.3.2. Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності I групи) внаслідок хвороби (захворювання);

4.3.3. Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності II групи відповідно до умов договору страхування) внаслідок хвороби (захворювання);

4.3.4. Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності III групи відповідно до умов договору страхування) внаслідок хвороби (захворювання);

4.3.5. Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання);

4.3.6. Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання);

4.3.7. Критичне захворювання Застрахованої особи.

4.4. Події, вказані в підпунктах 4.3.1 - 4.3.5 пункту 4.3, визнаються страховими випадками, якщо вони відбулися під час дії договору страхування (з урахуванням положень щодо періоду виключення), підтверджені документами, вказаними в пункті 10.1 цих Правил, та настали внаслідок будь-якої хвороби (захворювання), за виключенням випадків, передбачених в розділі 5 цих Правил, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.5. Подія, вказана в підпункті 4.3.6 пункту 4.3, визнається страховим випадком, якщо вона відбулася під час дії договору страхування (з урахуванням положень щодо періоду виключення), відповідає визначенню,

передбаченому пунктом 4.8 цих Правил, підтверджена документами, вказаними в пункті 10.1 цих Правил, та настала внаслідок будь-якої хвороби (захворювання), за виключенням випадків, передбачених в розділі 5 цих Правил, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.6. Подія, вказана в підпункті 4.3.7 пункту 4.3, визнається страховим випадком, якщо вона відбулася під час дії договору страхування (з урахуванням положень щодо періоду виключення), підтверджена документами, вказаними в пункті 10.1 цих Правил, та настала внаслідок хвороби (захворювання), що передбачено пунктом 4.9 цих Правил та безпосередньо зазначене в договорі страхування, за виключенням випадків, вказаних в розділі 5 цих Правил, якщо інше не встановлено договором страхування.

4.7. Хвороба (захворювання) – це порушення нормальної життєдіяльності організму людини. Договором страхування може бути передбачено, що конкретний перелік хвороб визначається у договорі страхування за згодою сторін договору страхування та/або встановлюється згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб (МКХ-10).

4.8. Госпіталізація – це безперервне перебування в стаціонарі лікарні (на стаціонарному лікуванні) не менш ніж 7 (сім) календарних днів, якщо інший строк не встановлений в договорі страхування.

4.8.1. Якщо протягом строку дії договору страхування, повторна госпіталізація з тієї самої причини відбувається протягом 60 (шістдесяти) календарних днів з дня виписки зі стаціонару лікарні, то це вважається одним страховим випадком, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.8.2. Строк перебування на госпіталізації, по одному страховому випадку, що приймається для розрахунку страхових виплат, не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.8.3. Загальний строк перебування на госпіталізації, протягом дії договору страхування, що приймається для розрахунку страхової виплати, не може перевищувати 180 (сто вісімдесят) календарних днів, якщо інше не передбачено договором страхування. Строк перебування на госпіталізації визначається згідно з датами реєстрації прибуття та виписки з лікарні (стаціонару).

4.9. Критичне захворювання – це захворювання, передбачене цим пунктом та безпосередньо зазначене в договорі страхування. Перелік критичних захворювань, на випадок яких проводиться страхування відповідно до Правил, визначається у договорі страхування. До переліку критичних захворювань можуть бути включені відповідно до договору страхування:

4.9.1. Рак

4.9.1.1. Рак – це злоякісна пухлина, що характеризується поступовим, неконтрольованим зростанням і розповсюдженням злоякісних клітин, та наявністю інвазії та ураження нормальних та навколишніх тканин. Позитивне

діагностування раку здійснюється за допомогою гістопатологічного підтвердження.

4.9.1.2. Для цілей цих Правил не визнається Раком:

- 1) хвороба Ходжкіну та неходжкінські лімфоми 1-ї стадії (за класифікацією Ann Arbor);
- 2) лейкоз, окрім хронічного лімфолейкозу, за відсутності широкого проникнення ракових клітин у кровотворні тканини кісткового мозку;
- 3) пухлини, що відображають патологічні зміни у розвитку ракової пухлини на місці (включаючи дисплазію шийки матки CIN-1, CIN-2 та CIN-3), або які гістологічно описані як передракові;
- 4) всі форми раку шкіри, якщо відсутній доказ того, що метастази або пухлина є зляканою меланою, товщиною понад 1.5 мм., як визначено під час гістопатологічного дослідження за допомогою методу Бреслоу;
- 5) форми раку, що не загрожують життю, а саме форми раку простати, які гістологічно описані за системою TNM, класифікація T1(a) або T1(b), чи які класифікуються за іншою еквівалентною або нижчою категорією класифікації;
- 6) мікрокарцинома щитовидної залози;
- 7) м'язево-неінвазивний рак сечового міхура, який гістологічно описаний як рак стадії TaN0M0 або за нижчою категорією класифікації;
- 8) хронічний лімфолейкоз із стадією нижче I за Rai та A-I за Binet.

4.9.2. Інсульт

4.9.2.1. Інсульт означає настання захворювання внаслідок цереброваскулярних подій.

4.9.2.2. Інсульт визнається страховим випадком за умови, що він призводить до неврологічних розладів, які спричиняють:

- 1) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних пристроїв або
- 2) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи самотійно їсти або
- 3) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи усно спілкуватися з оточенням або
- 4) постійну або необоротну відмову функції щонайменше однієї кінцівки, де кінцівка визначається як рука, включаючи кисть, або нога, включаючи ступню.

4.9.2.3. Обов'язковою умовою для визнання інсульту страховим випадком є наявність одного чи декількох із перерахованих вище станів після сплину трьох місяців з дати настання інсульту.

4.9.2.4. Дані комп'ютерної, магнітно-резонансної томографії або аналогічних відповідних методів мають відображати:

- 1) настання інсульту та/або
- 2) інфаркту головного мозку або

3) внутрішньочерепного або субарахноїдального крововиливу.

4.9.3. Серцевий напад

4.9.3.1. Серцевий напад означає чітко діагностоване відмирання ділянки серцевого м'яза, що обумовлене недостатністю кровопостачання у відповідній ділянці.

4.9.3.2. Серцевий напад вважається страховим випадком лише за умови відповідності всім наведеним нижче критеріям:

- 1) діагностовано збільшення кількості специфічних кардіологічних маркерів, типових для серцевого нападу;
- 2) зміни на новій ЕКГ, що вказують на інфаркт;
- 3) підтверджене погіршення функції лівого шлуночку, включаючи зниження фракції викиду лівого шлуночку, значну гіпокінезію, акінезію або аномальну рухливість стінок внаслідок серцевого нападу тощо.

4.9.4. Хірургія коронарних артерій зворотним методом

4.9.4.1. Хірургія коронарних артерій зворотним методом означає фактичну проведену хірургічну операцію із трансплантації коронарної артерії зворотним методом шляхом торакотомії для корекції або лікування захворювання коронарних артерій.

4.9.4.2. Не вважається хірургією коронарних артерій зворотним методом ангіопластика або інші нехірургічні методи, включаючи в тому числі лікування лазером.

4.9.5. Ниркова недостатність

4.9.5.1. Ниркова недостатність означає фактичний початок регулярного діалізу нирок або фактично проведену трансплантацію нирки, що є результатом ниркової недостатності кінцевої стадії або результатом хронічної необоротної відмови функції обох нирок.

4.9.5.2. Для цілей цих Правил не визнається Нирковою недостатністю:

- 1) ниркова недостатність на стадії компенсації;
- 2) ниркова недостатність без регулярного діалізу або трансплантації.

4.9.6. Значна пересадка органів

Значна пересадка органів означає фактично проведену операцію із трансплантації людських органів від донора до Застрахованої особи, що включає один або більше з наступних органів: нирка, печінка, серце, легені, підшлункова, або пересадку кісткового мозку. Під визначення не підпадають фактично проведені операції із трансплантації будь-яких інших органів, частин органів, тканин або клітин.

4.9.7. Параліч

Параліч означає постійну та повну відмову функції двох або більше кінцівок в результаті травми або захворювання спинного мозку. Під кінцівкою розуміється рука або нога повністю.

4.9.8. Хірургія серцевого клапану

Хірургія серцевого клапану означає фактично проведену операцію на відкритому серці шляхом торакотомії для заміни або відновлення серцевого клапану внаслідок вад або аномалій серцевого клапану.

4.9.9. Розсіяний склероз

4.9.9.1. Розсіяний склероз означає однозначно діагностований розсіяний склероз, тобто захворювання із ознаками руйнування мієлінового шару білої речовини центральної нервової системи, що іноді поширюється на сіру речовину. Розсіяний склероз вважається страховим випадком, якщо він призводить до неврологічних розладів, що спричинюють:

- 1) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних пристроїв або
- 2) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи самотійно їсти або
- 3) центральні скотоми, що підтверджені висновком невропатолога.

4.9.10. Сліпота

Сліпота означає клінічно доведене необоротне погіршення зору обох очей в результаті захворювання або нещасного випадку. Скоригована гострота зору повинна становити не менш ніж 6/60 або 20/200, що визначається тестами типу Снеллена або обмеження кругозору становить до 20° або менше в обох очах. Під визначення не підпадають випадки, коли за загальним медичним висновком застосування пристрою або імплантату може забезпечити часткове або повне відновлення зору.

4.9.11. Значні опіки

Значні опіки – це пошкодження принаймні 20% площі поверхні тіла, що вимірюється за допомогою Правил дев'яти або Схеми карти шкіри Ланда і Браудера, викликане термічними, хімічними або електричними засобами, що обумовлює опіки 3-го ступеню або на всю товщину шкіри (опіки 4-го ступеню).

4.9.12. Хірургія аорти

Хірургія аорти означає фактично проведену операцію шляхом торакотомії або лапаротомії для корекції або відновлення аневризми аорти, обструкції аорти, стенозу аорти або травматичного розриву аорти. В цьому визначенні аорта означає грудну та черевну аорту за виключенням її відгалуження.

4.9.13. Бактеріальний менінгіт

4.9.13.1. Бактеріальний менінгіт означає запалення мембран, що діє на мозок або спинний мозок, викликане бактеріями. Бактеріальний менінгіт вважається страховим випадком, якщо він призводить до неврологічних розладів, що спричинюють:

- 1) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних пристроїв або
- 2) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи самотійно їсти або

3) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи усно спілкуватися з оточенням або

4) показник за Короткою шкалою оцінки психічного статусу, менший за 16.

4.9.14. Кома

4.9.14.1. Кома означає стан непритомності без реагування на зовнішню стимуляцію або внутрішні потреби, що постійно триває протягом принаймні 96 годин та вимагає застосування системи життєзабезпечення. Кома вважається страховим випадком, якщо вона призводить до неврологічних розладів, що спричинюють:

1) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних пристроїв або

2) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи самотійно їсти або

3) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи усно спілкуватися з оточенням або

4) показник за Короткою шкалою оцінки психічного статусу, менший за 16.

4.9.15. Енцефаліт

4.9.15.1. Енцефаліт означає запалення мозку (півкулі головного мозку, стовбуру мозку або мозочку), що обумовлює значні ускладнення (в тому числі постійний неврологічний розлад), які тривають принаймні 6 тижнів. Постійний неврологічний розлад може включати розумову відсталість, емоційну нестійкість, сліпоту, глухоту, розлади мовлення, параліч половини тіла або параліч. Енцефаліт вважається страховим випадком, якщо він призводить до неврологічних розладів, що спричинюють:

1) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних пристроїв або

2) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи самотійно їсти або

3) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи усно спілкуватися з оточенням або

4) показник за Короткою шкалою оцінки психічного статусу, менший за 16.

4.9.16. Втрата слуху

Втрата слуху означає необоротну втрату слуху обох вух, де слуховий поріг становить вище 90 децибел, в результаті захворювання або травми. Під визначення не підпадають випадки, коли за загальним медичним висновком застосування слухового апарату або імплантату може забезпечити часткове або повне відновлення слуху.

4.9.17. Німота

Німота означає повну та необоротну втрату здатності говорити протягом безперервного періоду 12 місяців в результаті захворювання або травми. Під визначення не підпадають випадки, коли за загальним медичним висновком застосування будь-якого допоміжного засобу, пристрою або імплантату може забезпечити часткове або повне відновлення здатності говорити.

4.9.18. Захворювання моторних нейронів

4.9.18.1. Захворювання моторних нейронів означає прогресуючий розпад кірково-спинномозкового шляху клітин переднього рогу спинного мозку або бульбарних відцентрових нейронів. Захворювання моторних нейронів включає атрофію спинних м'язів, прогресуючий бульбарний параліч, бічний аміотрофічний склероз та первинний аміотрофічний склероз. Захворювання моторних нейронів вважається страховим випадком, якщо воно призводить до неврологічних розладів, що спричиняють:

- 1) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних пристроїв або
- 2) постійну або необоротну нездатність Застрахованої особи самотійно їсти.

4.9.19. Хвороба Паркінсона

4.9.19.1. Хвороба Паркінсона означає однозначно діагностоване повільно прогресуюче дегенеративне захворювання центральної нервової системи із розпадом нейронів області мозку, що спричиняє зниження рівнів допаміну в мозку, демонструє ознаки прогресуючого погіршення та характеризується неможливістю контролювати захворювання застосуванням препаратів. Хвороба Паркінсона вважається страховим випадком, якщо призводить до неврологічних розладів, що спричиняють:

- 1) постійне та необоротне порушення ходи, властиве для хвороби Паркінсона, що може бути підтвержене висновком невропатолога або
- 2) показник за Короткою шкалою оцінки психічного статусу, менший за 16.

4.9.20. Поліомієліт

Поліомієліт означає однозначно діагностовану інфекцію поліовірусу, що призводить до паралічу, який підтверджується відмовою моторних функцій або недостатністю респіраторної функції. Поліомієліт має призводити до неврологічних розладів, що спричиняють параліч кінцівок, який є постійним.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. До страхових випадків не відносяться події, перелічені нижче, а також події, прямою або опосередкованою причиною настання яких було будь-що з переліченого нижче:

5.1.1. Хвороби (захворювання) Застрахованої особи, діагностовані до дати набрання чинності договором страхування;

5.1.2. Вроджені вади;

5.1.3. Хвороби (захворювання), ускладнення, які виникли внаслідок абортів, вагітності та пологів (в тому числі внаслідок будь-яких проведених маніпуляцій, що пов'язані з абортами, вагітністю та пологами), крім позаматкової вагітності, якщо факт позаматкової вагітності встановлено не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня набуття чинності договором страхування, якщо інше не передбачено договором страхування;

- 5.1.4. Хвороби (захворювання), які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних засобів та/або психотропних речовин чи їх аналогів, токсичних речовин, лікарських засобів без призначення лікаря, а також хвороби, які є наслідком самолікування;
- 5.1.5. Хвороби (захворювання), які є наслідком замаху на самогубство, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;
- 5.1.6. Хвороби (захворювання), які є наслідком навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;
- 5.1.7. Хвороби (захворювання), які пов'язані з епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів;
- 5.1.8. Хвороби (захворювання), що є наслідком пластичних операцій, та ускладнення, пов'язані з таким хірургічним втручанням;
- 5.1.9. Будь-який стан, хвороба (захворювання), що прямо або опосередковано пов'язані із синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) або вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ) відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ);
- 5.1.10. Психічний або нервовий розлад або будь-який стан психічно-невропатичного походження;
- 5.1.11. Хвороби (захворювання) або стани, спричинені або пов'язані з дією обставин форс-мажору (стихійні лиха, громадські заворушення, революція, заколот, повстання, страйк, путч, терористичний акт, військові дії будь-якого роду, надзвичайний стан, оголошений органами влади, війна або будь-яка подія, викликана війною (оголошеною або неоголошеною) тощо);
- 5.1.12. Хвороби (захворювання) або стани, спричинені або пов'язані з дією радіоактивного забруднення внаслідок використання ядерного пального або його складової тощо;
- 5.1.13. Хвороби (захворювання) або стани, спричинені або пов'язані з дією радіоактивних, токсичних, вибухових або інших небезпечних якостей будь-якої вибухової ядерної установки;
- 5.1.14. Хвороби (захворювання), в тому числі професійні захворювання, які виникли внаслідок зайняття небезпечними видами діяльності;
- 5.1.15. Хвороби (захворювання) або стани, спричинені або пов'язані з професійним заняттям спортом;
- 5.1.16. Хвороби (захворювання) або стани, які сталися протягом або пов'язані із службою в армії або участю у військових операціях.
- 5.2. У разі страхування на випадок подій, зазначених у підпунктах 4.3.1 – 4.3.5 пункту 4.3 цих Правил, додатково до пункту 5.1 цих Правил не відносяться до страхових випадків події, що є наслідком:
- 5.2.1. Хвороб (захворювань) на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом протягом першого місяця після набуття чинності договором страхування;

5.2.2. Новоутворень, хвороб (захворювань) ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлено медичним закладом протягом перших трьох місяців після набрання чинності договором страхування;

5.2.3. Загострення (ускладнення) хронічної хвороби, на яку Застрахована особа була хвора на момент укладання договору страхування.

5.3. У разі страхування на випадок події, зазначеної в підпункті 4.3.6. пункту 4.3. цих Правил, додатково до пункту 5.1 цих Правил не відноситься до страхових випадків:

5.3.1. Госпіталізація, яка відбулась протягом першого місяця дії договору страхування, якщо інше не встановлено договором страхування;

5.3.2. Госпіталізація на строк менше 7 (семи) календарних днів, якщо інший строк не встановлено договором страхування;

5.3.3. Госпіталізація у зв'язку з рецидивом або загостренням (ускладненням) хвороби (захворювання) Застрахованої особи, якщо таку хворобу (захворювання) було діагностовано до набрання чинності договором страхування;

5.3.4. Госпіталізація з метою здійснення будь-яких медичних маніпуляцій, хірургічних втручань, якщо такі маніпуляції (втручання) проводяться без ліцензії на здійснення медичної практики;

5.3.5. Госпіталізація з метою проведення стерилізації, штучного запліднення, діагностування та лікування безпліддя.

5.4. У разі страхування на випадок події, зазначеної в підпункті 4.3.7 пункту 4.3 цих Правил, додатково до пункту 5.1 цих Правил не відносяться до страхових випадків:

5.4.1. Хвороби (захворювання) або стани, що були діагностовані у Застрахованої особи до набрання чинності договором страхування та які передували критичному захворюванню, а саме:

5.4.1.1. Хвороби (захворювання) або стани, що передували Раку: будь-які злоякісні або передракові утворення, папілома сечового міхура, поліпоз кишківника, хвороба Крона, виразковий коліт, гематурія, стул із домішками крові, кровохаркання, лімфаденопатія, спленомегалія, кахексія;

5.4.1.2. Хвороби (захворювання) або стани, що передували Інсульту: гіпертонія, хвороби клапанів серця, перехідні порушення мозкового кровообігу, гемофілія, легенева емболія, емболія будь-яких крупних судин, цукровий діабет, судинні внутрішньочерепні аневризми, атеросклероз, артеріовенозні пороки розвитку, фібриляція передсердя;

5.4.1.3. Хвороби (захворювання) або стани, що передували Серцевому нападу, Хірургії коронарних артерій зворотним методом: гіпертонія, стенокардія, атеросклероз та хвороби коронарних судин, за грудинний біль при підвищеній фізичній активності, цукровий діабет, аритмія, патологічні зміни на ЕКГ, гіперліпідемія, ожиріння;

5.4.1.4. Хвороби (захворювання) або стани, що передували Значній пересадці органів:

- 1) серце і серцево-легеневий комплекс: хвороби коронарних артерій, серцева недостатність, кардіоміопатія, гіпертонія;
- 2) легені: легенева недостатність, муковісцидоз;
- 3) печінка: гепатит В або С, термінальна стадія хронічного гепатиту, первинний біліарний цироз печінки, алкогольне ушкодження печінки, аутоімунний гепатит, тромбоз печінкових вен, порушення обміну речовин, новоутворення, холангіт;
- 4) підшлункова залоза: цукровий діабет, панкреатит, муковісцидоз;
- 5) нирка: хронічний гломерулонефрит, вроджена патологія, полікістоз нирок, нефропатія, що викликана анальгетиками або рефлюкс, гіпертонія, цукровий діабет, системна червона вовчанка;
- 6) кістковий мозок: будь-які злоякісні новоутворення, анемії, лейкопенії або тромбопенії.

5.4.1.5. Хвороби (захворювання) або стани, що передували Нирковій недостатності: хронічний гломерулонефрит, вроджена патологія, полікістоз нирок, нефропатія, що викликана анальгетиками або рефлюкс, гіпертонія, цукровий діабет, системна червона вовчанка;

5.4.2. Хвороби (захворювання) або стани, які не підпадають під визначення критичних захворювань згідно з цими Правилами;

5.4.3. Рецидив або загострення (ускладнення) хвороби, на яку Застрахована особа захворіла до набрання чинності договору страхування;

5.4.4. Будь-які наслідки відмови Застрахованої особи від медичної допомоги або призначеного лікування;

5.4.5. Будь-які наслідки авіапольоту (за винятком польоту в якості пасажирів за плату літаком, що здійснює пасажирські авіаперевезення, належно допущеним до виконання польоту);

5.4.6. Будь-які наслідки керування транспортним засобом без дійсного посвідчення на право керування транспортним засобом відповідної категорії;

5.4.7. Плановий медичний огляд;

5.4.8. Хвороби (захворювання) Застрахованої особи, а також хірургічні втручання, діагностовані (проведені) протягом перших трьох місяців після набрання чинності договору страхування;

5.4.9. Медичні маніпуляції, хірургічні втручання, проведені без ліцензії на здійснення медичної практики, а також наслідки таких маніпуляцій (втручань);

5.4.10. Стерилізація, штучне запліднення, діагностування та лікування безпліддя;

5.4.11. Хвороби (захворювання), а також хірургічні втручання, з моменту діагностування (проведення) яких Застрахована особа прожила менше одного місяця, при страхуванні ризику, зазначеного у п. 4.3.7 цих Правил, додатково

до ризику, зазначеного у п. 4.3.1 цих Правил, якщо інше не передбачено договором страхування;

5.4.12. Хвороби (захворювання), а також хірургічні втручання, з моменту діагностування (проведення) яких Застрахована особа прожила менше трьох місяців, при страхуванні окремо від ризику, зазначеного у п. 4.3.7 цих Правил, якщо інше не передбачено договором страхування.

5.5. Якщо інше не буде узгоджено при укладанні договору страхування або передбачено його умовами, не можуть бути Застраховані такі особи:

5.5.1. Які знаходяться на стаціонарному лікуванні;

5.5.2. ВІЛ – інфіковані, хворі на СНІД;

5.5.3. Визнані недієздатними у порядку, визначеному чинним законодавством;

5.5.4. Які є онкологічно хворими;

5.5.5. Інваліди I, II, III груп;

5.5.6. Які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах, під наглядом у фтизіатра.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування укладається на строк 1 (один) рік, якщо інше не зазначено у договорі страхування.

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

6.3. Договором страхування можуть бути передбачені страхові періоди, кожен з яких починає свою дію з моменту сплати чергового страхового платежу.

6.4. Дія договору страхування припиняється о 24 годині доби, що визначена як дата його закінчення, якщо інше не зазначено в договорі страхування.

6.5. Договір страхування діє на території України, якщо інше не передбачено договором страхування.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування.

7.2. Факт укладання договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

7.3. При укладанні договору страхування Страховик має право вимагати від Страхувальника надання таких документів:

1) копії паспорту громадянина України та ідентифікаційного номеру Страхувальника та Застрахованої особи;

2) медичні довідки, виписку з історії хвороби та інші медичні документи щодо стану здоров'я Застрахованої особи;

3) інші документи, необхідні для оцінки страхового ризику та укладання договору страхування, стосовно Застрахованої особи та Страхувальника, на вимогу Страховика.

7.4. У разі ненадання Страхувальником (Застрахованою особою) вищезазначених документів на вимогу Страховика, останній має право відмовити в укладанні договору страхування.

Страховик залишає за собою право перевірити достовірність наданих Страхувальником (Застрахованою особою) даних. У разі встановлення того, що інформація, надана про Страхувальника або Застраховану особу, є недостовірною, Страховик має право відмовити Страхувальнику в укладанні договору страхування.

7.5. У випадку страхування групи осіб до договору страхування додається список Застрахованих осіб, який є невід'ємною частиною договору страхування.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страховик зобов'язаний:

- 1) ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;
- 2) протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 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;
- 4) відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору страхування;
- 5) за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, внести відповідні зміни до договору страхування (переукласти з ним договір страхування);
- 6) не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

8.2. Страховик має право:

- 1) перевіряти подану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію, а також контролювати виконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог та умов договору страхування;
- 2) робити запити до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють необхідною інформацією про виконання умов договору страхування та обставини страхового випадку. Страховик також має право самостійно з'ясувати такі відомості;

- 3) вимагати внесення змін до договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ступеню страхового ризику, якщо йому стало відомо або він був повідомлений Страхувальником про обставини, що призводять до збільшення ступеню страхового ризику. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) заперечує проти зміни умов договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ступеню страхового ризику, Страховик має право достроково припинити дію договору страхування;
- 4) у випадку подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей або неповної інформації про предмет договору страхування, Страховик має право достроково припинити дію договору страхування або відмовити у страховій виплаті, якщо це передбачено договором страхування;
- 5) при укладанні договору страхування вимагати результати медичного обстеження особи, стосовно якої укладається договір страхування, та за його результатами приймати рішення щодо можливості укладання договору страхування;
- 6) відмовити в укладанні договору страхування згідно з п. 7.4 цих Правил та в інших випадках, якщо це не суперечить Закону;
- 7) відстрочити, якщо це передбачено договором страхування, прийняття рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у здійсненні страхової виплати, якщо за фактом смерті Застрахованої особи порушено кримінальну справу, до закінчення її розгляду (винесення вироку або закриття справи); а також, якщо у Страховика є підстави для сумнівів в правомірності одержання Застрахованою особою (Вигодонабувачем) страхової виплати – до закінчення розслідування страхового випадку Страховиком та отримання відповідей на запити від компетентних органів, але на строк не більше, ніж 6 (шість) місяців;
- 8) ініціювати внесення змін до договору страхування або достроково припинити дію договору страхування відповідно до умов договору страхування та законодавства України;
- 9) відмовити у страховій виплаті з підстав, передбачених Законом.

8.3. Страхувальник зобов'язаний, якщо це передбачено договором страхування:

- 1) при укладанні договору страхування правдиво та повно відповісти на всі питання Страховика та надалі невідкладно інформувати про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та про будь-яку зміну ступеню страхового ризику;
- 2) своєчасно вносити страхові платежі в розмірі та строки, визначені договором страхування;
- 3) при укладанні договору страхування надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

- 4) при укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору страхування;
- 5) вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 6) повідомити страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування;
- 7) дотримуватися умов договору страхування;
- 8) надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які Страховик вимагає при укладанні договору страхування, а також, при необхідності, надати Страховику можливість проведення медичного обстеження Застрахованої особи;
- 9) інформувати Страховика про зміни місця проживання / місцезнаходження, роботи та банківських реквізитів Страхувальника і Застрахованої особи;
- 10) надавати документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, в обсязі і строки, передбачені договором страхування;
- 11) не розголошувати відомостей, що становлять комерційну таємницю Страховика та стали відомі Страхувальнику при укладанні договору страхування;
- 12) забезпечити надійне зберігання документів, наданих Страховиком.

8.4. Страхувальник має право:

- 1) ініціювати внесення змін до договору страхування;
- 2) достроково припинити договір страхування відповідно до умов договору страхування та законодавства України;
- 3) оскаржити в судовому порядку рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати.

8.5. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки і права Страховика та Страхувальника, що не суперечать Закону.

8.6. У разі смерті Страхувальника, який уклав договір особистого страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованих.

8.7. Якщо Страхувальник - юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, права та обов'язки Страхувальника переходять до правонаступника.

8.8. У разі визнання судом Страхувальника-фізичну особу недієздатною, його права і обов'язки за договором страхування переходять до його опікуна. У разі визнання судом Страхувальника - фізичної особи обмежено дієздатним він здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. Якщо інше не передбачено договором страхування, то при настанні страхового випадку Страхувальник повинен повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня настання страхового випадку способом, зазначеним в договорі страхування.

9.2. Письмова заява про страховий випадок направляється Страховику Страхувальником (Застрахованою особою) або, залежно від характеру страхового випадку, представником, родичем, спадкоємцем чи Вигодонабувачем за формою, що встановлена Страховиком або, якщо такої форми не встановлено, у довільній формі в строк, зазначений в п. 9.1. цих Правил, якщо інше не передбачено договором страхування.

9.3. У разі виникнення поважних причин, за якими Страхувальник (Застрахована особа) або, залежно від характеру страхового випадку, представник, родич, спадкоємець чи Вигодонабувач не повідомили Страховика про настання страхового випадку у строк, передбачений цими Правилами, та за умови надання обґрунтованих пояснень з боку Страхувальника (Застрахованої особи) або, залежно від характеру страхового випадку, представника, родича, спадкоємця чи Вигодонабувача, Страховик може прийняти письмове повідомлення про страховий випадок протягом 6 (шести) місяців з дня настання страхового випадку.

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

10.1. Для здійснення страхової виплати в залежності від характеру страхового випадку вимагається подання таких документів:

- повністю заповненої заяви про страхову виплату;
- документу, що посвідчує особу Вигодонабувача або іншої особи, що має право на отримання страхової виплати відповідно до договору страхування;
- оригіналу договору страхування;
- оригіналу свідоцтва про смерть або нотаріально засвідченої копії;
- довідки про причину смерті;
- витягу з історії хвороби;
- витягу з медичної картки амбулаторного (стаціонарного) хворого та/або копії медичної картки амбулаторного (стаціонарного) хворого;
- копії листка непрацездатності або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих та дітей), підписаної відповідальною особою та засвідченої печаткою закладу охорони здоров'я;
- довідки МСЕК про встановлення I, або II, або III групи інвалідності;
- висновків про результати медичних досліджень, висновків лікарів відповідної лікарської спеціальності та інших документів закладу охорони здоров'я, що підтверджують факт настання критичного захворювання;

- документів, що свідчать про результати розслідування причин настання страхового випадку (протоколи, постанови, рішення, акти, складені відповідно до вимог законодавства України (країни тимчасового перебування) при проведенні розслідування настання страхового випадку компетентними органами);

- документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір витрат та є необхідними для здійснення страхової виплати, відмінних від зазначених вище, що надаються виключно за вимогою Страховика, якщо це передбачено договором страхування.

10.2. Заява про страхову виплату подається за адресою, зазначеною Страховиком в договорі страхування разом з документами, що підтверджують настання страхового випадку відповідно до п.10.1 цих Правил.

10.3. Будь-які витрати на отримання документів, перелік яких наведено у п. 10.1 цих Правил, несе Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, спадкоємці).

10.4. При настанні страхового випадку за кордоном, всі вищезазначені документи надаються з офіційним перекладом на державну мову, а також мають бути нотаріально посвідчені та/або легалізовані (апостильовані).

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. Страхова виплата здійснюється згідно з договором страхування на підставі письмової заяви про страхову виплату Страхувальника та/або осіб, які мають право на отримання страхової виплати згідно з договором страхування, та страхового акту.

11.2. У разі смерті Застрахованої особи або встановлення І групи інвалідності – страхова виплата здійснюється у розмірі 100% страхової суми, якщо інший розмір не передбачений договором страхування.

11.3. У разі встановлення II групи інвалідності страхова виплата здійснюється у розмірі 70% страхової суми, якщо інший розмір не передбачений договором страхування.

11.4. У разі встановлення III групи інвалідності страхова виплата здійснюється у розмірі 30% страхової суми, якщо інший розмір не передбачений договором страхування.

11.5. У разі тимчасової непрацездатності або госпіталізації Застрахованої особи страхова виплата здійснюється у фіксованому розмірі або у відсотку від страхової суми за кожен день непрацездатності або госпіталізації, починаючи з 7 (сьомого) календарного дня, якщо інший строк не передбачений договором страхування. Конкретна сума страхової виплати або відсоток від страхової суми за кожен день тимчасової непрацездатності або госпіталізації визначається у договорі страхування.

11.5.1. Якщо строк перебування Застрахованої особи на госпіталізації по одному страховому випадку протягом дії договору страхування перевищує 90 (дев'яносто) календарних днів, страхова виплата здійснюється виключно за перші 90 (дев'яносто) календарних днів, якщо інше не передбачено договором страхування.

11.5.2. Якщо загальний строк перебування на госпіталізації протягом дії договору страхування перевищує 180 (сто вісімдесят) календарних днів, страхова виплата здійснюється виключно за 180 (сто вісімдесят) календарних днів.

11.6. У разі діагностування критичного захворювання, страхова виплата здійснюється в розмірі 100% страхової суми, що встановлена по даному страховому випадку, якщо інший розмір не передбачений договором страхування.

11.7. Якщо договір страхування укладається із Страхувальником, який є позичальником за кредитним договором, страхова виплата може здійснюватися:

11.7.1. Одноразово у розмірі непогашеного залишку заборгованості Застрахованої особи за кредитним договором станом на дату настання страхового випадку, але не більше непогашеного залишку заборгованості на дату страхової виплати, якщо інше не передбачено договором страхування.

Непогашений залишок заборгованості означає:

- залишок основної суми кредиту ("тіла" кредиту);
- нараховані відсотки за користування кредитом не більш, ніж за перші 2 місяці з дати, коли позичальник припинив сплачувати платежі за кредитним договором до дати настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування.

11.7.2. У вигляді періодичних виплат, розмір яких визначається у договорі страхування.

Розмір періодичних виплат за договором страхування дорівнює розміру періодичних внесків по основній сумі кредиту та відсоткам за користування кредитом відповідно до умов кредитного договору, якщо інше не передбачено договором страхування.

Загальний розмір періодичних виплат не може перевищувати розмір непогашеного залишку заборгованості Застрахованої особи за кредитним договором станом на дату настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування.

11.8. Загальний розмір страхових виплат не може перевищувати страхову суму щодо конкретного страхового випадку, групи страхових випадків або договору страхування в цілому.

11.9. Якщо на дату прийняття Страховиком рішення про страхову виплату страховий платіж був сплачений не повністю (у випадку його сплати частинами), Страховик має право вирахувати із страхової виплати несплачену частину страхового платежу або визначити розмір страхової

виплати пропорційно до розміру фактично сплаченого страхового платежу, якщо це передбачено договором страхування.

11.10. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у страховій виплаті протягом 45 (сорока п'яти) календарних днів з дня отримання всіх документів, передбачених п. 10.1 цих Правил.

11.11. Якщо Страховик не завершив вивчення документів протягом 45 (сорока п'яти) календарних днів з дня отримання ним всіх необхідних документів, він зобов'язаний письмово повідомити Страхувальника та іншу особу, що має право на отримання страхової виплати про причини затримки.

11.12. У разі прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати, страхова виплата здійснюється відповідно до умов страхування Застрахованій особі (Вигодонабувачу або іншій особі, що визначена умовами страхування) протягом 10 (десяти) календарних днів з дня прийняття такого рішення.

12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

- 1) навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 2) вчинення Страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- 3) подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;
- 4) несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою або Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 5) випадки, зазначені у розділі 5 "Виключення із страхових випадків та обмеження страхування" цих Правил, якщо це передбачено умовами договору страхування;
- 6) інші випадки, передбачені законом.

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

Негативний фінансовий стан Страховика не є підставою для відмови у здійсненні страхових виплат.

12.3. Страховик приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати протягом 45 (сорока п'яти) календарних днів після отримання всіх документів, передбачених п. 10.1 цих Правил, та повідомляє про прийняте рішення Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача або іншу особу, яка має право на отримання страхової виплати), у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту прийняття такого рішення Страховиком.

12.4. Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

13. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

- 1) закінчення строку його дії;
- 2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 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 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору;
- 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”;
- 5) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 6) прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
- 7) в інших випадках, передбачених законодавством України.

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

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

13.3. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому 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 (їх частин), 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.

13.4. 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 страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум (їх частин), що були здійснені за цим договором страхування.

13.5. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення договору страхування.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

14.1. Спори, що виникають з договору страхування, вирішуються шляхом переговорів.

14.2. Якщо сторони договору страхування шляхом переговорів не дійшли згоди, то вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому законодавством України.

15. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

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

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

15.3. Розмір страхового платежу визначається залежно від розміру страхової суми на підставі страхових тарифів, що наведені у Додатку № 1 до цих Правил, на умовах та у порядку, передбаченому договором страхування.

15.4. Страховий платіж сплачується одноразово або частинами відповідно до умов договору страхування.

15.5. Страхувальник може сплачувати страховий платіж готівкою в касу Страховика (агента Страховика) або шляхом перерахування коштів на поточний рахунок Страховика.

15.6. Конкретний розмір страхового тарифу та страхового платежу визначається у договорі страхування.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Усі заяви та повідомлення, передбачені умовами договору страхування, повинні здійснюватися Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, іншими особами, що мають право на отримання страхових виплат) у письмовій формі.

16.2. Зміни та доповнення до договору страхування можуть бути внесені виключно за взаємною згодою сторін договору страхування шляхом укладання додаткової письмової угоди до договору страхування.

16.3. Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені Законом, повинні бути передбачені договором страхування.

Додаток №1
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби
(нової редакції)

Страхові тарифи

1. Норматив витрат на ведення справи становить 40%.
2. При укладенні договорів страхування застосовуються базові річні страхові тарифи (у % від страхової суми), які наведені у Таблиці 1.

Таблиця 1. Базові річні страхові тарифи

Страховий випадок	Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)	
Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання)	1,764	
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності I групи) внаслідок хвороби (захворювання)	0,084	
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності II групи відповідно до умов договору страхування) внаслідок хвороби (захворювання)	0,465	
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності III групи відповідно до умов договору страхування) внаслідок хвороби (захворювання)	0,650	
Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання)	0,673	
Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання)	0,673	
Критичне захворювання Застрахованої особи	для осіб віком від 2-х до 34-х років включно	0,02 – 0,8
	для осіб віком від 35-и до 50-и років включно	0,1 – 5
	для осіб віком від 51-го до 75-и років включно	0,7 – 17,5

3. В залежності від стану здоров'я Застрахованої особи, встановленого під час медичного обстеження (у випадку його проведення), статі, професійної належності, наявності шкідливих звичок, способу життя, розмірів страхових виплат за окремими страховими випадками, можливих обмежень страхування, та інших умов, визначених договором страхування, а

також у залежності від інших об'єктивних чинників, які суттєво впливають на ступінь страхового ризику, остаточний розмір страхового тарифу розраховується з використанням підвищувальних (від 1,0 до 10,0) та понижуючих (від 1,0 до 0,1) коригувальних коефіцієнтів шляхом множення коригувального коефіцієнту на вищевказані базові страхові тарифи.

Актуарій



(підпис)

/О. М. Соловейко/

(Диплом №03-001 від 18.12.2008)

Заступник директора
Державного комітету регулювання ринків
України

Відділ
Державного комітету регулювання ринків
України

Всього прошито, пронумеровано та
скріплено печаткою 27

двадцять сім
аркушів.

Генеральний директор
Романенко О.О.

Державний комітет регулювання ринків
України
генеральний директор
О.М. Кошчиш
ЗАРЕЄСТРОВАНО
25.10.10.
0410556
Дата
Реєстраційний номер

ЗАТВЕРДЖУЮ:

**Генеральний директор
Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «Кардіф»
Романенко О.О.
2014 року**



Зміни № 1

**до «Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція)»
від 01.09.2010 р. (ресстраційний номер 0410556 від 25.10.2010 р.) (надалі – Правила)**

Внести наступні зміни до Правил:

1. Доповнити пункт 4.3 Правил підпунктом 4.3.8 в наступній редакції:

«4.3.8. Госпіталізація Застрахованої особи у невідкладному стані внаслідок хвороби (захворювання) за допомогою бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на спеціалізованому санітарному транспорті, що підтверджено документально».

2. В пункті 4.4 Правил вираз «в підпунктах 4.3.1-4.3.5» змінити на вираз «в підпунктах 4.3.1-4.3.5, 4.3.8».

3. Доповнити пункт 4.4 Правил підпунктом 4.4.1 в наступній редакції:

«4.4.1. Договором страхування може бути передбачено, що подія, вказана в підпункті 4.3.8 пункту 4.3 Правил, визнається страховим випадком, якщо вона відбулась під час дії договору страхування (з урахуванням положень щодо періоду виключення згідно умов підпункту 1.2.5 пункту 1.2 Правил), підтверджена документами, вказаними в договорі страхування, та настала внаслідок хвороби (захворювання), визначеної у договорі страхування».

4. В пункті 4.7 Правил вираз «Міжнародною статистичною класифікацією хвороб (МКХ-10)» змінити на вираз «Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ), яка є чинною на момент настання страхового випадку, якщо інше не буде передбачено умовами договору страхування».

5. Пункт 4.8 Правил викласти в наступній редакції:

«4.8. Госпіталізація – це безперервне перебування в стаціонарі лікарні (на стаціонарному лікуванні, включаючи, якщо це передбачено умовами договору страхування, перебування на денному стаціонарі) не менше 7 (семи) календарних днів поспіль, якщо інший строк не встановлений в договорі страхування».

6. Доповнити пункт 4.9 Правил підпунктом 4.9.21 в наступній редакції:

«4.9.21. Договором страхування може бути передбачено перелік інших критичних захворювань, визначення яких надається у договорі страхування, або інше визначення критичних хвороб (захворювань), які наведені в підпунктах 4.9.1 – 4.9.20 пункту 4.9 Правил, в залежності від можливих обставин їх настання».

7. Підпункт 5.1.1 пункту 5.1 Правил викласти в наступній редакції:

«5.1.1. Хвороби (захворювання) Застрахованої особи, діагностовані до дати набрання чинності договором страхування, а також рецидив хвороби (захворювання), якщо інше не передбачено умовами договору страхування».

8. Підпункт 5.1.2 пункту 5.1 Правил викласти в наступній редакції:

«5.1.2. Вроджені вади, спадкові вади».

9. Підпункт 5.1.5 пункту 5.1 Правил викласти в наступній редакції:

«5.1.5. Хвороби (захворювання), які є наслідком спроби самогубства, що сталося протягом дії договору страхування, якщо інший строк не передбачений договором страхування, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб».

10. Підпункт 5.1.6 пункту 5.1 Правил викласти в наступній редакції:

«5.1.6. Хвороби (захворювання), які є наслідком навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, в тому числі внаслідок необережного поводження зі зброєю, незалежно від психічного стану».

11. Підпункт 5.1.11 пункту 5.1 Правил викласти в наступній редакції:

«5.1.11. Хвороби (захворювання) або стани, які є наслідком, спричинені або пов'язані з: стихійними лихами, громадськими заворушеннями, революцією, заколотом, повстанням, страйком, путчем, терористичними актами або будь-якими діями терористів, військовими діями будь-якого роду, надзвичайним станом, оголошеним органами влади, війною або будь-якою подією, викликаною війною (оголошеною або неоголошеною)».

12. Доповнити пункт 5.1 Правил підпунктами 5.1.17 – 5.1.19 в наступній редакції:

«5.1.17. Хвороби (захворювання), які є наслідком скоєння Застрахованою особою протиправних дій або участі в них;

5.1.18. Хвороби (захворювання) або стани, які є наслідком, спричинені або пов'язані з здійсненням будь-яких медичних маніпуляцій, хірургічних втручань, проведених без ліцензії на провадження діяльності з медичної практики;

5.1.19. Хвороби (захворювання) або стани, які є наслідком, спричинені або пов'язані з:

- керуванням будь-яким транспортним засобом без дійсного посвідчення водія (свідоцтва) відповідної категорії; керуванням будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

- грубим порушенням правил техніки безпеки, пожежної безпеки, правил дорожнього руху;

- зайняттям небезпечними видами спорту, будь-якою роботою або тренуванням в якості професійного спортсмена».

13. Підпункт 5.2.3 пункту 5.2 Правил викласти в наступній редакції:

«5.2.3. Загострення (ускладнення) хронічної хвороби, на яку Застрахована особа була хвора на момент укладання договору страхування, якщо інше не передбачено умовами договору страхування».

14. Доповнити пункт 5.3 Правил підпунктами 5.3.6 – 5.3.9 в наступній редакції:

«5.3.6. Госпіталізація, що пов'язана з вагітністю або пологами (в тому числі передчасними), декретним періодом, доглядом за дитиною;

5.3.7. Госпіталізація, що пов'язана зі спробою самогубства;

5.3.8. Госпіталізація для проведення планових операцій або для проведення пластичних операцій та/або у зв'язку з ускладненням внаслідок такого хірургічного втручання;

5.3.9. Повторна госпіталізація – госпіталізація Застрахованої особи, яка відбулась з тієї самої причини, що і попередня госпіталізація (незалежно від дати та строку попередньої госпіталізації), якщо інше не передбачено умовами договору страхування».

15. Доповнити розділ 5 Правил пунктами 5.6 – 5.8 в наступній редакції:

«5.6. Якщо інше не передбачено договором страхування, Страховик не несе відповідальності за несприятливі наслідки діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку, який стався в період дії договору страхування.

5.7. Договором страхування можуть бути передбачені також інші випадки звільнення Страховика від обов'язку щодо здійснення страхової виплати та інші виключення із страхових випадків і обмеження страхування, що не суперечать закону України.

5.8. Будь-яке з виключень чи обмежень, що передбачені у пунктах 5.1 – 5.7 цих Правил, може бути зняте при укладанні договору страхування за згодою сторін по договору страхування».

16. Доповнити розділ 10 Правил пунктом 10.5 в наступній редакції:

«10.5. У відношенні до кожного страхового випадку по договору страхування за згодою сторін може бути передбачена заміна переліку всіх або частини документів, що підтверджують настання страхового випадку (пункт 10.1 цих Правил). Страховик має право звільнити Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) від обов'язку надавати частину документів із вищезазначеного переліку документів чи зобов'язати надати інші документи, що не передбачені переліком пункту 10.1 цих Правил, якщо це передбачено договором страхування».

17. Доповнити пункт 11.1 Правил підпунктом 11.1.1 в наступній редакції:

«11.1.1. Розмір страхової виплати визначається в порядку, передбаченому в договорі страхування, згідно з одним із наступних варіантів залежно від умов страхування:

- у відсотку від страхової суми за договором страхування з урахуванням умов пунктів 11.2 – 11.6 Правил;

- у фіксованому розмірі або у вигляді періодичних виплат, що передбачені у договорі страхування по факту настання страхового випадку, з урахуванням умов пунктів 11.5, 11.7 Правил;

- відповідно до інших умов, викладених у договорі страхування».

18. Доповнити розділ 11 Правил пунктом 11.13 в наступній редакції:

«11.13. В залежності від умов страхування та/або потреб Страхувальника (Застрахованої особи) договором страхування можуть бути передбачені також інші умови щодо порядку та умов здійснення страхової виплати, що не суперечать вимогам закону України».

19. Доповнити розділ 16 Правил пунктами 16.4 – 16.8 в наступній редакції:

«16.4. Договором страхування по страховим випадкам, передбаченим підпунктами 4.3.1 – 4.3.4 Правил, може бути передбачено розширений період для повідомлення про настання страхового випадку. При цьому, якщо інше не передбачено умовами договору страхування, такий розширений період:

16.4.1. надається виключно за умови, якщо подія, яка призвела до настання страхового випадку, мала місце під час дії договору страхування;

16.4.2. не може перевищувати 6 (шести) календарних місяців з дати закінчення дії договору страхування, якщо інший строк не встановлений договором страхування;

16.4.3. не застосовується та не діє при достроковому припиненні договору страхування.

16.5. У кожний договір страхування відповідно до умов статті 16 Закону України «Про страхування» та виключно за взаємною згодою сторін можуть бути включені інші умови страхування, якщо ці умови не суперечать закону України та цим Правилам.

16.6. Страховик може розробити у відповідності з цими Правилами програми страхування, у тому числі із страховими тарифами в межах страхових тарифів, зазначених в Додатку № 1 до цих Правил.

16.7. Умови, що не врегульовані цими Правилами, регулюються договором страхування та законом України.

16.8. У випадку, якщо договір страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення цих Правил, то пріоритетну силу мають положення договору страхування».

20. Викласти Додаток № 1 до Правил в редакції, що наведена у Додатку № 1 до цих змін № 1 до Правил.

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Розмір страхового тарифу залежить від умов страхування та інших додаткових істотних факторів, визначених у кожному конкретному договорі страхування.
2. Базові річні страхові тарифи по добровільному страхуванню здоров'я на випадок хвороби наведені у таблиці № 1:

Таблиця 1. Базові річні страхові тарифи

Страховий випадок		Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)
Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання)		3,267
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності I групи) внаслідок хвороби (захворювання)		0,249
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності II групи відповідно до умов договору страхування) внаслідок хвороби (захворювання)		0,284
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності III групи відповідно до умов договору страхування) внаслідок хвороби (захворювання)		1,307
Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання)		25,0
Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання)		4,524
Критичне захворювання Застрахованої особи	Для осіб віком від 2 (двох) до 34 (тридцяти чотирьох) років включно	0,02 – 0,8
	Для осіб віком від 35 (тридцяти п'яти) до 50 (п'ятдесяти) років включно	0,1 – 5,0
	Для осіб віком від 51 (п'ятдесяти одного) до 75 (сімдесяти п'яти) років включно	0,7 – 17,5
Госпіталізація Застрахованої особи у невідкладному стані внаслідок хвороби (захворювання) за допомогою бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на спеціалізованому санітарному транспорті, що підтверджено документально		7,942

2.1. В залежності від віку Застрахованої особи до базових річних страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт К1 (таблиця 2) (не застосовується для розрахунку страхового тарифу по страховому ризику «Критичне захворювання Застрахованої особи»):

Таблиця 2.

Коригування тарифу із застосуванням коригуючого коефіцієнту К1

Вік Застрахованої особи, роки	Коригуючий коефіцієнт К1
Для осіб віком до 3 років	2,0-7,0
Для осіб віком від 3 до 16 років включно	2,0-7,0
Для осіб віком від 17 до 65 років включно	1,0
Для осіб віком від 66 до 75 років включно	2,0-7,0
Для осіб віком від 76 років	2,0-7,0

2.2. В залежності від строку дії договору страхування до базових річних страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт K2 (таблиця 3):

Таблиця 3.

Коригування тарифу із застосуванням коригуючого коефіцієнту K2

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коригуючий коефіцієнт K2, %	0,3	0,4	0,5	0,6	0,65	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95

3. В залежності від конкретних умов договору страхування, стану здоров'я Застрахованої особи, встановленого під час медичного обстеження (у випадку його проведення) або визначеного у відповідній декларації про стан здоров'я, статі, професійної належності, наявності шкідливих звичок, способу життя, розмірів страхових виплат за окремими страховими випадками, можливих обмежень страхування та інших суттєвих в кожному конкретному випадку факторів, до базових річних страхових тарифів, які зазначені у таблиці 1 цього Додатку, можуть застосовуватись інші коригуючі коефіцієнти від 0,01 до 10,0 відповідно до впливу вищезазначених факторів на ступінь ризику.

4. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін по договору страхування.

5. Норматив витрат на ведення справи становить 40%.

Актуарій *Н.Ю. Прокопчук* Н.Ю. Прокопчук
Свідоцтво № 03-012 від 08.08.2013 р.

Пронито та пронумеровано

6 (шість) аркушів

Генеральний директор

Приватного акціонерного товариства

«Страхова компанія «Карліф»

Романенко О.О.

В.В. Гуров
М.В. Романенко
16.10.14 0414



ЗАТВЕРДЖУЮ:

НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ, ЩО ЗДІЙСНЮЄ ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ		Генеральний директор
РЕЄСТРОВАНО		Приватного акціонерного товариства
Шен Каміссі		«Страхова компанія «Кардіф»
Найменування посади		Романенко О.О.
Підпис	Прізвище, ініціали та ім'я	12 травня 2017 року
01.06.17	0417	
Дата	Реєстраційний номер	



Зміни № 2

до «Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція)»
від 01.09.2010 р. (реєстраційний номер 0410556 від 25.10.2010 р.) (надалі – Правила)

Внести наступні зміни до Правил:

1. Доповнити пункт 4.3 Правил підпунктом 4.3.9 в наступній редакції:

«4.3.9. Захворювання на інфекційну хворобу. Під захворюванням на інфекційну хворобу розуміється документально підтверджена тимчасова непрацездатність Застрахованої особи не менше 6 (шести) календарних днів поспіль, якщо інший строк не буде передбачено умовами договору страхування, внаслідок захворювання Застрахованої особи на інфекційну хворобу з переліку хвороб, який визначено умовами договору страхування, та виключно за умови, якщо така хвороба була вперше діагностована у Застрахованої особи під час дії договору страхування, що підтверджено документально, та відповідає визначенню з чинної редакції Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ), але з урахуванням виключень та обмежень, передбачених відповідними умовами розділу 5 Правил, якщо інше не буде передбачено умовами договору страхування. За згодою сторін договору страхування умова визначення захворювання на інфекційну хворобу може бути визначена у договорі страхування іншим чином, який буде погоджений сторонами договору страхування в залежності від умов страхування, обраних при укладанні договору страхування, або в порядку, визначеному у самому договорі страхування, або визначено конкретний перелік інфекційних хвороб, по яким надається або по яким не надається страховий захист в рамках договору страхування».

2. Доповнити розділ 7 Правил пунктами 7.6-7.7 в наступній редакції:

«7.6. Договір страхування може бути укладений у відповідності до Закону України «Про електронну комерцію».

7.7. Договір страхування може бути укладений відповідно до вимог Цивільного кодексу України шляхом пропозиції однієї сторони укласти договір (оферти) і прийняття пропозиції (акцепту) другою стороною. Порядок надання пропозиції та прийняття пропозиції встановлюється договором страхування».

3. Доповнити пункт 12.1 Правил підпунктом 12.1.1 в наступній редакції:

«12.1.1. Договором страхування може бути передбачено, що:

а) Страховик звільняється від страхової виплати, якщо Страхувальником (Застрахованою особою) подано Страховику неправдиву інформацію та/або документи про факт настання страхового випадку, які мають бути надані відповідно до встановлених Страховиком вимог, в тому числі з метою завищення суми страхової виплати, або документи, що неправильно оформлені, мають виправлення або які підписанні особами, які не мали на це повноважень, якщо інше передбачено договором страхування;

- б) Страховик звільняється від страхової виплати в разі неподання Страхувальником (Застрахованою особою) відповідно до умов договору страхування документів, які необхідні Страховику для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, або несвоєчасне та не в повному обсязі подання документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір завданої шкоди та є необхідними для здійснення страхової виплати, якщо інше передбачено договором страхування;
- в) Страховик звільняється від страхової виплати в разі відмови Страхувальником (Застрахованою особою) надати медичну документацію при настанні страхового випадку, посилаючись на лікарську таємницю, або в разі ненадання Страхувальником (Застрахованою особою) відповідно до умов договору страхування Страховику достовірних відомостей про стан свого здоров'я, або в разі відмови Страхувальником (Застрахованою особою) пройти медичне обстеження в закладах охорони здоров'я, визначених Страховиком та за його рахунок, якщо інше передбачено договором страхування;
- г) Страхова виплата не здійснюється у випадках, зазначених у розділі 5 цих Правил, якщо інше не передбачено умовами договору страхування».

4. Доповнити пункт 16.2 Правил підпунктом 16.2.1 в наступній редакції:

«16.2.1. Договором страхування може передбачатись застосування окремої процедури внесення змін до договору страхування за ініціативою Страховика або за ініціативою Страхувальника в порядку, встановленому у такому договорі страхування».

5. Викласти Додаток № 1 до Правил в редакції, що наведена у Додатку № 1 до цих змін № 2 до Правил.

Додаток № 1 до змін № 2 до Правил

Додаток № 1
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби (нової редакції)

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Розмір страхового тарифу залежить від умов страхування та інших додаткових істотних факторів, визначених у кожному конкретному договорі страхування.
2. Базові річні страхові тарифи по добровільному страхуванню здоров'я на випадок хвороби наведені у таблиці № 1:

Таблиця 1. Базові річні страхові тарифи

Страховий випадок		Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)
Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання)		3,267
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності I групи) внаслідок хвороби (захворювання)		0,249
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності II групи відповідно до умов договору страхування) внаслідок хвороби (захворювання)		0,284
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності III групи відповідно до умов договору страхування) внаслідок хвороби (захворювання)		1,307
Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання)		25,0
Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання)		4,524
Критичне захворювання Застрахованої особи	Для осіб віком від 2 (двох) до 34 (тридцяти чотирьох) років включно	0,02 – 0,8
	Для осіб віком від 35 (тридцяти п'яти) до 50 (п'ятдесяти) років включно	0,1 – 5,0
	Для осіб віком від 51 (п'ятдесяти одного) до 75 (сімдесяти п'яти) років включно	0,7 – 17,5
Госпіталізація Застрахованої особи у невідкладному стані внаслідок хвороби (захворювання) за допомогою бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на спеціалізованому санітарному транспорті, що підтверджено документально		7,942
Захворювання на інфекційну хворобу		2,347

2.1. В залежності від віку Застрахованої особи до базових річних страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт K1 (таблиця 2) (не застосовується для розрахунку страхового тарифу по страховому ризику «Критичне захворювання Застрахованої особи»):

Таблиця 2.

Коригування тарифу із застосуванням коригуючого коефіцієнту K1

Вік Застрахованої особи, роки	Коригуючий коефіцієнт K1
Для осіб віком до 3 років	2,0-7,0
Для осіб віком від 3 до 16 років включно	2,0-7,0
Для осіб віком від 17 до 65 років включно	1,0
Для осіб віком від 66 до 75 років включно	2,0-7,0
Для осіб віком від 76 років	2,0-7,0

2.2. В залежності від строку дії договору страхування до базових річних страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт K2 (таблиця 3):

Таблиця 3.

Коригування тарифу із застосуванням коригуючого коефіцієнту K2

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коригуючий коефіцієнт K2, %	0,3	0,4	0,5	0,6	0,65	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95

3. В залежності від конкретних умов договору страхування, стану здоров'я Застрахованої особи, встановленого під час медичного обстеження (у випадку його проведення) або визначеного у відповідній декларації про стан здоров'я, статі, професійної належності, наявності шкідливих звичок, способу життя, розмірів страхових виплат за окремими страховими випадками, можливих обмежень страхування та інших суттєвих в кожному конкретному випадку факторів, до базових річних страхових тарифів, які зазначені у таблиці 1 цього Додатку, можуть застосовуватись інші коригуючі коефіцієнти від 0,01 до 10,0 відповідно до впливу вищезазначених факторів на ступінь ризику.

4. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін по договору страхування.

5. Норматив витрат на ведення справи становить 40%.

5.1. Вказаний розмір нормативу витрат на ведення справи використовується при достроковому припиненні дії договорів страхування згідно вимог закону для розрахунків відповідних сум при поверненні Страховиком страхових платежів за період, що залишився до закінчення дії договору страхування.

5.2. Для визначення відповідних сум при поверненні Страховиком страхових платежів за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, Страховик, для визначення по кожному договору страхування суми страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, може використовувати наступні методи розрахунку:

5.2.1. I метод. Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, визначається в залежності від фактичної кількості днів дії договору страхування:

$$P = S - (S / n \times k), \text{ де:}$$

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

n – строк дії договору страхування в днях;

k – фактична кількість днів дії договору страхування.

5.2.2. II метод. Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, визначається в залежності від місяця, в якому достроково припиняється дія договору страхування:

$$P = (S - S_p) \times (n - k) / n \times K_3, \text{ де:}$$

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

S_p – зароблений страховий платіж на дату початку дії договору страхування, розмір якого визначається згідно вимог закону щодо порядку формування величини резервів незароблених премій (резерву премій);

n – строк дії договору страхування в місяцях;

k – фактична кількість місяців дії договору страхування (при цьому неповний місяць дії договору страхування вважається за повний);

K_3 – коригуючий коефіцієнт, що визначає сталий еквівалент змінного профілю ризику. Коефіцієнт K_3 може набувати значення з проміжку від 0,5 до 1,0.

5.3. Для розрахунку суми, що підлягає поверненню при достроковому припиненні дії договорів страхування згідно вимог закону, використовується наступна методика розрахунку:

$$R_p = P - C - V, \text{ де:}$$

R_p – розрахована сума, що підлягає поверненню при достроковому припиненні дії договорів страхування згідно вимог закону;

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

V – сума фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за договором страхування;

C – сума витрат на ведення справи при достроковому припиненні дії договорів страхування, яка розраховується наступним чином:

$$C = S \times (n - k) / n \times N, \text{ де:}$$

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

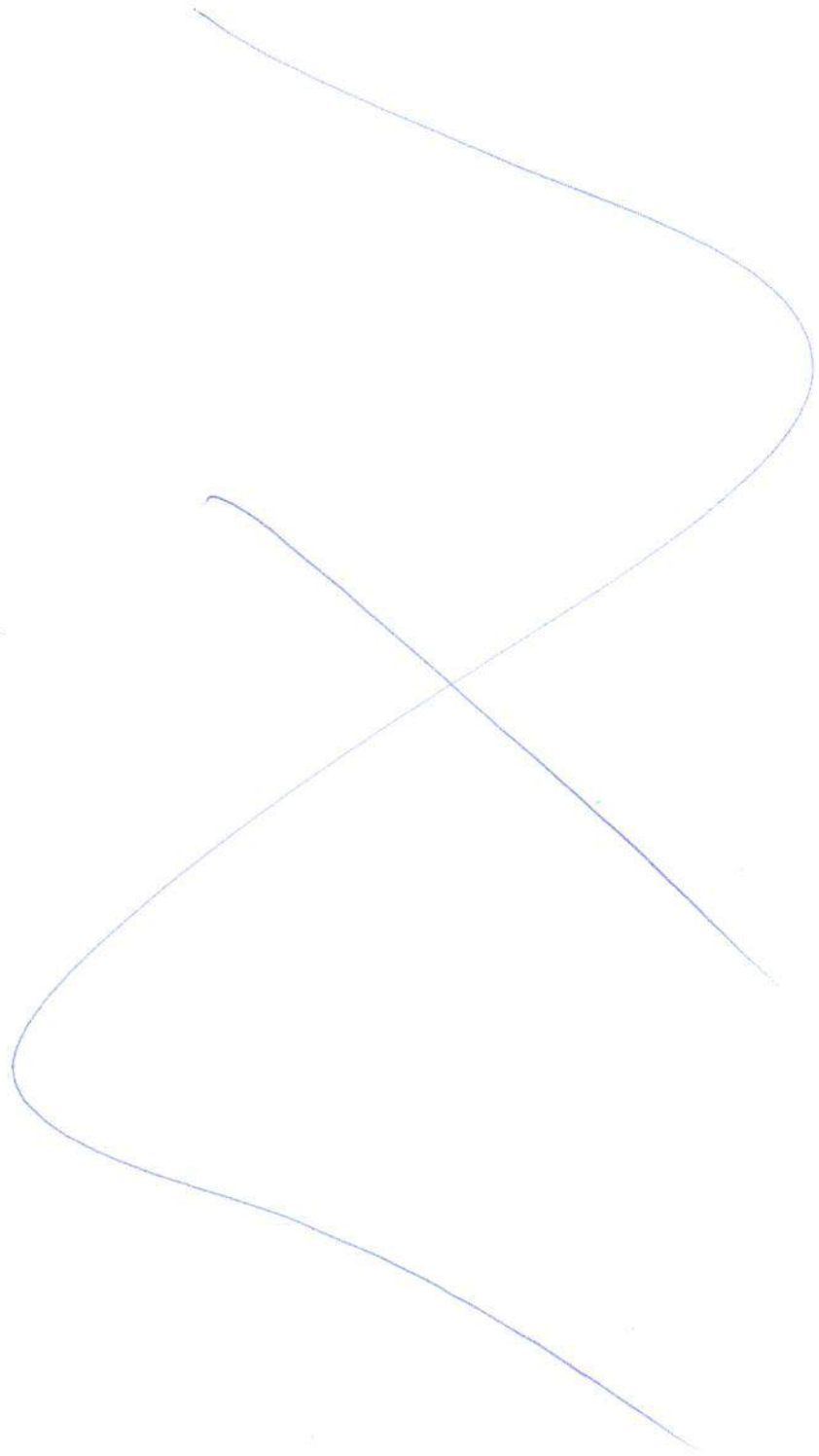
n – строк дії договору страхування в днях (місяцях);

k – фактична кількість днів (місяців) дії договору страхування (при цьому неповний місяць дії договору страхування вважається за повний);

N – норматив витрат на ведення справи.

Актуарій: Скрипка Олена Анатоліївна
(ПІБ)

Підпис:  Свідоцтво: № 01-019 від 28.07.2016 р.



Усього в цьому документі пронумеровано,
прошито, скріплено печаткою та підписом 6
(шість) аркушів

Генеральний директор

Приватного акціонерного товариства

«Страхова компанія «Кардіо»

Романенко О.О.

12.05.2017р.



ЗАРЕЄСТРОВАНО

Національна комісія, що здійснює держане регулювання у сфері ринків фінансових послуг

Розпорядження № 1255
02.07.2019 року

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Генеральний директор
Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «Кардіф»



Романенко О.О.

03.06.2019 року

**Зміни № 3
до ПРАВИЛ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ
(нова редакція) від 01.09.2010р.**

(реєстраційний номер 0410556 від 25.10.2010р.)

Внести наступні зміни до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція) від 01.09.2010р. (реєстраційний номер 0410556 від 25.10.2010р.) (надалі – Правила):

1. Викласти розділ 15 Правил в новій редакції:

«15. СТРАХОВІ ТАРИФИ ЗА ДОГОВОРАМИ СТРАХУВАННЯ

- 15.1. Страхіві тарифи обчислюються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків. Розміри базових річних страхових тарифів та коригуючі коефіцієнти до базових річних страхових тарифів наведено у Додатку 1 до цих Правил. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін.
- 15.2. Розмір страхового платежу визначається шляхом множення страхового тарифу розрахованого відповідно до Додатку 1 до цих Правил на страхову суму, що встановлені договором страхування.
- 15.3. Страховий платіж сплачується одноразово або частинами відповідно до умов договору страхування. Договором страхування може бути передбачено поетапну сплату страхового платежу за визначені відповідні періоди страхування (періоди дії страхового захисту).
- 15.4. Якщо це передбачено умовами договору страхування, то при сплаті страхового платежу частинами Страховик несе зобов'язання за укладеним договором страхування лише в період, за який страховий платіж (його відповідна частина) сплачена.
- 15.5. Страхувальник може сплачувати страховий платіж готівкою в касу Страховика (агента Страховика) або шляхом перерахування коштів на поточний рахунок Страховика або із використанням будь-яких платіжних систем та технічних засобів. При цьому, якщо інше не передбачено договором страхування, днем сплати страхового платежу вважається день зарахування страхового платежу на поточний рахунок Страховика.
- 15.6. Страхувальники згідно з укладеними договорами страхування мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник-нерезидент – у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України. Якщо дія договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.»

2. Доповнити Правила Додатком №1 в новій редакції, виклавши такий Додаток №1 до Правил, в редакції, що наведена у Додатку №1 до цих Змін №3 до Правил.

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Розмір страхового тарифу залежить від умов страхування та інших додаткових істотних факторів, визначених у кожному конкретному договорі страхування.
2. Базові річні страхові тарифи по добровільному страхуванню здоров'я на випадок хвороби наведені у Таблиці № 1:

Таблиця 1. Базові річні страхові тарифи

Страховий випадок		Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)
Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання)		3,267
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності I групи) внаслідок хвороби (захворювання)		0,249
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності II групи відповідно до умов договору страхування) внаслідок хвороби (захворювання)		0,284
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності III групи відповідно до умов договору страхування) внаслідок хвороби (захворювання)		1,307
Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання)		25,0
Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок хвороби (захворювання)		4,524
Критичне захворювання Застрахованої особи	Для осіб віком від 2 (двох) до 34 (тридцяти чотирьох) років включно	0,02 – 0,8
	Для осіб віком від 35 (тридцяти п'яти) до 50 (п'ятдесяти) років включно	0,1 – 5,0
	Для осіб віком від 51 (п'ятдесяти одного) до 75 (сімдесяти п'яти) років включно	0,7 – 17,5
Госпіталізація Застрахованої особи у невідкладному стані внаслідок хвороби (захворювання) за допомогою бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на спеціалізованому санітарному транспорті, що підтверджено документально		7,942
Захворювання на інфекційну хворобу		2,347

2.1. В залежності від віку Застрахованої особи до базових річних страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт К1 (Таблиця 2) (не застосовується для розрахунку страхового тарифу по страховому ризику «Критичне захворювання Застрахованої особи»):

Таблиця 2. Коригування тарифу із застосуванням коригуючого коефіцієнту К1

Вік Застрахованої особи, роки	Коригуючий коефіцієнт К1
Для осіб віком до 3 років	2,0-7,0
Для осіб віком від 3 до 16 років включно	2,0-7,0
Для осіб віком від 17 до 65 років включно	1,0
Для осіб віком від 66 до 75 років включно	2,0-7,0
Для осіб віком від 76 років	2,0-7,0

2.2. В залежності від строку дії договору страхування до базових річних страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт К2 (Таблиця 3):

Таблиця 3. Коригування тарифу із застосуванням коригуючого коефіцієнту К2

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коригуючий коефіцієнт К2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,65	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95

2.3. В залежності від розміру нормативу витрат до базових страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт К3 (Таблиця 4):

Таблиця 4. Коригування тарифу із застосуванням коригуючого коефіцієнту К3

Розмір нормативу витрат	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
Коригувальні коефіцієнти К3	1	1,09	1,2	1,33	1,5	1,7	2

3. В залежності від конкретних умов договору страхування, стану здоров'я Застрахованої особи, встановленого під час медичного обстеження (у випадку його проведення) або визначеного у відповідній декларації про стан здоров'я, статі, професійної належності, наявності шкідливих звичок, способу життя, розмірів страхових виплат за окремими страховими випадками, можливих обмежень страхування та інших суттєвих в кожному конкретному випадку факторів, до базових річних страхових тарифів, які зазначені у Таблиці 1 цього Додатку, можуть застосовуватись інші коригуючі коефіцієнти від 0,05 до 10,0 відповідно до впливу вищезазначених факторів на ступінь ризику.

4. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін по договору страхування.

5. Норматив витрат Страховика на ведення справи при страхуванні на підставі цих Правил визначений при розрахунках відповідних страхових тарифів у розмірі до 70% від величини страхового тарифу та вказується у договорі страхування.

6. Для визначення відповідних сум при поверненні Страховиком страхових платежів за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, Страховик, для визначення по кожному договору страхування суми страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, може використовувати наступні методи розрахунку:

6.1. **I метод.** Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, визначається в залежності від фактичної кількості днів дії договору страхування:

$$P = S - (S / n \times k), \text{ де:}$$

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

n – строк дії договору страхування або строк, якому відповідає надходження сум страхових платежів та страхове покриття згідно з умовами договору, в днях;

k – фактична кількість днів дії договору страхування або кількість днів, що минули з дати початку строку, якому відповідає надходженню сум страхових платежів.

6.2. **II метод.** Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, визначається в залежності від місяця (дня), в якому достроково припиняється дія договору страхування, та фактичних аквізиційних витрат за договором страхування:

$$P = (S - S_p) \times (n - k) / n, \text{ де:}$$

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

S_p – величина перевищення фактичних аквізиційних витрат за договором страхування, які не компенсуються агентом у разі дострокового припинення дії договору страхування, над величиною аквізиційних витрат, що покриваються нормативними витратами на ведення справи; така величина вважається заробленою на дату дострокового припинення дії договору страхування;

n – строк дії договору страхування або строк, якому відповідає надходження сум страхових платежів та страхове покриття згідно з умовами договору, в місяцях (днях);

k – фактична кількість місяців (днів) дії договору страхування або кількість місяців (днів), що минули з дати початку строку, якому відповідає надходженню сум страхових платежів (при цьому неповний місяць дії договору страхування вважається за повний).

6.3. Для розрахунку суми, що підлягає поверненню при достроковому припиненні дії договорів страхування згідно вимог закону, використовується наступна методика розрахунку:

$$R_p = \max(P - C - V; 0), \text{ де:}$$

R_p – розрахована сума, що підлягає поверненню при достроковому припиненні дії договорів страхування згідно вимог закону;

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

V – сума фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за договором страхування;

C – сума нормативних витрат на ведення справи при достроковому припиненні дії договорів страхування, яка розраховується наступним чином:

$$C = S \times (n - k) / n \times N, \text{ де:}$$

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

n – строк дії договору страхування або строк, якому відповідає надходження сум страхових платежів та страхове покриття згідно з умовами договору, в днях (місяцях);

k – фактична кількість днів (місяців) дії договору страхування або кількість місяців (днів), що минули з дати початку строку, якому відповідає надходженню сум страхових платежів (при цьому неповний місяць дії договору страхування вважається за повний);

N – норматив витрат на ведення справи.

Актуарій: Луз Максим Миколайович

Підпис: _____

Свідоцтво: № 01-31 від 14.12.2017 р., строк дії: без обмеження строку дії.

Всього прошиито, пронумеровано та

скріплено печаткою _____

5 (п'ять)

аркушів.

Генеральний директор

Романенко О.О.

