

"ЗАТВЕРДЖЕНО"
Директор
ТДВ «ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ»
«ЕКСПРЕС
СТРАХУВАННЯ»
Ідентифікаційний
код - 36086124
О.О. Скрипник
24 вересня 2009 р.

М.П.

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

1. ТЕРМІНИ І ВИЗНАЧЕННЯ

В цьому розділі наведені терміни, що використовуються в цих Правилах, і значення, в якому їх слід розуміти в контексті цих Правил.

Страховик – Товариство з додатковою відповідальністю «ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ», яке одержало у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності.

Страхувальники - дієздатні фізичні і юридичні особи, які уклали із Страховиком договір страхування.

Застрахована особа - особа, на користь якої Страхувальником укладений договір страхування. Якщо Страхувальник уклав договір страхування на свою користь, то він одночасно є Застрахованою особою. Застрахованими особами можуть бути фізичні особи віком до 75 років, якщо інше не зазначено в договорі страхування.

Вигодонабувач - призначена Страхувальником, або визначена договором страхування юридична чи фізична особа для отримання страхової виплати. Страхувальник може замінити Вигодонабувача до настання страхового випадку.

Асистуюча (сервісна) компанія – юридична особа, фізична особа або фізична особа-підприємець, що виконує спеціалізовані координаційні, диспетчерські, організаційні, консультаційні, транспортні та інші функції, яка діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку та/або виконує безпосереднє надання медичної послуги Застрахованій особі та організовує їх оплату.

Амбулаторія - лікувально-профілактична установа, призначена для надання Застрахованій особі амбулаторно-поліклінічної медичної послуги.

Амбулаторно-поліклінічні медичні послуги - організована та регулярна медична послуга та інші пов'язані послуги, що надаються Застрахованій особі в амбулаторних умовах. Амбулаторно-поліклінічні послуги можуть також надаватись спеціалістами медичного закладу вдома чи за місцем знаходження Застрахованої особи.

Аптечний заклад - заклад, що проводить роздрібний або оптовий продаж лікарських засобів і має всі відповідні документи для здійснення такої діяльності.

Гостре захворювання - захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я Застрахованої особи, та причини виникнення якого ніяк не пов'язані із медичним станом Застрахованої особи, що існував до моменту початку захворювання.

Довірений лікар – лікар, який координує та, у разі необхідності, узгоджує із Страховиком надання медичних послуг Застрахованим особам.

Договір страхування – письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку організувати Застрахованій особі надання медичних послуг в обсязі та на умовах, зазначених в договорі страхування та Програмі добровільного медичного страхування, здійснити страхову виплату у межах страхової суми, а Страхувальник бере на себе зобов'язання сплачувати Страховику страховий платіж у визначені строки та виконувати інші умови договору страхування.

Декларація про стан здоров'я - документ встановленої Страховиком форми, який містить відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, подається особою, що бажає укласти договір страхування.

Домашній стаціонар - система організації надання медичних послуг та інших пов'язаних послуг в домашніх умовах із залученням для цього медичного персоналу для тих Застрахованих осіб, клінічний стан яких вимагає безпосередньої участі або контролю з боку медичного персоналу при відсутності протипоказань на надання цих послуг в домашніх умовах.

Денний стаціонар - система організації надання в стаціонарних умовах амбулаторно-поліклінічних послуг Застрахованим особам, клінічний стан яких потребує безпосередньої

участі або контролю медичного персоналу під час надання цих послуг лише в денний період без необхідності знаходження Застрахованої особи в стаціонарі цілодобово.

Загострення захворювання - посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання) у Застрахованої особи, яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті та вимагає надання медичної послуги.

Захворювання - погіршення у Застрахованої особи фізичного та/або психічного стану з наявністю ознак патологічного характеру з фізіологічними та/або структурними змінами на органному чи тканинному рівні викликане внутрішніми чи зовнішніми причинами, яке призводить до порушення функцій організму з вірогідністю виникнення тимчасової втрати працездатності, інвалідності або настання смерті та потребує надання медичних послуг та пов'язаних послуг. Захворювання є одним із можливих різновидів медичного стану.

Медичний поліс або індивідуальна медична картка Застрахованої особи – документ, що посвідчує факт укладення договору страхування.

Лікар - особа із закінченою вищою медичною освітою, яка отримала встановлені державою документи на право здійснення медичної практики.

Лікарські засоби (медикаменти) - фармацевтичні препарати; рідини та компоненти для переливання, виготовлені з донорської крові; витратні медичні матеріали; медичний інструментарій; предмети санітарії та гігієни; протези та імплантати; призначені лікарем для надання медичної послуги та інших послуг Застрахованій особі, використання яких дозволено державою на території дії договору страхування та передбачено договором та Програмою добровільного медичного страхування.

Медична послуга – дія, яка має вартісну оцінку та спрямована на профілактику, діагностику, лікування захворювання або медичну реабілітацію Застрахованої особи із залученням медичного та іншого персоналу медичного закладу чи асистуючої (сервісної) компанії. До медичних послуг, зокрема відносяться:

- профілактичні заходи, направлені на попередження захворювань та травматичних ушкоджень;
- диспансеризація;
- консультативні медичні послуги;
- діагностика захворювання – лабораторна, інструментальна, функціональна, радіоізотопна, рентгенологічна, ультразвукова, комп'ютерна та ін.;
- обстеження та лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах в тому числі у жіночій консультації;
- обстеження та лікування в стаціонарних умовах в тому числі в денному стаціонарі та організація домашнього стаціонару в домашніх умовах у Застрахованої особи;
- організація та надання медичних послуг вагітним при вагітності та пологах в умовах стаціонару;
- організація та надання послуг швидкої та невідкладної медичної допомоги з наступною госпіталізацією в разі необхідності;
- організація реабілітаційних та оздоровчих заходів за призначенням лікаря, в тому числі санаторно-курортного лікування;
- організація та проведення реабілітаційних заходів та лікувально-фізичних комплексів (ЛФК) в тому числі лікувальна гімнастика, корекція осанки, лікувальний масаж, басейн, сауна, фізіотерапевтичні процедури та інше;
- організація та надання стоматологічної послуги, в тому числі терапевтичної, хірургічної та ортодонтичної;
- організація забезпечення медикаментами та забезпечення іншими лікарськими засобами;
- проведення оперативних втручань найвищої категорії складності та надання

наркозу;

- виконання різноманітних медичних процедур та маніпуляцій;
- послуги при перебуванні в лікувально-профілактичних установах (ЛПУ), а саме: харчування, вартість утримання ліжка тощо;
- організація та використання нетрадиційних методів лікування та діагностики, в тому числі гомеопатичного за призначенням лікаря;
- організація обстеження та лікування за межами України;
- проведення профілактичного щеплення від грипу, проведення вітамінізації та підвищення імунітету шляхом імуномодуляції та імуностимуляції;
- медична евакуація та медичне транспортування;
- та інше, що передбачено договором страхування та Програмою медичного страхування.

Медична евакуація - транспортування Застрахованої особи із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та в супроводі медичного персоналу до медичного закладу, де можуть надаватися медичні послуги, якщо необхідність такого транспортування обумовлена медичним станом Застрахованої особи, умовами Договору страхування та Програмою добровільного медичного страхування.

Медична сестра (фельдшер, акушерка) - особа із закінченою середньою медичною освітою, яка отримала установлені державою документи на право роботи медичною сестрою (фельдшером, акушеркою).

Медичні заклади – це лікувально-профілактичні установи (ЛПУ), науково-дослідні і медичні інститути, інші установи або приватно практикуючі лікарі, що мають відповідно до законодавства України право на здійснення медичної діяльності і з якими Страховиком або асистуючою (сервісною) компанією укладені договори про надання Застрахованим особам медичних послуг, в обсязі згідно з Програмами добровільного медичного страхування.

Медичне транспортування - транспортування Застрахованої особи та/або супроводжуючої її особи до/чи із медичного закладу в зв'язку з її медичним станом.

Медичний персонал - колектив лікарів, медичних сестер (фельдшерів, акушерок), молодших медичних працівників (санітарок) призначений адміністрацією медичного закладу та визначений Страховиком або асистуючою (сервісною) компанією для надання медичних послуг та інших пов'язаних послуг Застрахованій особі.

Медичний стан - офіційно визначена лікарем, та підтверджена первинною та/або вторинною медичною документацією медична характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Застрахованої особи з точки зору необхідності надання їй чи ненадання тієї чи іншої медичної послуги або пов'язаних послуг.

МКХ-10 - Міжнародна статистична класифікація хвороб МКХ-10 короткий адаптований варіант для використання в Україні (в трьох розділах): Київ – 1998 (Короткий адаптований варіант, заснований на Міжнародній статистичній класифікації хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям, 10-го перегляду прийнятого 43-ю Всесвітньою Асамблеєю Охорони Здоров'я.

Невідкладна медична допомога - надання медичної послуги бригадою швидкої чи невідкладної медичної допомоги при нещасному випадку або раптовому різкому погіршенні медичного стану Застрахованої особи, що мають пряму загрозу її життю.

Невідкладна стоматологічна допомога - надання медичної послуги Застрахованим особам спрямованої на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, без подальшого відновлювального лікування при раптовому гострому захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур.

Планова стоматологічна допомога - надання медичної послуги Застрахованим особам, спрямованої на попередження розвитку або прогресування захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур (профілактичні огляди, зняття зубного каменю,

герметизація фісур, встановлення планових постійних та тимчасових пломб, планове видалення зуба, тощо).

Планова медична послуга - надання амбулаторно-поліклінічної чи стаціонарної медичної послуги Застрахованим особам в плановому порядку при відсутності прямої безпосередньої загрози їх життю та при клінічній можливості відстрочення надання цієї послуги.

Пов'язані послуги - дії, спрямовані на профілактику захворювання чи на прискорення одужання Застрахованої особи шляхом надання їй послуг немедичного характеру, в тому числі покращення обслуговування Застрахованої особи під час надання їй медичної послуги.

Програма добровільного медичного страхування (Програма страхування) - програма, згідно з якою Застрахованій особі в разі настання страхового випадку організовується та надається комплекс взаємопов'язаних медичних послуг. Програма обирається Страхувальником при укладенні договору страхування.

Репатріація - транспортування тіла Застрахованої особи та/або перевезення супроводжуючої його особи у разі смерті Застрахованої особи при виникненні страхового випадку до постійного місця проживання вказаного в договорі страхування або до іншого місця, згідно з умовами Договору страхування та Програми добровільного медичного страхування.

Стаціонар - лікувально-профілактична установа, призначена для надання медичних послуг та пов'язаних послуг Застрахованій особі в стаціонарних умовах цілодобово з постійним перебуванням Застрахованої особи в медичному закладі протягом призначеного лікарем курсу лікування.

Стаціонарні медичні послуги - медичні послуги та пов'язані послуги, що надаються Застрахованій особі в стаціонарних умовах протягом строку, що перевищує 24 години.

Сімейний лікар - лікар високої кваліфікації, визначений Страховиком та/або асистуючою (сервісною) компанією для обслуговування наперед визначеного кола Застрахованих осіб.

Служба медичного догляду - форма організації медичних послуг та пов'язаних послуг, при якій медичний персонал безперервно доглядає Застраховану особу поза межами медичного закладу протягом певного часу за індивідуальною програмою, виконує всі призначення лікаря та забезпечує дотримання необхідних санітарно-гігієнічних та побутових умов для Застрахованої особи.

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

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

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

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

Субліміт страхової суми - обмеження страхової виплати в межах страхової суми по одному страховому випадку, передбачене договором страхування та Програмою добровільного медичного страхування.

Ускладнення захворювання - новий медичний стан Застрахованої особи або нове захворювання анатомічно чи фізіологічно пов'язане або не пов'язане з основним захворюванням, для якого доведено, що безпосередніми причинами його виникнення є захворювання, що вже існувало.

Фаза ремісії - період хронічного захворювання Застрахованої особи, що наступив спонтанно або внаслідок надання медичної послуги та пов'язаних послуг, для якого

характерно стихання патологічних проявів захворювання, покращення функціонального стану організму та якості життя Застрахованої особи при відсутності безпосередньої загрози його життю та працездатності.

Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами договору страхування.

Франшиза умовна – визначена в Договорі страхування сума, що не підлягає відшкодуванню за умови, якщо розмір фактично заподіяного збитку не перевищує її розмір. Якщо сума збитку перевищує розмір встановленої умовної франшизи, то Страховик зобов'язаний відшкодувати суму збитку повністю.

Франшиза безумовна – визначена Договором страхування частина збитків, яка не підлягає відшкодуванню Страховиком за кожним та будь-яким страховим випадком, який стався протягом дії Договору страхування.

Хронічне захворювання - захворювання Застрахованої особи, що поступово виникло самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто з безсимптомністю та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

2.2. Страхувальник може укласти Договір страхування на користь третіх осіб (застрахованих осіб) лише за їх згодою. У випадку, якщо Страхувальник уклав Договір страхування на свою користь, на нього розповсюджуються права та обов'язки Застрахованої особи.

2.3. Якщо інше не передбачено Договором страхування, застрахованими за цими Правилами можуть бути фізичні особи віком від 1 до 75 років. Вік Страхувальника, що укладає Договір страхування на свою користь (є водночас Застрахованою особою) не може бути менше 18 років, якщо інше не обумовлено в Договорі страхування.

2.4. Усі права та обов'язки за Договором страхування, укладеним на підставі цих Правил, стосовно дітей віком до 18 років, за виключенням права на отримання медичної допомоги та медичних послуг згідно з умовами Договору страхування, здійснюються згідно з діючим законодавством їх законні представники.

2.5. Якщо інше не передбачено Договором страхування, за цими Правилами не можуть бути застраховані особи, які на момент укладання Договору страхування:

2.5.1 перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних (з приводу венерологічних захворювань) диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом, або ВІЛ-інфіковані;

2.5.2 мають злоякісні новоутворення, в тому числі онкогематологічні;

2.5.3 є інвалідами I або II груп;

2.5.4 госпіталізовані;

2.5.5 мають тяжкі захворювання ендокринної системи.

Договори страхування стосовно таких осіб вважаються недійсними з моменту їх укладання. Якщо протягом періоду страхування за Договором у Застрахованої особи виникне одна з вищенаведених обставин, дія такого Договору вважається припиненою стосовно такої Застрахованої особи з моменту встановлення однієї з вищенаведених обставин, якщо інше не передбачено Договором страхування.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ, ЛІМІТІВ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

3.1 Страхова сума визначається в Договорі страхування за домовленістю між Страховиком і Страхувальником з урахуванням переліку медичної допомоги, медичних та інших послуг, що включені до Програми медичного страхування.

3.2 За Договором страхування в межах страхової суми можуть бути встановлені ліміти відповідальності Страховика по окремих видах медичної допомоги, медичних та інших послуг, що включені до Програми медичного страхування, та/або по окремих страхових випадках. Розміри лімітів відповідальності можуть бути встановлені як у відсотках від страхової суми, так і в абсолютному грошовому вираженні.

3.3 Страхувальник за узгодженням із Страховиком має право протягом дії Договору страхування змінити розмір страхової суми, а також розмір лімітів відповідальності Страховика по окремих видах медичної допомоги та медичних послуг, що включені у програми медичного страхування, та по окремих страхових випадках. Внесення змін оформлюється додатковою угодою до Договору страхування.

При збільшенні розміру страхової суми Страхувальник сплачує додатковий страховий внесок, розмір якого обчислюється виходячи з різниці між новою і початковою страховою сумою та строку, що залишився до закінчення дії Договору страхування.

3.4 За Договором страхування, укладеним на підставі цих Правил, Страховик зобов'язується здійснювати страхові виплати шляхом оплати вартості отриманої Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та інших послуг, що входять до обраної Страхувальником Програми медичного страхування. При цьому, якщо інше не передбачено Договором страхування, в рамках такої Програми Страховиком може оплачуватись вартість наступних медичних послуг:

3.4.1 призначені лікуючим лікарем ліки та медикаменти;

3.4.2 перев'язочний матеріал, прості шини та гіпсові пов'язки;

3.4.3 медичні консультації;

3.4.4 медичні огляди;

3.4.5 лабораторні аналізи та дослідження;

3.4.6 функціональні дослідження та діагностика;

3.4.7 фізіотерапія;

3.4.8 анестезія, медичні гази та т.п.;

3.4.9 використання операційної, лікарняної палати та лікарняного обладнання;

3.4.10 методи променевої діагностики;

3.4.11 інші витрати в рамках Програми медичного страхування за Договором страхування.

3.5 Для реалізації програм медичного страхування Страховик може укладати з медичними та аптечними закладами та/або асистуючими компаніями договори про надання застрахованим особам медичної допомоги, медичних та інших послуг.

3.6 Загальна сума страхових виплат у зв'язку з одним чи кількома страховими випадками не може перевищувати страхову суму, встановлену в Договорі страхування. Розміри страхового відшкодування за надані медичні та інші послуги та медичну допомогу, пов'язані зі страховим випадком відповідно до умов цих Правил не можуть перевищувати відповідні ліміти відповідальності Страховика щодо сплати страхових відшкодувань за кожним видом медичної допомоги та медичних послуг, що включені у програми медичного страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

3.7 Після виплати страхового відшкодування страхова сума зменшується на розмір виплаченого страхового відшкодування. Зменшення страхової суми здійснюється з дня настання страхового випадку. За згодою Сторін зменшена страхова сума може бути відновлена, з доплатою страхової премії, встановленої Страховиком.

3.8 За згодою Сторін у Договорі страхування може бути встановлена безумовна чи умовна франшиза. В Договорі страхування франшиза може встановлюватися по кожному страховому випадку та/або виду медичних послуг, що включені у програми медичного страхування. Якщо настає декілька страхових випадків, франшиза вираховується по кожному з них, якщо інше не передбачено Договором страхування.

3.9 Франшиза може встановлюватися:

- а) у відсотках від страхової суми (може становити від 0 до 20 %);
- б) в абсолютному грошовому вираженні.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА ВИПАДКИ

4.1. Страхуваним ризиком за цими Правилами є захворювання чи інші зміни медичного стану Застрахованої особи під час дії договору страхування, що мають ознаки ймовірності та випадковості настання.

4.2. Страхуваним випадком, відповідно до цих Правил, є подія, що призвела до захворювання чи іншої зміни медичного стану Застрахованої особи, що викликала необхідність звернення Застрахованої особи до асистуючої (сервісної) компанії або медичного закладу, передбачених договором страхування та отримання медичних послуг у межах переліку, передбаченого договором страхування, протягом строку дії договору страхування з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

4.3 За цими Правилами страховими ризиками є:

- 4.3.1 звернення Застрахованої особи протягом періоду страхування за Договором до медичного та/або аптечного закладу та/або асистуючої компанії, передбачених Договором страхування, у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травматичним ушкодженням, отруєнням та іншими наслідками нещасних випадків, обумовленими в Договорі страхування, за отриманням медичної допомоги, медичних та інших послуг (в тому числі медико-соціальних, медико-транспортних та ін.) у межах переліку, передбаченого програмами медичного страхування за Договором страхування;
- 4.3.2 звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування за отриманням медичної допомоги, медичних та інших послуг у відповідності до Програми медичного страхування в інші медичні заклади крім тих, що передбачені в Договорі страхування, за умов, якщо таке звернення було узгоджено та/або організовано Страховиком.

4.4 Програма медичного страхування формується Страхувальником за узгодженням із Страховиком при укладенні Договору страхування. Договір страхування, укладений на підставі цих Правил, може містити різні програми медичного страхування як з числа наведених в Таблиці № 1 Додатку №1 до цих Правил, так й містити Програму, складену з переліку окремої медичної допомоги, медичних та інших послуг.

4.5 Програми медичного страхування, перелік медичної допомоги та медичних послуг, а також перелік асистуючих компаній, медичних установ, в тому числі аптечних закладів, в яких Застрахована особа має право отримати медичну допомогу, медичні та інші послуги, передбачені Програмою медичного страхування, визначаються в Договорі страхування.

4.6 Медична допомога, медичні та інші послуги, що надаються відповідно до умов Договору страхування, укладеного згідно з цими Правилами, повинні бути обґрунтованими.

Обгрунтованою медичною допомогою (медичними та іншими послугами) є лікування, догляд, забезпечення та/або медичне транспортування, необхідні з точки зору сучасних загально визнаних підходів медичної практики та такими, що відповідають симптомам, синдромам, станам, діагнозам, особливостям перебігу хвороби, ступеня важкості та тривалості захворювання.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1 За цими Правилами Страховик не визнає подію страховим випадком та відмовляє у виплаті страхового відшкодування, якщо захворювання, травматичні ушкодження або інший розлад здоров'я Застрахованої особи сталися внаслідок:

5.1.1. отруєння алкоголем або будь-якими іншими речовинами, що були вжиті Застрахованою особою з метою або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння Застрахованої особи, або в зв'язку із діями під час знаходження Застрахованої особи у вказаних станах або під дією психотропних речовин; випадку, який стався в результаті керування транспортним засобом Застрахованою особою у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або особі, що знаходилась під впливом психотропних речовин або лікувальних препаратів, що погіршують реакцію та увагу, або у хворому або втомленому стані;

5.1.2. випадку, який стався в результаті керування транспортним засобом Застрахованою особою, яка не має права управляти таким транспортним засобом, в тому числі яка не має посвідчення водія на право керування транспортним засобом даної категорії;

5.1.3. вживання Застрахованою особою наркотичних речовин без призначення лікаря;

5.1.4. випадку, який стався в результаті передачі Застрахованою особою або Вигодонабувачем управління транспортним засобом особі, що знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або особі, що знаходилась під впливом психотропних речовин, або лікувальних препаратів, що погіршують реакцію та увагу, або особі у хворому або втомленому стані, або особі, що не має права управляти транспортним засобом, в тому числі що не має посвідчення водія на право керування транспортним засобом даної категорії;

5.1.5. випадку, який стався в результаті занять Застрахованої особи професійним спортом, травмонебезпечних занять та хобі, участі Застрахованої особи у спортивних тренуваннях, змаганнях, гонках, заняттях небезпечними видами спорту (мотоспорт, альпінізм, спелеологія, глибоководне занурювання з аквалангом тощо);

5.1.6. випадку, який стався в результаті переміщення Застрахованої особи повітряним або водним (підводним) апаратом, або у випадку управління ним Застрахованою особою, крім випадків переміщення Застрахованої особи як пасажирів на літаку цивільної авіації або на засобі водного транспорту, ліцензованих для перевезення пасажирів та керованих особою, що має відповідні повноваження;

5.1.7. польоту Застрахованої особи на безмоторних літальних апаратах, моторних планерах, суперлегких літальних апаратах, а також стрибків з парашутом;

5.1.8. проходження Застрахованою особою служби в будь-яких збройних силах та формуваннях;

5.1.9. самогубства (замаху на самогубство) Застрахованої особи або умисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень або інших умисних дій Застрахованої особи, спрямованих на настання страхового випадку;

5.1.10. здійснення Застрахованою особою протиправних дій, що знаходяться у прямому причинно-наслідковому зв'язку з настанням страхового випадку;

5.1.11. стихійних явищ та їх наслідків, епідемій, карантинів, метеоумов;

5.1.12. надзвичайних подій (ситуацій), станів облоги, оголошених органами влади у встановленому законом порядку;

5.1.13. професійних захворювань, а також порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил протипожежної безпеки, правил дорожнього руху;

5.1.14. будь-яких подій, пов'язаних із застосуванням Застрахованою особою, випробуванням або зберіганням нею вогнепальної зброї або боєприпасів, вибухових або отруйних речовин.

5.2 Якщо інше не передбачено Договором страхування, Страховик не визнає випадок страховим та не виплачує страхове відшкодування, якщо:

5.2.1 захворювання або інший розлад здоров'я виникли до моменту укладення Договору страхування;

5.2.2 захворювання або інший розлад здоров'я виникли внаслідок ВІЛ- та/або СНІД-інфекції;

5.2.3 захворювання або інший розлад здоров'я виникли у зв'язку з абортom, крім випадків вимушеного переривання вагітності, спричиненого захворюванням або нещасним випадком та/або з метою рятування життя Застрахованої особи;

5.2.4 захворювання або інший розлад здоров'я виникли у зв'язку з пластичною чи відновлювальною хірургією та усякого роду протезуванням, включаючи стоматологічне та офтальмологічне протезування;

5.2.5 захворювання або інший розлад здоров'я настали у зв'язку з лікуванням методами мануальної терапії, рефлексотерапії, хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- та натуротерапії, а також лікуванням нетрадиційними методами;

5.2.6 захворювання або інший розлад здоров'я настали у зв'язку з наданням послуг медичною установою, що не має відповідної ліцензії, або особою, що не має права на здійснення відповідної лікарської діяльності;

5.2.7 захворювання або інший розлад здоров'я є негативними наслідками діагностичних та/або лікувальних процедур, що проходила Застрахована особа;

5.2.8 захворювання або інший розлад здоров'я настали у зв'язку з реабілітацією, відновлювальним лікуванням та фізіотерапією;

5.2.9 захворювання або інший розлад здоров'я настали у зв'язку з хронічною, спадковою та/або професійною хворобою Застрахованої особи, а також травмами, отриманими Застрахованою особою внаслідок порушення останньою техніки безпеки;

5.2.10 захворювання або інший розлад здоров'я настали у зв'язку із здійсненням Застрахованою особою самолікування;

5.2.11 розлад здоров'я настав у зв'язку з прямим чи побічним впливом психічного захворювання Застрахованої особи, якщо під час нещасного випадку Застрахована особа була в неосудному стані;

5.2.12 захворювання або інший розлад здоров'я виникли у зв'язку з проведенням діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів (включаючи, але не обмежуючись ін'єкції ліків);

5.2.13 захворювання або інший розлад здоров'я виникли у зв'язку з косметологічними операціями;

5.2.14 захворювання або інший розлад здоров'я виникли у зв'язку з недотриманням Застрахованою особою рекомендацій лікаря.

5.3 Якщо інше не узгоджено в Договорі страхування, за Договором страхування, укладеним на підставі цих Правил, Страховик не несе відповідальності за витрати, пов'язані з:

5.3.1 медичною допомогою та медичними послугами, що надаються не лікарем, або що не були призначені лікарем, або що надаються за бажанням Застрахованої особи;

5.3.2 медичною допомогою та медичними послугами, що були надані в медичних та інших установах, що не були обумовлені в Договорі страхування, та вибір яких не був узгоджений із Страховиком;

5.3.3 медичною допомогою та медичними послугами, що не є обґрунтованими та необхідними з медичної точки зору або не мають лікувальних цілей;

5.3.4 медичною допомогою та медичними послугами, що були надані Застрахованій особі безкоштовно;

5.3.5 медичною допомогою та медичними послугами, що були надані повторно та є аналогічними раніше вже отриманим медичним послугам та медичній допомозі у іншого постачальника таких послуг та допомоги стосовно одних й тих самих скарг, симптомів, синдромів, станів або захворювань, крім випадків, що були схвалені Страховиком;

5.3.6 медичною допомогою та медичними послугами, що мають дослідницький, науковий або експериментальний характер;

5.3.7 медичною допомогою та медичними послугами, що надаються для зміни маси тіла або для лікування ожиріння;

5.3.8 медичною допомогою та медичними послугами, що надаються для естетичних або косметичних цілей, крім реконструктивної хірургії, коли така операція є частиною або відбувається за початковою операцією, яка була здійснена у зв'язку із страховою подією;

5.3.9 медичною допомогою та медичними послугами, що надаються для зміни будь-якого органу з метою поліпшити психічне або емоціональне становище Застрахованої особи;

5.3.10 лікуванням внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини;

5.3.11 медичною допомогою та медичними послугами, що спрямовані на сприяння або на запобігання статтевого зачаття, включаючи але не обмежуючись: штучне запліднення, лікування беспліддя або імпотенції, стерилізація або дестерилізація, крім випадків, коли лікування беспліддя стало наслідком захворювання або травми, що включені до Програми медичного страхування за Договором страхування та настали в період страхування за таким Договором;

5.3.12 медичною допомогою та медичними послугами, що надані для проведення абортів або передчасного розродження, за винятком випадків, коли життя та здоров'ю матері або плоду загрожує небезпека;

5.3.13 придбанням протезів різного характеру та призначення, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей, корсетів, милиць, ортопедичних пристосувань, інвалідних візків, отриманням візуальної терапії або на будь-який огляд або підбирання схожих пристроїв;

5.3.14 хірургією ока, коли первинною метою є корекція короткозорості, далекозорості та астигматизму;

5.3.15 лікуванням венеричних захворювань та захворювань, що передаються статтевим шляхом;

5.3.16 лікуванням у мануального терапевта, якщо тільки таке лікування не призначено лікуючим лікарем;

5.3.17 мовною, професійно-технічною, гомеопатичною терапією, іглотерапією, лікуванням сном або музикою та т.ін.;

5.3.18 пересадкою органів, а також з самими органами, їх пошуком та доставкою, а також з оплатою донорів крім випадків лікування травм або їхніх наслідків;

5.3.19 пересадкою тканин, а також самі тканини, за винятком лікування опіків та травм;

5.3.20 доглядом та лікуванням випадіння волос, включаючи перуки, пересадку волосся або будь-які препарати, які сприяють росту волосся, незалежно від того, призначено це лікарем чи ні;

5.3.21 лікуванням, що стало необхідним у зв'язку з ускладненнями або наслідками попереднього лікування, яке не підпало під страховий захист згідно з умовами Договору страхування;

5.3.22 психічними та невротичними станами та розладами;

5.3.23 наданням наркологічної допомоги;

5.3.24 супроводженням вагітності, що протікає нормально, та нормальних непатологічних пологів;

5.3.25 лікуванням захворювань, пов'язаних з радіоактивним опроміненням та його наслідками;

5.3.26 лікуванням особливо небезпечних інфекційних хвороб, вірусних геморагічних лихоманок;

5.3.27 лікуванням злоякісних новоутворень;

5.3.28 отриманням Застрахованою особою послуг приватних медичних сестер;

5.3.29 отриманням Застрахованою особою послуг від осіб, що не мають права на медичну практику, а також екстрасенсів, інших окультних практиків;

5.3.30 лікуванням хронічної ниркової та/або печінкової недостатності, що потребує гемодіалізу;

5.3.31 лікуванням системного червоного вовчака, туберкульозу, саркоїдозу, муковісцерозу, псоріазу, глибоких мікозів;

5.3.32 лікуванням цукрового діабету з ускладненим протіканням;

5.3.33 лікуванням при порушенні Застрахованою особою режиму лікувального закладу та невиконанні призначень і рекомендацій лікаря.

5.4 Якщо інше не обумовлено в Договорі страхування, за цими Правилами Страховик не визнає подію страховим випадком та відмовляє у виплаті страхового відшкодування, якщо захворювання або інший розлад здоров'я виникли в результаті:

5.4.1. дії ядерних ризиків.

Страховик не визнає подію страховим випадком та відмовляє у виплаті страхового відшкодування, якщо захворювання або інший розлад здоров'я виникли внаслідок:

– перебування Застрахованої особи на території атомної електростанції, ядерних реакторів, будівель реакторів, розташованих на будь-якому іншому об'єкті, відмінному від атомної електростанції;

– перебування Застрахованої особи на будь-якому об'єкті, який застосовується або застосовувався для виробництва атомної енергії або для використання чи зберігання ядерних матеріалів;

– поставки Застрахованою особою товарів і послуг на атомні електростанції, ядерні реактори, будівлі реакторів, розташованих на будь-якому іншому об'єкті, відмінному від атомної електростанції, а також на об'єкти, які застосовуються або застосовувалися для виробництва атомної енергії або для використання чи зберігання ядерних матеріалів;

– перебування Застрахованої особи в зоні підвищеної радіоактивності або в районі розміщення будь-якої ядерної установки;

– участі Застрахованої особи у виробництві, використанні або зберіганні ядерних матеріалів.

5.4.2. дії ризиків радіоактивного зараження.

Страховик не визнає подію страховим випадком та відмовляє у виплаті страхового відшкодування, якщо захворювання або інший розлад здоров'я Застрахованої особи виникли внаслідок:

– іонізуючого випромінювання або радіоактивного забруднення, що виходить від будь-якого ядерного палива або ядерних відходів або в результаті згорання ядерного палива;

– радіоактивності, токсичності, вибухонебезпечності або інших небезпечних чи забруднюючих властивостей будь-якої ядерної установки, реактора або іншого ядерного агрегату чи його частин;

– будь-якої зброї, що використовує реакцію атомного або ядерного розпаду та/або синтезу або інші подібні реакції або радіоактивні сили чи речовини.

5.4.3. дії військових та пов'язаних з ними ризиків.

За цими Правилами Страховик не визнає подію страховим випадком та відмовляє у виплаті страхового відшкодування, якщо захворювання, травма або інший розлад здоров'я Застрахованої особи були прямо чи побічно викликані через або внаслідок війни, вторгнення, дій зовнішніх ворогів, військових дій, військових навчань або військових операцій (незалежно від того оголошено про війну чи ні), громадянської війни, заколоту, громадянського хвилювання, що набувають масштабів народного повстання, бунту, революції, страйку, локауту, військового повстання або заколоту, бунту, революції, дії

військової або узурпованої влади, закону військового часу або грабежу або крадіжки, пов'язаної з введенням закону військового часу, а також конфіскації, націоналізації, реквізиції, зруйнування або шкоди, заподіяної майну будь-якою урядовою, громадською або місцевою владою або за її наказом, або ж будь-якої дії або умови, характерної для будь-чого зазначеного вище.

Страховик не визнає подію страховим випадком та відмовляє у виплаті страхового відшкодування, якщо захворювання або інший розлад здоров'я Застрахованої особи були прямо чи побічно викликані через або внаслідок дії будь-якої особи або групи осіб, які діють від імені або у зв'язку з будь-якою організацією, метою якої є повалення або впливання де-юре або де-факто на вищі державні органи шляхом терористичних або інших насильницьких заходів.

5.4.4. дії ризиків тероризму.

Страховик не визнає подію страховим випадком та відмовляє у виплаті страхового відшкодування, якщо захворювання, травма або інший розлад здоров'я Застрахованої особи прямо чи побічно були викликані будь-яким терористичним актом не залежно від будь-якої іншої причини або подій, що відбулися одночасно або в будь-якій іншій черговості із випадком.

Для розуміння даного виключення «Терористичний акт» – дія, що включає у себе, але не обмежує застосування сили або насильства та/або загрозу застосування сили або насильства особою, або групою осіб не залежно від того, чи діють вони самостійно чи представляють або пов'язані з будь-якою(-ими) організацією (-ями) або урядом, що здійснюється в політичних, релігійних, ідеологічних або схожих цілях, що включають намір впливати на будь-який уряд та/або для настраху суспільства або його частини.

Страховик не визнає подію страховим випадком та відмовляє у виплаті страхового відшкодування, якщо захворювання, травма або інший розлад здоров'я Застрахованої особи були прямо чи побічно викликані, стали наслідком будь-якою дії взяття під контроль, запобігання, стримування або будь-якою іншою дією, пов'язаною з будь-яким терористичним актом.

5.5 Виключення, зазначені в пунктах 5.1 – 5.4 цих Правил можуть бути скасовані або набути статусу страхових ризиків за особливих умов, передбачених Договором страхування.

5.6 Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення із страхових випадків та обмеження страхування, які не суперечать чинному законодавству України.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування укладається строком від 15 днів до одного року, якщо умовами договору страхування не передбачено інше.

6.2. При сплаті страхового платежу частинами Страховик несе зобов'язання за укладеним договором страхування протягом періоду, за який сплачена чергова частина страхового платежу.

6.3. При несплаті чергової частини страхового платежу до строку передбаченого договором страхування, незалежно від причин, дія договору страхування припиняється на наступний день після закінчення періоду, за який сплачено страховий платіж.

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

6.5. Місце дії договору страхування – Україна, якщо інше не передбачено договором страхування.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ 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. При укладанні Договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника документи, що характеризують ступінь ризику.

7.2. Страхувальник несе відповідальність за достовірність і повноту даних, наданих Страховику.

7.3. Під час укладання Договору страхування Страхувальник повинен повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають суттєве значення для визначення ступеня ризику. Суттєвими визнаються у всякому разі обставини, безперечно узгоджені Страховиком у стандартній формі Договору страхування або в його письмовому запиті (заяві на страхування).

7.4. Для укладання Договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) повинен заповнити Декларацію (анкету, опитувальний лист) про стан здоров'я останньої, а також може вимагати проходження Застрахованою особою попереднього медичного обстеження з метою отримання достовірних даних для оцінки страхового ризику. За результатами такого обстеження або анкетування Страховик має право відмовитись від укладання Договору страхування стосовно такої особи або внести додаткові обмеження до умов Договору страхування.

7.5. Договір страхування укладається на підставі обраної Страхувальником Програми медичного страхування згідно з п.4.3 цих Правил. Договір страхування повинен містити перелік медичної допомоги, медичних та інших послуг, а також перелік асистуючих компаній, медичних та/або аптечних установ, в яких Застрахована особа має право отримати медичну допомогу, медичні та інші послуги відповідно до обраної Програми медичного страхування.

7.6. Договором страхування може бути передбачено, що, якщо страховий випадок настав до сплати Страхувальником страхової премії у повному обсязі, Страховик має право утримати несплачені страхові платежі із суми страхового відшкодування, що належить до сплати.

7.7. Конкретні строк і порядок сплати страхової премії або страхових платежів вказуються в Договорі страхування.

7.8. Під час дії Договору страхування Страхувальник повинен у встановлені в Договорі строки інформувати Страховика про будь-які суттєві зміни обставин, наданих під час підписання Договору, що стали йому відомі в період дії Договору страхування, якщо ці зміни можуть суттєво вплинути на збільшення страхового ризику, для вирішення питання про дію Договору страхування на нових умовах чи про припинення дії Договору. Зміни обставин визнаються суттєвими, коли такі обставини змінилися настільки, що якби Сторони мали змогу це передбачити, то Договір страхування взагалі не був би укладений, або він був би укладений на значно інших умовах.

7.9. Факт укладання Договору страхування може підтверджуватися видачею Страховиком Страхувальнику страхового Поліса (Свідоцтва, Сертифікату), що є формою Договору страхування. У випадку втрати Страхувальником під час дії Договору страхування Полісу (Свідоцтва, Сертифікату) йому видається (на підставі письмової заяви Страхувальника) дублікат страхового Поліса (Свідоцтва, Сертифікату). Після видачі дублікату втрачений страховий Поліс (Свідоцтво, Сертифікат) вважається недійсним і виплати страхового відшкодування за ним не здійснюються.

7.10. Умовами Договору страхування може бути передбачена видача Застрахованій особі страхових документів, дія яких припиняється з моменту закінчення періоду страхування за Договором страхування. По закінченні періоду страхування за Договором страхування страхові документи повинні бути повернуті Страховику протягом 10 робочих днів з дня закінчення періоду страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

7.11. Застрахованій особі забороняється передавати свої страхові документи іншим особам з метою одержання ними медичної допомоги (медичних послуг), передбачених Договором страхування. Якщо буде встановлено, що Застрахована особа передала іншій особі свої страхові документи для отримання медичної допомоги (медичних послуг), передбачених Договором страхування, Страховик має право в односторонньому порядку припинити дію Договору страхування відносно такої Застрахованої особи та відмовити у виплаті страхового відшкодування.

7.12. Сторони за взаємною згодою можуть приймати додаткові умови страхування.

7.13. Якщо інше не обумовлено Договором страхування, всі зміни та доповнення до умов Договору страхування вносяться за домовленістю Сторін на підставі письмової заяви однієї із Сторін протягом п'яти робочих днів з моменту отримання такої заяви іншою Стороною. Такі зміни умов Договору страхування оформлюються Додатковою угодою у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному для кожної з Сторін, які стають невід'ємною частиною Договору страхування, вступають в силу з моменту підписання та діють протягом строку дії зазначеного Договору страхування, якщо інше не обумовлено в Договорі страхування або в Додатковій угоді. До отримання оригіналів факсимільні копії Додаткових угод, підписані Сторонами та скріплені печатками Сторін, мають силу оригіналів.

7.14. Якщо одна із Сторін не згодна на внесення змін та доповнень в умови Договору страхування, протягом п'яти робочих днів з моменту отримання іншою Стороною письмової заяви про внесення змін та доповнень вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення дії Договору. При цьому, у випадку прийняття Сторонами рішення про припинення дії Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених у Додатку № 2 до цих Правил, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1 Страховик зобов'язаний:

8.1.1 ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

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

8.1.3 при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;

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

8.1.5 за заявою Страхувальника, у випадку здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування;

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

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

8.2 Страхувальник зобов'язаний:

8.2.1 своєчасно вносити страхові платежі;

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

8.2.3 При укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні Договори страхування щодо цього предмета Договору.

8.2.4 Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків завданих внаслідок настання страхового випадку.

8.2.5 Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.

А також у випадках, зазначених нижче, якщо це передбачено в Договорі страхування, Страхувальник зобов'язаний:

8.2.6 довести до відома застрахованих осіб умови страхування та порядок надання медичних та інших послуг та медичної допомоги за Договором страхування;

8.2.7 після настання страхового випадку вжити всіх необхідних заходів у тих обставинах, що склалися, щодо запобігання та зменшення розміру збитку, завданого внаслідок настання страхового випадку;

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

8.3 Страховик має право:

8.3.1 під час укладання Договору страхування вимагати заповнення Декларації (анкети, опитувального листа) про стан здоров'я або медичного обстеження Застрахованої особи з метою отримання достовірних даних для оцінки страхового ризику, та за результатами такого анкетування або обстеження відмовитись від укладання Договору страхування стосовно такої Застрахованої особи або внести додаткові обмеження до умов Договору страхування;

8.3.2 при невиконанні Страхувальником обов'язку надання достовірної інформації про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та повідомлення про збільшення страхового ризику вимагати дострокового розірвання Договору страхування й відшкодування збитків, завданих таким розірванням Договору, а якщо такі обставини були виявлені після настання страхового випадку – відмовити у виплаті страхового відшкодування, якщо інше не обумовлено Договором страхування;

8.3.3 при повідомленні про обставини, що тягнуть збільшення страхового ризику, вимагати зміни умов Договору страхування та/або сплати додаткової страхової премії пропорційно збільшенню ризику. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов Договору страхування та/або доплати страхової премії, Страховик має право вимагати розірвання Договору в порядку, передбаченому чинним законодавством;

8.3.4 при настанні страхового випадку давати інструкції, спрямовані на зменшення збитків, що є обов'язковими для Страхувальника та Застрахованої особи;

8.3.5 вимагати від Страхувальника та/або Застрахованої особи інформацію, необхідну для встановлення факту, причин, обставин настання страхового випадку та розміру збитку, включаючи відомості, що становлять комерційну або лікарську таємницю;

8.3.6 вимагати медичного обстеження Застрахованої особи з метою встановлення факту, причин, обставин настання страхового випадку та розміру збитку;

8.3.7 за необхідності направляти запити до компетентних органів про надання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причини, обставини настання страхового випадку та розмір збитку;

8.3.8 у випадку необхідності самостійно з'ясувати факт, причини, обставини страхового випадку та розмір збитку, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів та інших підприємств, установ та організацій, що володіють або мають володіти інформацією про обставини страхової події;

8.3.9 При наявності сумнівів в підставах для виплати страхового відшкодування відстрочити її до отримання підтвердження цих підстав, але не більше, ніж на 60 (шістдесят) робочих днів. Про таку відстрочку Страхувальник має бути повідомлений Страховиком

протягом 7 календарних днів з дня прийняття відповідного рішення з викладенням обґрунтованих причин такої відмови. Під час дії всього строку позовної давності, передбаченого чинним законодавством України, вимагати повернення виплаченого страхового відшкодування, якщо на те виникнуть обґрунтування, передбачені законодавством, умовами цих Правил чи Договору страхування;

8.3.10 ініціювати внесення змін до Договору страхування, а також дострокове припинення Договору страхування в порядку, передбаченому Договором страхування та цими Правилами;

8.3.11 контролювати строки, якість, об'єм та обґрунтованість медичних та інших послуг та медичної допомоги, що надаються Застрахованій особі за Договором страхування;

8.3.12 ознайомлюватися з медичною документацією Застрахованої особи;

8.3.13 відмовити у виплаті страхового відшкодування у відповідності з умовами Договору страхування, цими Правилами та законодавством України.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика.

8.4 Страхувальник має право:

8.4.1 вибрати Програму медичного страхування, медичні послуги, медичну допомогу, медичні та аптечні заклади, асистуючі компанії, що надають медичні та інші послуги за Договором страхування, із запропонованого Страховиком переліку;

8.4.2 за узгодженням із Страховиком розширити перелік медичних послуг, медичної допомоги, медичних та аптечних закладів, асистуючих компаній, що надають медичні та інші послуги за Договором страхування, а також збільшити страхову суму та/або ліміти відповідальності за Договором страхування за умов підписання Додаткової угоди та сплати додаткової страхової премії, встановленої Страховиком;

8.4.3 вимагати виплату страхового відшкодування Застрахованій особі у межах страхової суми з урахуванням конкретних умов Договору страхування;

8.4.4 ініціювати внесення змін та доповнень до Договору страхування у порядку, передбаченому цими Правилами та Договором страхування;

8.4.5 ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування в порядку, передбаченому цими Правилами та Договором страхування.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страхувальника.

8.5 Застрахована особа зобов'язана:

8.5.1 заповнити Декларацію (анкету, опитувальний лист) про стан свого здоров'я або пройти попереднє медичне обстеження на вимогу Страховика з метою отримання достовірних даних для оцінки страхового ризику;

8.5.2 відверто та повністю відповісти на всі запитання Страховика стосовно свого стану здоров'я;

8.5.3 при настанні страхового випадку, на вимогу Страховика пройти медичне обстеження з метою встановлення факту, причин, обставин настання страхового випадку та розміру збитку;

8.5.4 виконувати призначення лікуючого лікаря, отримані під час лікування, дотримуватись розкладу, встановленого медичною установою;

8.5.5 не передавати свої страхові документи іншим особам з метою отримання ними медичних та інших послуг за Договором страхування;

8.5.6 у випадку втрати своїх страхових документів негайно сповістити про це Страховика будь-яким доступним способом;

8.5.7 протягом 10 робочих днів з дня закінчення періоду страхування за Договором страхування повернути Страховику страхові документи;

8.5.8 повідомляти Страховика про всі випадки ненадання (відмови у наданні), неповного або неякісного надання медичних та інших послуг медичними, аптечними та/або асистуючими закладами, обумовленими в Договорі страхування;

8.5.9 надати Страховику право повного доступу до будь-якої медичної інформації щодо свого стану здоров'я;

8.5.10 виконувати обов'язки, передбачені Договором страхування та цими Правилами.

8.6 Застрахована особа має право:

8.6.1 на отримання медичних та інших послуг та медичної допомоги, передбачених обраною Програмою медичного страхування згідно з умовами Договору страхування, в медичних, аптечних та/або асистуючих установах, зазначених в Договорі страхування;

8.6.2 на вибір медичного закладу з переліку, наданого в Договорі страхування;

8.6.3 на отримання дублікатів втрачених страхових документів.

8.7 Права та обов'язки Страхувальника та Застрахованої особи за Договором страхування не можуть бути передані будь-кому без письмової згоди на це Страховика.

8.8 Сторони звільняються від відповідальності при настанні форс-мажорних обставин.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування, у випадку настання події, яка може бути кваліфікована як страхова (потенційна страхова подія), Страхувальник або Застрахована особа повинні інформувати Страховика про настання такої події в строк, встановлений в Договорі страхування.

9.2. Порядок отримання застрахованими особами медичної допомоги, медичних та інших послуг за Договором страхування обумовлюється в такому Договорі страхування, з урахуванням Програми медичного страхування, зазначеної в Договорі.

9.3. У випадку необхідності отримання невідкладної медичної допомоги, якщо надання такої допомоги передбачено Програмою медичного страхування за Договором страхування, коли неможливо повідомити Страховика до початку її надання, таке повідомлення передається Страховику одразу, як тільки це стане можливо, будь-яким можливим способом, якщо інше не передбачено Договором страхування.

9.4. Будь-які дії Страховика або його представників, спрямовані на запобігання настанню страхової події, не тягнуть за собою безумовного визнання Страховиком зобов'язань стосовно виплати страхового відшкодування за конкретним страховим випадком.

9.5. Страховик має право провести будь-яке розслідування, а також призначити спеціаліста (експерта) з метою визначення факту, причин, обставин та розміру понесеного збитку.

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

10.1. У випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг в медичних закладах, що рекомендувала асистуюча (сервісна) компанія для підтвердження страхового випадку асистуюча (сервісна) компанія чи медичний заклад надає Страховику такі документи:

10.1.1. документ, що містить перелік наданих медичних послуг, їх вартість (із розбивкою по Застрахованим особам) і загальної суми витрат за всі медичні послуги, що надані Застрахованим особам у межах передбаченої договором страхування Програми страхування;

10.1.2. виписка з медичної картки стаціонарного або амбулаторного хворого;

10.1.3. рахунок медичного закладу;

10.1.4. рецепти;

10.1.5. листок непрацездатності;

10.1.6. довідка медичного закладу щодо строку лікування та діагнозу, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу;

10.1.7. інші документи на вимогу Страховика, які мають суттєве значення для підтвердження страхового випадку.

10.2. У випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг в медичних закладах, за умови попереднього узгодження із Страховиком та самостійної їх оплати, Страхувальник чи Застрахована особа має надати Страховику такі документи:

10.2.1. письмову заяву про страхову виплату;

10.2.2. договір страхування (медичний поліс або індивідуальну медичну картку Застрахованої особи);

10.2.3. документ, що посвідчує особу яка подає документи;

10.2.4. документи, що підтверджують факт надання Застрахованій особі медичних послуг, діагноз, строки лікування (виписка з медичної картки стаціонарного або амбулаторного хворого, лікарняний лист, довідка з медичного закладу, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу), перелік наданих медичних послуг (із числа передбаченої договором страхування), чеків про оплату медичних послуг;

у випадку оплати медикаментів - документ, що підтверджує їх призначення (рецепт або виписку з медичної картки) із зазначенням доз та кількості ліків, чеків (товарного та касового) про оплату ліків, що надаються протягом 30-ти днів з дня надання медичних послуг.

10.3. За погодженням сторін договору страхування перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку може бути змінений.

11. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

11.1 Якщо інше не обумовлено в Договорі страхування, страхове відшкодування виплачується при настанні страхового випадку (випадків), передбаченого Договором страхування, лише після того, як будуть встановлені факт, причини, обставини страхового випадку та розмір збитків.

11.2 Виплата страхового відшкодування проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи) та страхового акта, який складається Страховиком або уповноваженою особою у формі, визначеній Страховиком.

11.3 Якщо інше не передбачено Договором страхування, виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком наступним чином:

11.3.1 шляхом оплати медичних та інших послуг (медичної допомоги), що передбачені Програмою медичного страхування за Договором страхування, медичним та/або аптечним установам (асистуючій компанії), що зазначені в Договорі страхування. При цьому оплата медичних послуг таким медичним закладам здійснюється Страховиком у порядку і в строки, передбачені укладеним між Страховиком і медичними та/або аптечними закладами (асистуючою компанією) договором.

Оплата медичних послуг провадиться на підставі рахунку медичного та/або аптечного закладу (асистуючої компанії), із зазначенням діагнозу, строків лікування, переліку наданих медичних послуг, їх вартості (із розбивкою по застрахованим особам) і загальної суми витрат по всім медичним послугам, що надані застрахованим особам у межах передбаченої Договором страхування Програми медичного страхування, якщо інше не передбачено в Договорі страхування або в договорі з медичним та/або аптечним закладом (асистуючою компанією).

Страховик має право перевірити відповідність зазначених у рахунку медичних послуг їх переліку за Договором страхування.

11.3.2 шляхом відшкодування витрат Застрахованої особи, що були понесені нею для отримання медичних та інших послуг (медичної допомоги), передбачених Програмою медичного страхування за Договором страхування. При цьому відшкодування понесених Застрахованою особою витрат на медичні послуги здійснюється на підставі письмової Заяви Страхувальника або Застрахованої особи, та документів, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а також розмір збитків (вартість наданих Застрахованій особі медичних та інших послуг, медичної допомоги).

За умов попереднього погодження із Страховиком зазначеного в цьому пункті порядку виплати страхового відшкодування, Страховик відшкодовує Застрахованій особі вартість отриманих нею медичних та інших послуг (медичної допомоги) та придбаних нею самостійно медикаментів в обсязі, передбаченому Програмою медичного страхування за Договором страхування, у випадку, якщо зазначені послуги та медикаменти були призначені лікарем, на підставі документів, що підтверджують їх призначення та оплату. При цьому вищезазначені витрати Застрахованої особи на медичні та інші послуги (медичну допомогу) та медикаменти мають бути визнані Страховиком доцільними та такими, що відповідають умовам Договору страхування, а також підтверджуються зазначеними в Договорі страхування документами, є необхідними, та що вже сплачені Застрахованою особою в повному обсязі, якщо інше не передбачено Договором страхування.

11.4 У випадку виникнення спорів між Сторонами про факт, причини та обставини страхового випадку та розмір страхового відшкодування кожна із Сторін має право вимагати проведення додаткової експертизи.

11.5 Застрахована особа має право на отримання страхового відшкодування тільки за умов сплати страхової премії за Договором страхування у встановлений в Договорі строк, якщо інше не передбачено Договором страхування.

11.6 Виплата страхового відшкодування здійснюється в строк, передбачений умовами Договору страхування.

11.7 Якщо інше не узгоджено в Договорі страхування, то Страховик може зменшити суму страхового відшкодування, належну Застрахованій особі, на суму заборгованості із страхової премії та/або на суму майбутніх страхових платежів страхової премії, належної Страховику.

11.8 Якщо інше не узгоджено в Договорі страхування, виплата страхового відшкодування здійснюється на розрахунковий рахунок, вказаний Застрахованою особою в Заяві на виплату страхового відшкодування у строки, встановлені в Договорі страхування.

12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ АБО ПРО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ

12.1 Якщо інше не обумовлено Договором страхування, протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня надання Страхувальником та/або Застрахованою особою відповідних відомостей і документів, зазначених в Договорі страхування відповідно до п.10.1 цих Правил, Страховик приймає одне з наступних рішень:

12.1.1 про визнання події страховим випадком та про виплату страхового відшкодування. В цьому випадку Страховик складає та затверджує страховий акт, з визнанням факту настання страхового випадку, а також із зазначенням суми та порядку виплати страхового відшкодування;

12.1.2 про відмову у виплаті страхового відшкодування. В цьому випадку Страховик складає та затверджує страховий акт, із зазначенням причини відмови, з посиланням на відповідні норми закону та умови Договору страхування (або цих Правил) та письмово інформує Страхувальника/Застраховану особу про прийняте рішення із зазначенням причини такої відмови;

12.1.3 про проведення додаткового страхового розслідування або про продовження страхового розслідування, якщо це передбачено Договором страхування. У цьому випадку

Страховик письмово інформує Страхувальника та/або Застраховану особу про прийняття рішення щодо проведення додаткового розслідування або продовження страхового розслідування із зазначенням причини прийняття такого рішення. Крім того, таке рішення може містити вимоги до Страхувальника та/або Застрахованої особи надати необхідні відомості, якщо вони їх мають чи повинні мати, і відповідні підстави, згідно з якими Страховик вважає, що ці відомості є чи повинні бути у Страхувальника та/або Застрахованої особи. Також, у рішенні повинен зазначатися строк закінчення додаткового розслідування.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

13.1 Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат або страхового відшкодування є:

13.1.1 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 встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

13.1.2 вчинення Страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

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

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

13.1.5 Отримання Страхувальником повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;

13.1.6 інші випадки, передбачені законом.

Умовами Договору страхування можуть передбачатися інші підстави для відмови у здійсненні виплати страхового відшкодування, якщо це не суперечить закону.

13.2 Якщо інше не передбачено Договором страхування, Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування, якщо Застрахована особа відмовилась від обстеження лікарем-експертом Страховика після настання страхового випадку або після закінчення лікування з приводу захворювання, травми або іншого розладу здоров'я, у зв'язку з якими має бути здійснена виплата страхового відшкодування.

13.3 Страховик має право частково або повністю відмовити у виплаті страхового відшкодування, якщо Страхувальник та/або Застрахована особа не виконали обов'язки, передбачені даними Правилами або Договором страхування.

13.4 Відмову Страховика в страховій виплаті або в виплаті страхового відшкодування може бути оскаржено Страхувальником (Застрахованою особою) у судовому органі України згідно з законодавством України.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1 Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у випадку:

14.1.1 закінчення строку дії;

14.1.2 виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником /Застрахованою особою у повному обсязі;

14.1.3 несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо

перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору;

14.1.4 ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, крім випадків, передбачених статтями 22,23,24 Закону України «Про страхування»;

14.1.5 ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

14.1.6 прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

14.1.7 в інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2 Дія Договору страхування може бути достроково припинена на вимогу Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

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

14.4 У випадку дострокового припинення Договору страхування на вимогу Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

14.5 У випадку дострокового припинення Договору страхування на вимогу Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхового відшкодування, які були здійснені за цим Договором страхування.

14.6 При достроковому припиненні Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі.

14.7 Згідно з підпунктом 14.1.6 Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених чинним законодавством України. Згідно з цими Правилами та чинним законодавством України, Договір страхування визнається недійсним і не підлягає виконанню, також у випадку, якщо він був укладений після настання страхового випадку.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1 Всі суперечки та розбіжності, що можуть виникати у зв'язку з підписанням і дією Договору страхування, укладеного на підставі даних Правил, будуть вирішуватися шляхом переговорів між Сторонами. У випадку неможливості досягнення згоди шляхом переговорів, розбіжності будуть розглядатися у відповідному судовому органі України за місцем знаходження відповідача, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

15.2 За всіма іншими питаннями, не передбаченими Договором страхування та цими Правилами, Сторони керуються чинним законодавством України.

16. СТРАХОВІ ТАРИФИ

16.1 Базові страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою Сторін і встановлюється з урахуванням рівня ризику і умов Договору страхування шляхом використання поправочних коефіцієнтів до базового тарифу (Додаток № 2 до цих Правил).

16.2 Розмір нормативних витрат на ведення справи визначається при актуарних розрахунках базових страхових тарифів (Додаток № 2 до цих Правил). Конкретний розмір витрат на ведення справи встановлюється в Договорі страхування. Якщо Договором страхування не визначено конкретного розміру витрат на ведення справи, то встановлюється граничний розмір, зазначений в Додатку № 2 до цих Правил.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені законом України «Про страхування», повинні бути передбачені в Договорі страхування.

Базові програми медичного страхування

Таблиця № 1.

№ за/п	Найменування Програми	Суть Програми
1.	„Комплексна”	Надання невідкладної медичної, стоматологічної, медикаментозної, профілактичної допомоги, а також послуг з медичного транспортування та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при амбулаторно-поліклінічному, стаціонарному лікуванні та в період реабілітації
2.	„Амбулаторно-поліклінічна”	Надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при амбулаторно-поліклінічному лікуванні
3.	„Стаціонарна”	Надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при стаціонарному лікуванні
4.	„Реабілітація”	Надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, в період реабілітації
5.	„Невідкладна медична допомога”	Надання цілодобової невідкладної медичної допомоги та пов'язаних з нею медичних та інших послуг, зазначених в Договорі страхування
6.	„Стоматологія”	Надання стоматологічної допомоги та пов'язаних з нею медичних та інших послуг, зазначених в Договорі страхування
7.	„Здорове майбутнє”	Надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, дітям, або медичне супроводження вагітності та пологів (надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, під час вагітності та пологів)
8.	„Хірургія”	Надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при оперативному лікуванні
9.	„Медикаментозне забезпечення”	Оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів при амбулаторному та/або стаціонарному лікуванні
10.	„Профілактика”	Організація профілактики захворювань
11.	„Діагностика”	Організація консультацій, оплата вартості діагностики, діагностичних досліджень, встановлення діагнозу
12.	„Медичний сервіс”	Організація та оплата додаткових медичних послуг під час стаціонарного лікування (перебування в палаті підвищеного комфорту, додаткове харчування та т.ін.)

Актуарій

Галицький І.В.

РІЧНІ БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ
по добровільному медичному страхуванню

Таблиця № 2.

№ за/п	Програма медичного страхування	Страховий тариф у % від страхової суми
1.	„Комплексна”	5
2.	„Амбулаторно-поліклінічна”	4
3.	„Стационарна”	4
4.	„Реабілітація”	4
5.	„Невідкладна медична допомога”	3
6.	„Стоматологія”	5
7.	„Здорове майбутнє”	8
8.	„Хірургія”	6
9.	„Медикаментозне забезпечення”	5
10.	„Профілактика”	3
11.	„Діагностика”	4
12.	„Медичний сервіс”	3

При укладанні договору страхування на термін до одного року розмір тарифу розраховується виходячи з розміру річного страхового тарифу з урахуванням коефіцієнтів, що наведені у таблиці 3. При цьому неповний місяць дії договору страхування рахується за повний.

Коефіцієнт короткостроковості

Таблиця № 3.

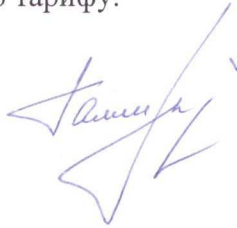
Строк дії Договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт короткостроковості	0,29	0,41	0,5	0,58	0,65	0,71	0,76	0,82	0,87	0,91	0,96	1,0

Вищенаведені тарифи розраховані при застосуванні безумовної франшизи від 0 до 20 % від страхової суми.

В залежності від виду діяльності Застрахованої особи, медичної допомоги, медичних та інших послуг, що входять до програм страхування за Договором страхування, території страхування та інших об'єктивних чинників, що суттєво впливають на ступінь страхового ризику до базових тарифів може бути застосовано поправочний коефіцієнт від 0,01 до 10,0.

Норматив витрат на ведення справ, визначений при розрахунках страхових тарифів, становить 30% від страхового тарифу.

Актуарій



Галицький І.В.



Всього в цьому документі пронумеровано та прошито, скріплено печаткою та підписом
27 (двадцять сім) штук

<i>Член колегії - в.о. директора департаменту</i>	
ЗАРЕЄСТРОВАНО	
<i>О. Шибел</i>	<i>Шибелюк О. В.</i>
Підпис	Прізвище, ім'я, по батькові працівника
Дата <i>13.11.2009</i>	Реєстраційний номер <i>0390053</i>