

Відкрите акціонерне товариство „Страхова компанія „Оранта-Січ”

„ЗАТВЕРДЖЕНО”  
рішенням Правління ВАТ СК „Оранта-Січ”  
№ 38 від 02 липня 2007 р.

Голова Правління  В.Г.Петровський



## ПРАВИЛА № 30

### ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (безперервне страхування здоров'я)

м.Запоріжжя  
2007 р.

На підставі цих Правил Відкрите акціонерне товариство „Страхова компанія „Оранта-Січ” (надалі – Страховик) укладає договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я) з юридичними особами незалежно від форм власності та з дієздатними фізичними особами (надалі – Страхувальник).

Конкретні умови страхування визначаються при укладенні договорів страхування відповідно до цих Правил та повинні не суперечити законодавству України.

## **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

1.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов’язані зі здоров’ям Застрахованих осіб.

## **2. СТРАХОВІ РИЗИКИ**

2.1. Страховими ризиками за цими Правилами є:

2.1.1. За програмою «1М» – звернення Застрахованої особи до медичного закладу з приводу необхідності отримання медичної допомоги або медичних послуг в амбулаторно-поліклінічних або стаціонарних умовах в обсягах, передбачених договором страхування.

2.1.2. За програмою “2М Стационар” – звернення Застрахованої особи до медичного закладу з приводу необхідності отримання медичної допомоги або медичних послуг в стаціонарних умовах на умовах та в обсягах, передбачених договором страхування.

2.1.3. За програмою «3М» - раптове погіршення стану здоров’я Застрахованої особи, що лікується в стаціонарних умовах в закладах охорони здоров’я, що потребує надання невідкладної медичної допомоги, а також виникнення будь-якого захворювання або загострення хронічного захворювання (іншого захворювання, крім того, з приводу якого Застрахована особа знаходиться на стаціонарному лікуванні).

2.1.4. За програмою «4М Невідкладна допомога» - звернення Застрахованої особи до медичного закладу з приводу раптового захворювання, яке вимагає швидкої (екстреної або невідкладної) медичної допомоги, у межах та обсягах, передбачених договором страхування.

2.1.5. За програмою «5М Стоматологія» - звернення Застрахованої особи до медичного закладу за отриманням стоматологічної медичної допомоги, передбаченої умовами договору страхування.

2.1.6. За програмою „6М Захист” – необхідність надання Застрахованій особі медичної допомоги у випадку виникнення ускладнень при наданні медичної допомоги, обумовленої договором страхування.

2.1.7. За програмою «7М Поліклініка» - звернення Застрахованої особи до медичного закладу за отриманням амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на умовах та в обсягах, передбачених договором страхування.

2.1.8. За програмою «8М» - звернення Застрахованої особи до медичного, лікувально-профілактичного або оздоровчого закладу з приводу необхідності отримання реабілітаційної медичної допомоги або оздоровчих заходів, обумовлених договором страхування.

2.1.9. За програмою «9М» - звернення Застрахованої особи до медичного закладу за отриманням медичної допомоги (невідкладної, стаціонарної чи поліклінічної) у зв’язку зі шкодою здоров’ю, отриманою нею через дефекти якості медичної допомоги.

2.2. Перелічені у п.2.1. цих Правил страхові ризики вважаються страховими випадками за умови, що вони мали місце в період чинності договору страхування і підтвердженні відповідними документами.

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

3.1. Страховими випадками не визнаються:

3.1.1. Випадки, що настали внаслідок подій, в яких правоохоронними органами визнана вина Страхувальника або Застрахованої особи.

3.1.2. Випадки, що сталися із Застрахованою особою, коли вона знаходилася у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.

3.1.3. Випадки, що настали у результаті передачі Застрахованою особою управління транспортним засобом особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або не мала прав водія.

3.1.4. Випадки, що настали у результаті самогубства або спроби самогубства Застрахованою особою, крім випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протизаконними діями третіх осіб (що підтверджено документами уповноважених органів).

3.1.5. Випадки, що настали у результаті навмисного завдання собі Застрахованою особою тілесних ушкоджень.

3.1.6. Випадки, що настали внаслідок дії іонізуючого випромінювання або інших вражаючих факторів, які обумовлені радіоактивним, хімічним або бактеріологічним забрудненням, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

3.1.7. Проведення косметологічних операцій та отримання медичної допомоги, пов'язаної з їх наслідками, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

3.1.8. Переривання вагітності та його наслідки (за виключенням випадків, коли вони проводилися за медичними або соціальними показниками), якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

3.1.9. Санаторно-курортне лікування, якщо проведення такого лікування не обумовлено договором страхування.

3.1.10. Випадки, пов'язані із природженими вадами, якщо інше не обумовлено договором страхування.

3.1.11. Випадки, пов'язані із захворюваннями, у зв'язку з якими оголошені масові епідемії і які вимагають введення комплексу карантинних заходів, якщо інше не передбачено умовами договору.

3.1.12. Інші випадки, обумовлені договором страхування, які не суперечать законодавству України.

3.2. Страховик не несе відповідальності за договором страхування, якщо мали місце форс-мажорні обставини (природні катаклізми, війна, військові дії будь-якого роду, надзвичайний стан, оголошений органами влади, революція, заколот, повстання, громадянські заворушення, страйк, путч, терористичні акти, вплив ядерної енергії та т. ін.).

3.3. Страховик не проводить виплату у зв'язку з захворюванням та отриманням медичної допомоги, які не передбачені конкретним договором страхування.

3.4. Не укладаються договори страхування інвалідів I та II неробочої групи, інвалідів дитинства та осіб, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіряно-венерологічних диспансерах (якщо інше не передбачено умовами договору страхування). Якщо буде встановлено, що укладено договір страхування такої особи, то такий договір страхування достроково припиняє свою дію за вимогою Страховика, яка зумовлена невиконанням Страхувальником своїх зобов'язань.

#### **4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВИХ СУМ ТА СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

4.1. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку, та є максимальним розміром відповідальності Страховика за договором страхування.

Страхова сума визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником і зазначається у договорі страхування для кожної Застрахованої особи.

4.2. За домовленістю між Страховиком та Страхувальником, розмір страхової суми може бути збільшений шляхом укладання додаткової угоди до діючого договору страхування або шляхом переукладання договору на нових умовах.

4.3. Порядок визначення суми, у межах якої проводиться страхова виплата при настанні страхового випадку (у межах страхової суми встановленої договором страхування, чи у межах її частини в залежності від тяжкості захворювання або інших факторів), обумовлюється при укладанні договору страхування.

## **5. СТРОК І МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

5.1. Договір страхування укладається на строк до одного року. За згодою сторін, можливо переукладання договору на наступний термін страхування.

Конкретний термін дії договору визначається у договорі страхування за домовленістю між Страховиком та Страхувальником.

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

5.3. Договір страхування діє на території України, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

## **6. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

6.1. Договір медичного страхування може бути укладений як по відношенню до колективу працівників, групи осіб, так і по відношенню до однієї особи.

6.2. Страхувальники-юридичні особи можуть укладати із Страховиком договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб), за їх згодою, які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

6.3. Страхувальник-фізична особа має право укласти договір про власне страхування або договір про страхування третьої особи - Застрахованої особи (членів родини або інших фізичних осіб, за їх згодою (при страхуванні неповнолітніх осіб – за згодою їх батьків або опікунів), яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. Якщо Страхувальник уклав договір про власне страхування, то він одночасно є і Застрахованою особою.

6.4. Договір страхування може бути укладений за однією або декількома програмами страхування, зазначеними у п.2.1. цих Правил.

6.5. Комплекс заходів та об'єм медичної допомоги, що включаються до конкретної програми страхування, визначаються договором між Страховиком та лікувально-профілактичним чи оздоровчим закладом, фармацевтичною установою, а також договором страхування.

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

6.7. Документом, що посвідчує факт укладання договору страхування є договір страхування, який складається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній із сторін.

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

## **7. СТРАХОВІ ТАРИФИ ЗА ДОГОВОРАМИ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ ТА СПЛАТИ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ**

7.1. Страховий тариф – ставка страхового платежу з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

7.2. Розмір страхових тарифів та коефіцієнти до них вказані у Додатку №1 до цих Правил.

Конкретний розмір страхового тарифу є предметом угоди між Страховиком та Страхувальником та визначається при укладанні договору страхування.

7.3. Страховий платіж – грошова сума, яку Страхувальник сплачує Страховику за прийняті ним на страхування ризики.

7.4. Розмір страхового платежу визначається в залежності від розміру страхової суми і страхового тарифу, визначеного на підставі відповідних статистичних даних.

7.5. Страховий платіж сплачується готівкою або шляхом безготівково розрахунку одноразово або частинами в розмірах і строки, які обумовлені договором страхування.

Порядок сплати страхових платежів визначається у договорі страхування.

## 8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

### **8.1. Страхувальник має право:**

- 8.1.1. Здійснювати контроль за виконанням умов договору страхування.
- 8.1.2. Достроково припинити дію договору страхування, якщо це ним передбачено.
- 8.1.3. Ознайомитися з Правилами страхування.
- 8.1.4. Вносити зміни до договору страхування у передбаченому договором порядку.

### **8.2. Страхувальник зобов'язаний:**

- 8.2.1. При укладанні договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та у подальшому інформувати його про будь-які зміни страхового ризику.
- 8.2.2. Сплатити страхові платежі в обумовлені договором строки.
- 8.2.3. Проінформувати Страховика про інші діючі договори страхування з цього виду страхування щодо предмету договору страхування.
- 8.2.4. Письмово повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 30 днів після його настання, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.
- 8.2.5. Забезпечити зберігання договору страхування та інших документів, що мають відношення до укладеного договору страхування.
- 8.2.6. Не порушувати під час лікування лікарняний режим.

### **8.3. Страховик має право:**

- 8.3.1. Надсилати запити в компетентні органи про надання інформації, необхідної для з'ясування причин та обставин настання страховогого випадку.
- 8.3.2. Достроково припинити дію договору страхування, якщо це ним передбачено.
- 8.3.3. Отримувати будь-яку інформацію, що стосується здоров'я Застрахованої особи.
- 8.3.4. Відмовити у страховій виплаті, якщо мали місце випадки, зазначені у розділі 13 цих Правил та у випадках, обумовлених договором страхування.

### **8.4. Страховик зобов'язаний:**

- 8.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.
- 8.4.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страховогого випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного проведення страхової виплати.
- 8.4.3. У разі настання страховогого випадку протягом строку, обумовленого договором страхування, але не пізніше 1 місяця з дня отримання усіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страховогого випадку, отримання Застрахованою особою медичної допомоги та розмір суми, що належить до страхової виплати, оформити страховий акт або прийняти рішення про відмову у виплаті а також здійснити страхову виплату у відповідності до умов договору страхування та договору про співпрацю з лікувально-профілактичним закладом. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) або медичному закладу неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається договором страхування або договором про співпрацю Страховика з лікувально-профілактичним закладом.
- 8.4.4. Забезпечити конфеденційність інформації щодо умов та учасників договору страхування за винятком випадків, встановлених законом.

### **8.5. Застрахована особа має право:**

- 8.5.1. Ознайомитися з Правилами страхування та умовами договору страхування.
- 8.5.2. Вимагати від Страховика виконання умов договору страхування щодо забезпечення надання та оплати послуг закладів охорони здоров'я або оздоровчих закладів у межах Програм, обумовлених договором страхування.
- 8.5.3. Здійснювати контроль за виконанням умов договору страхування.
- 8.5.4. Достроково припинити дію договору страхування, якщо це ним передбачено.

### **8.6. Застрахована особа зобов'язана:**

- 8.6.1. При настанні страховогого випадку, у порядку, обумовленому договором страхування, повідомити про нього Страховика.
- 8.6.2. Чітко дотримуватися рекомендацій та призначень лікарів, не порушувати режиму лікувально-профілактичного закладу, що надає допомогу.

8.7. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші права та обов'язки Страховика, Страхувальника та Застрахованої особи, що не суперечать діючому законодавству України.

## **9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

9.1. При настанні страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) у термін, обумовлений договором страхування, але не пізніше трьох місяців з дня його настання, особисто або через родичів чи інших осіб повідомляє Страховика про настання страхового випадку.

9.2. При пред'явленні документу, що посвідчує Страхувальника (Застраховану особу), Страховик видає страхову медичну карту, яка дає право на отримання передбаченої договором страхування медичної допомоги у лікувально-профілактичних закладах, з якими Страховиком укладені договори на обслуговування Застрахованих осіб.

9.3. У разі звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до лікувального закладу, з яким Страховиком не укладено договір на обслуговування Застрахованих, Застрахована особа зобов'язана узгодити звернення до такого лікувального закладу зі Страховиком (крім випадків екстренної госпіталізації).

9.4. Після отримання медичної допомоги (лікувально профілактичних або оздоровчих заходів), обумовленої договором страхування, у термін, обумовлений договором страхування, Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику документи, необхідні для оформлення документів на виплату.

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

10.1. Страхова виплата здійснюється на підставі таких документів:

- заяви Страхувальника (Застрахованої особи) на страхову виплату;
- страхового акту;
- документів, що підтверджують настання страхового випадку: лікарняний лист (його копія) або довідка лікувально-профілактичного (оздоровчого) закладу, оформлена за формою, узгодженою між Страховиком та лікувально-профілактичним (оздоровчим) закладом, та завірена підписами відповідальних осіб цих закладів і печаткою;
- витяг з історії хвороби або амбулаторної карти (якщо це обумовлено договором страхування);
- документів, на підставі яких визначається розмір суми, що належить до страхової виплати;
- при необхідності, - інших документів, необхідних для визначення страхового випадку та розміру суми, що належить до виплати.

10.2. У випадку самостійного придбання Страхувальником (Застрахованою особою) медикаментів або оплати за медичну допомогу чи медичні або оздоровчі послуги, до документів, зазначених у п.10.1. цих Правил, Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику рецепти (копію листа призначень, довідку лікувального закладу про призначені медикаменти, копію амбулаторної картки з призначеннями чи ін.), чеки на придбані медикаменти, квитанції про сплату за отриману медичну допомогу та інші документи, що підтверджують витрати Застрахованої особи, пов'язані із страховим випадком.

Документом, що підтверджує витрати Застрахованої особи, може бути квитанція про сплату благодійного внеску (якщо це обумовлене договором страхування), за умови надання додаткової довідки лікувального закладу про те, що зазначена у квитанції сума отримана лікувальним закладом та використана на лікування Застрахованої особи.

## **11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

11.1. При виникненні у Застрахованої особи необхідності отримання медичної допомоги або оздоровчих заходів, її в лікувально-профілактичних або оздоровчих закладах, зазначених у договорі страхування, надається така медична допомога або заходи у обсягах, які обумовлені договором страхування.

Медична допомога або оздоровчі заходи надаються Застрахованій особі на підставі договору страхування, страхової медичної карти та документу, що посвідчує її особу.

11.2. Страховик може здійснювати страхову виплату, у відповідності до умов договору страхування:

11.2.1. Лікувально-профілактичному (оздоровчому) закладу, що надавав Застрахованій особі медичну (оздоровчу) допомогу в обсягах, обумовлених договором страхування та договором між Страховиком та лікувально-профілактичним (оздоровчим) закладом.

11.2.2. Фармацевтичні або інші установі, що на підставі договору із Страховиком та документів, що дають право на здійснення такої діяльності, здійснювали забезпечення лікування Застрахованої особи необхідними медикаментами, матеріалами та обладнанням.

11.2.3. Страхувальнику (Застрахованій особі) або, за його заявою, лікувально-профілактичному (оздоровчому) закладу, з яким Страховик не має договору про обслуговування застрахованих осіб, але звернення до якого Застрахованою особою було узгоджено із Страховиком.

11.2.4. Зазначеній у договорі асистуючій компанії, яка на підставі договору із Страховиком, організує та оплачує надання медичної допомоги Застрахованій особі при настанні страхового випадку. Порядок та умови здійснення страхової виплати, обумовлюються договором про співпрацю між Страховиком та асистуючою компанією.

11.3. У відповідності до умов договору страхування, страхова виплата може включати медикаментозне забезпечення лікування Застрахованої особи, витрати, пов'язані з діагностикою, обстеженнями, використанням медичного обладнання (оренда чи ін.), харчуванням, готельними послугами (при можливості надання їх лікувально-профілактичним (оздоровчим) закладом) та інші витрати, пов'язані з наданням Застрахованій особі медичної допомоги (оздоровчих заходів), обумовленої договором страхування.

11.4. В разі необхідності Страховик може надсилати запити в компетентні органи про надання інформації, необхідної для з'ясування причин страхового випадку, що стався з Застрахованою особою.

11.5. Договір, за яким проведена виплата частини страхової суми, продовжує діяти у розмірі суми, зменшеної на суму виплати.

11.6. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками, які мали місце в період дії договору страхування, не може перевищувати страхової суми, зазначеної в договорі страхування.

11.7. Належну страхову виплату Страховик здійснює через свою касу або у безготіковому порядку, відповідно до бажання особи, що одержує виплату.

## **12. СТРОКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

12.1. У разі настання страхового випадку Страховик у термін, обумовлений договором страхування, але не пізніше 15 днів з дня отримання усіх необхідних документів, які підвержують факт настання страхового випадку та отримання Застрахованою особою медичної допомоги, приймає рішення про виплату або відмову у страховій виплаті. Страховик повідомляє про відмову у виплаті з обґрунтуванням причин відмови протягом 15 днів з дня прийняття рішення про відмову.

## **13. ПРИЧИННИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТИ**

13.1. Страховик може відмовити у страховій виплаті, якщо Страхувальник (Застрахована особа):

13.1.1. Надав Страховику свідомо неправдиві відомості:

- про предмет договору страхування при укладанні договору страхування,
- щодо факту настання страхового випадку.

13.1.2. Здійснив навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку. Ця норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського або службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі,

гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до вимог чинного законодавства України.

13.1.3. Несвоєчасно повідомив Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин або створював Страховикові перешкоди у визначенні обставин настання страхового випадку.

13.1.4. Вчинив умисний злочин, що привів до страхового випадку.

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

#### **14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

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

14.1.1. Закінчення терміну дії;

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

14.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору;

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

14.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

14.1.6. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

14.1.7. Смерті Застрахованої особи (при страхуванні групи осіб договір страхування припиняє свою дію тільки по відношенню до померлої Застрахованої особи);

14.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Дія договору страхування може бути достроково припинена на вимогу Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування. Дія договору страхування не може бути припинена 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 днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

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

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

## **15. ПОРЯДОК ВИРИШЕННЯ СПОРІВ**

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

## **16. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

16.1. Будь-які зміни до умов договору страхування вносяться за письмовою згодою сторін. Про намір внести зміни до умов договору сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону у строк, обумовлений договором страхування.

16.2. Будь-які зміни до умов договору страхування вносяться шляхом укладання додаткової угоди до діючого договору страхування або шляхом переукладання договору на нових умовах.

## **17. ІНШІ УМОВИ**

17.1. У випадку проведення у період дії договору страхування грошових реформ Урядом України, перерахунок страхової суми та страхових платежів здійснюється згідно умов, що будуть визначені Урядом.

Додаток №1  
до Правил добровільного медичного страхування  
від "02" 07 2007 р. № 30

## **Методика і розрахунок страхових тарифів по добровільному медичному страхуванню**

### МЕТОДИКА

В основі методики розрахунку тарифів по медичному страхуванню лежить модель індивідуального ризику.

Розрахунок нетто-ставки:

$$T_n = T_o + T_p$$

де  $T_o$  - основна частина нетто-ставки;

$T_p$  - ризикова надбавка.

Основна частина нетто-ставки:

$$T_o = (S_B/S) \cdot q$$

де  $S_B$  - середнє страхове відшкодування;

$S$  - середня страхова сума;

$q$  - ймовірність захворіти принаймі однією хворобою із переліку хвороб, що входять до конкретної програми.

Ймовірність  $q$  розраховується за формулою:

$$q = 1 - (1-q_1) \cdot (1-q_2) \cdot \dots \cdot (1-q_m)$$

де  $q_i$  - ймовірність захворіти на хворобу класу "i",  $i = 1, 2, \dots, m$ .

Розрахунок ризикової надбавки:

$$T_p = 1,2 \cdot T_o \cdot \alpha(y) \cdot \sqrt{\frac{1-q}{n \times q}}$$

де  $\alpha(y)$  - коефіцієнт, який залежить від гарантії безпеки  $y$ ;

$n$  - прогнозована кількість договорів страхування.

Розрахунок брутто-ставки:

$$T_b = \frac{T_n \times 100}{100 - f}$$

де  $f$  - частка навантаження у страховому тарифі.

### ДАНІ ДЛЯ РОЗРАХУНКУ

Розрахунок страхових тарифів виконано на основі статистичного матеріалу, взятого із "Довідника статистичних показників здоров'я населення Запорізької області за 2005 рік", виданого Обласним інформаційно-аналітичним центром медичної статистики, та звітів компаній за попередні роки. Також враховувалися поправки експертів.

Для розрахунку були використані наступні дані (для програм, наведених в пп. 2.1.1. - 2.1.9. даних Правил):

Таблиця 1.

Програма страхування	Ймовірність настання страхового випадку	Середня страхована сума, грн.	Середня страхована виплата, грн.	Прогнозована кількість договорів
"1М"	0,31487566	2000	450	20000
"2М"	0,21179836	2000	550	10000
"3М"	0,05267211	300	250	5000
"4М"	0,09357482	500	300	5000
"5М"	0,39238281	1000	300	10000
"6М"	0,08969662	800	500	5000
"7М"	0,44367162	500	200	15000
"8М"	0,17168537	2000	1000	5000
"9М"	0,04064398	600	400	5000

Загальні дані для всіх програм:

- термін страхування - 1 рік;
- частка навантаження на ведення справи у брутто-тарифі - 40%;
- ймовірність, за якою сума зібраних внесків повинна бути достатньою для виплати страхових відшкодувань (гарантія безпеки) - 0,90;
- коефіцієнт, який залежить від гарантії безпеки - 1,3.

**Розмір річних базових брутто-тарифів**

Таблиця 2.

Програма страхування	Базовий брутто-тариф, %
"1М"	<b>12,0</b>
"2М"	<b>10,0</b>
"3М"	<b>8,0</b>
"4М"	<b>10,0</b>
"5М"	<b>20,0</b>
"6М"	<b>10,0</b>
"7М"	<b>30,0</b>
"8М"	<b>15,0</b>
"9М"	<b>5,0</b>

Страховий тариф для конкретного об'єкту страхування встановлюється на підставі базового тарифу та поправочних коефіцієнтів, в основу яких покладені фактори, що характеризують об'єкт страхування.

*Поправочні коефіцієнти в залежності від наявності загрози професійного захворювання*

Таблиця 3.

Загроза професійного захворювання	Коефіцієнт
немас	1,0
невелика	1,2
велика	1,4

*Поправочні коефіцієнти в залежності від умов проживання Застрахованої особи*

Таблиця 4.

Умови проживання Застрахованої особи	Коефіцієнт
хороші	1,0
задовільні	1,1
погані	1,2 - 1,5

*Поправочні коефіцієнти в залежності від  
стану здоров'я Застрахованої особи*

**Таблиця 5.**

Стан здоров'я Застрахованої особи	Коефіцієнт
небає хронічних захворювань	1,0
є хронічні захворювання	1,3
необстежена	1,15

**Таблиця знижок при страхуванні колективу працівників.****Таблиця 6.**

Чисельність Застрахованих	Знижка, %
від 500 до 1000	10
від 1000 до 2000	20
понад 2000	30

**Таблиця розрахунку тарифів при укладенні договору на термін менше 1 року**  
**(в % від річного страхового тарифу)**

**Таблиця 7.**

Термін страхування (у місяцях)	Процент від річного страхового тарифу, %
1	25
2	35
3	45
4	55
5	65
6	70
7	75
8	80
9	85
10	90
11	95

**Таблиця розрахунку тарифів при укладенні договору на термін менше 1 місяця**  
**(в % від місячного тарифу)**

**Таблиця 8.**

Термін страхування (у днях)	Процент від місячного тарифу, %
від 1 до 5	25
від 6 до 15	60
від 16 до 25	80
від 25 до 31	100

При укладанні конкретного договору страхування можуть враховуватися інші суттєві фактори та використовуватися понижуючі - від 0,1 до 1,0, або підвищуючі – від 1 до 3 поправочні коефіцієнти.

Фахівець по актуарних розрахунках  
(диплом № 024 від 17 вересня 1999 р.)



I.M. Voroncova

Пронумеровано, скріплено печаткою 12 (дванадцять) листів  
Заступник голови Правління ВАТ „СК „Оранта-Січ”  
М.І.Куриленко  
В.Й.Куриленко



Державна комісія з підлітковини та юнаків	
<u>В.О. чесната Красій</u>	
Вір. генер.	стад. начальник
ІМІ Оленіч А.І.	
Підпись	
дата 28.08.07	
Реєстраційний № 100	
034-1960	

## Додаток № 10

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України		ВАТ «СК «Оранта-Січ»
<b>ЗАРЕЄСТРОВАНО</b>		Петровський В.Г.
<p><i>УкрСоцІнвест-директор Яноргашев ПАРІ</i></p> <p><i>Комісія О.С.</i></p>		наказ № 55 від 14.09.07 2011р.
<p>0311146</p> <p>Реєстраційний номер</p>		
<p>Дата 14.09.2011р.</p>		

ЗМІНИ

до Правил № 30 від 02.07.2007р. добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я), зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України від 28.08.2007р. за № 0371960

1. Загальні положення змінити та викласти в наступній редакції:

На підставі цих правил страхова компанія «Оранта-Січ», надалі Страховик, укладає договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) з дієздатними фізичними та юридичними особами незалежно від форм власності, надалі – Страхувальники.

Страхувальники. Конкретні умови страхування визначаються при укладенні договорів страхування відповідно до цих Правил та повинні не суперечити законодавству України.

2. Пункт 1.1 Розділу 1 викласти в наступній редакції:

1.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю страхувальника чи застрахованої особи, визначеної страхувальником у договорі страхування за згодою застрахованої особи.

Даний вид страхування передбачає обов'язок страховика за встановлену договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:

оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної страхувальником програми медичного страхування, яка була надана застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких вона звернулась під час дії договору, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої правилами та договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;

відшкодування понесених застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

Всі інші положення в Правилах № 30 від 02.07.2007р. добровільного медичного страхування (безперервче страхування здоров'я), зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України від 28.08.2007р. за № 0371960 залишаються незмінними.

Додаток № 3 до  
Наказу № 101 від 27.11.2015

Затверджено:  
Генеральний директор  
ПАТ «СК «Оранта-Січ»

Петровський В.Г.

09.02.16.

0316034

ЗМІНИ № 2

до Правил № 30 від 02.07.2007р. добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я), зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України від 28.08.2007р. за № 0371960

1. Доповнити зміст Правил розділом 18 «Особливі умови» та викласти його наступній редакції:

«18. Особливі умови.

18.1. Цими Правилами встановлено основні умови даного виду страхування, однак, за домовленістю Сторін договору страхування у договорі страхування можуть бути внесені застереження, доповнення та зміни, виходячи з конкретних умов страхування, що не погіршують становище Страхувальника порівняно з основними положеннями цих Правил та відповідають Цивільному кодексу України, Господарському кодексу України та Закону України «Про страхування».

18.2. Питання які залишилися поза межами цих Правил регулюються чинним законодавством України.»

Всі інші положення в Правилах № 30 від 02.07.2007р. добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я), зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України від 28.08.2007р. за № 0371960 залишаються незмінними.