

ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

ЗМІСТ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ	3
3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	3
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	4
5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ	4
6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ	5
7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	5
8. ТЕРМІН ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	5
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	6
10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	6
11. ТЕРМІН ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ СТРАХОВИХ СУМ	7
12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ СТРАХОВИХ СУМ	7
13. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	8
14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	8
15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	8

Зареєстровані Державною комісією
з регулювання ринків
фінансових послуг України
за № 2150770 від 26.08.2005 р.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил страхова компанія ЗАТ “Страхова компанія “Українська страхова група” (надалі Страховик) укладає договори добровільного страхування медичних витрат (надалі – Договори страхування) фізичних осіб (надалі – Застрахованих осіб) із юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі – Страхувальниками).

1.2. Страхувальник – юридична особа або дієздатний громадянин, які уклали із Страховиком Договір страхування.

1.3. Страхувальники мають право укласти Договори страхування власних медичних витрат або медичних витрат третіх осіб (Застрахованих осіб) за згодою цих осіб.

1.4. Застрахована особа – фізична особа віком від 3 до 60 років, про страхування медичних витрат якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов’язків Страхувальника згідно з Договором страхування. До Договору страхування додаються список Застрахованих осіб та документи, які підтверджують згоду цих осіб на укладення договору страхування.

1.5. У випадку, коли Страхувальник уклав Договір страхування власних медичних витрат, він одночасно є Застрахованою особою.

1.6. Договір страхування – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов’язання у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхової суми (її частину) Страхувальнику (Застрахованій особі) на оплату вартості медико-санітарної допомоги певного

переліку і якості в обсязі вибраної Страхувальником програми медичного страхування. Ці заходи здійснюються Страховиком незалежно від суми, яку має отримати Застрахована особа за державним соціальним страхуванням, соціальним забезпеченням, сум за Договорами страхування, укладеними з іншими страховиками, а також суми, що має бути йому сплачена як відшкодування заподіяної йому шкоди згідно з цивільним законодавством України з боку третіх осіб.

1.7. Заклад охорони здоров’я – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення потреб населення в галузі охорони здоров’я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.

1.8. Медичний заклад – заклад охорони здоров’я, що надає Застрахованій особі медичну допомогу, передбачену Програмою медичного страхування.

1.9. Аптека – фармацевтична установа, яка забезпечує Застраховану особу або медичний заклад медикаментами та матеріалами, що необхідні для надання медичної допомоги, передбаченої Договором страхування.

1.10. Асистуюча компанія – посередник між Страховиком, медичним закладом та Аптекою, що організує надання Застрахованій особі медичної допомоги, передбаченої Програмою медичного страхування.

2. ОБ’ЄКТ СТРАХУВАННЯ

Об’єктом страхування згідно цих Правил є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов’язані із

медичними витратами Страхувальника (Застрахованої особи).

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

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

Страховими ризиками, на випадок виникнення яких проводиться страхування, є:

- хвороба Застрахованої особи;
- хвороба Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби під час перебування у медичному закладі.

3.2. Страховий випадок – подія, передбачувана Договором страхування, яка відбулась, і з настанням якої виникає обов’язок Страховика здійснити виплату страхової суми Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

Страховим випадком за цими Правилами визнається:

- звернення та надання медико-санітарної допомоги Застрахованій особі під час дії Договору страхування до медичного закладу з переліку медичних закладів, передбачених Договором страхування, у зв’язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або травмою, отруєнням, наслідками нещасного випадку, з метою одержання медичної допомоги та медичних послуг у межах та в обсязі Програм медичного страхування, що передбачені Договором страхування;
- звернення спадкоємців Застрахованої особи, у разі її смерті під час знаходження на лікуванні в медичному закладі, у зв’язку з необхідністю покриття витрат, пов’язаних із репатріацією цієї Застрахованої особи.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Не відноситься до страхового випадку подія, що відбулась внаслідок:

- а) учинення Страхувальником (Застрахованою особою) навмисних або неправомірних дій, що призвели до настання страхового випадку, крім випадків передбачених законодавством України;
- б) учинення спадкоємцем Застрахованої особи навмисного злочину, що призвів до настання страхового випадку.

4.2. Страховими випадками, якщо інше не передбачено Договором страхування, не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу, пов'язані з:

4.2.1. Захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом протягом першого місяця після набуття чинності Договором страхування.

4.2.2. Новоутвореннями, хворобами ендокринної системи, якщо відповідний діагноз установлений медичним закладом протягом перших трьох місяців після набуття чинності Договору страхування.

4.2.3. Хворобою, на яку Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договору страхування.

4.2.4. Вродженими пороками.

4.2.5. Захворюваннями, які пов'язані з вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності, якщо факт позаматкової вагітності встановлено не раніше ніж через три

місяці з дня набрання чинності Договором страхування.

4.2.6. Захворюваннями, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування.

4.2.7. Захворюваннями, які є наслідком замаху на самогубство Страхувальника (Застрахованої особи) за винятком тих випадків, коли Страхувальник (Застрахована особа) був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб.

Захворюваннями, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів.

4.3. Не укладаються Договори про страхування осіб, які на час укладення Договору є онкологічне хворими, хворими з тяжкими формами захворювання серцево-судинної системи, ВІЛ-інфікованими, знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних,

туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах.

4.4. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страховий випадок стався внаслідок:

- а) надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні, або на території дії Договору страхування;
- б) громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу, локауту або терористичного акту;
- в) впливу ядерної енергії.

5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

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

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

5.2. Розмір страхового платежу визначається на підставі

страхового тарифу, що наведений у Додатку №1 до цих Правил.

5.3. За Договором страхування, укладеним на строк менше одного року, розмір страхового платежу визначається як добуток річного страхового платежу та коефіцієнт короткостроковості на підставі таблиці №1, в залежності від строку дії Договору страхування.

Таблиця 1

КОЕФІЦІЄНТ КОРТКОСТРОКОВОСТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТРОКУ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ												
Строк дії Договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт короткостроковості	0,09	0,18	0,27	0,35	0,45	0,50	0,62	0,70	0,78	0,85	0,95	1,00

5.4. Страховий платіж сплачується одноразово у термін, визначений умовами Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.5. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою або використати безготівкові форми розрахунків.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ

6.1. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. Розмір страхової суми встановлюється за згодою Сторін при укладенні Договору страхування.

6.2. Загальна сума страхових виплат за страховими випадками не може перевищувати страхової суми за Договором страхування.

6.3. Якщо Страхувальник не повністю сплатив страховий платіж, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці страхового платежу.

6.4. В період дії Договору страхування Страхувальник

може збільшити розмір страхової суми.

6.4.1. При збільшенні страхової суми величина доплати страхової премії (**Д**) розраховується за формулою (1) для кожного об'єкту страхування окремо:

$$D=(P2-P1) \times K \quad (1)$$

де **П1, П2** – страхові премії по первісній та кінцевій страховим сумам відповідно, **К** – коефіцієнт короткостроковості, який визначається згідно з таблицею №1 та кількістю повних місяців, що залишилися до кінця дії Договору страхування. При цьому неповний місяць приймається за повний.

6.4.2. При цьому укладається додаткова угода до діючого Договору страхування.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування укладається на підставі письмової заяви Страхувальника за формою, що встановлена Страховиком. Для оформлення Договору страхування Страховик може запросити додаткову інформацію, що характеризує ступінь страхового ризику.

7.2. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній зі сторін.

7.3. Договір ДМС набуває чинності з 00 годин дня, наступного за днем сплати страхового платежу одноразово або першої його частини (внеску) на поточний рахунок або до каси Страховика.

7.4. При укладенні Договору про страхування третіх осіб (крім дітей у віці до 16-ти років) необхідна письмова згода цих осіб.

7.5. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

7.6. Договором страхування можуть бути передбачені наступні Програми медичного страхування (надалі – Програми):

Програма “А” – “Амбулаторно-поліклінічне лікування”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медико-санітарної допомоги, наданої Застрахованій особі при амбулаторно-

поліклінічному лікуванні, у тому числі при лікуванні в умовах денного стаціонару;

Програма “В” – “Стаціонарне лікування”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медико-санітарної допомоги, наданої Застрахованій особі при стаціонарному лікуванні у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях;

Програма “С” – “Швидка медична допомога”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медичної допомоги, яка була надана Застрахованій особі загально профільними або спеціалізованими бригадами швидкої допомоги;

Програма “D” – “Страхування дітей”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медичної допомоги та медичних послуг, що надаються дітям віком від 3 до 14 років на умовах обраної програми страхування (А,В,С).

7.7. При поданні Страхувальником заяви на укладення Договору страхування, Страховик може запросити інформацію щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування медичних витрат якої укладається Договір страхування. В окремих випадках Страховик може вимагати медичного освідчення особи, про страхування медичних витрат якої укладається Договір страхування.

8. ТЕРМІН ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін від одного до дванадцяти місяців, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.2. Договір страхування діє на території України.

8.3. Страховиком можуть встановлюватись обмеження по території дії Договору страхування, за віком – для Застрахованої особи, та інші обмеження, зазначені у Договорі страхування.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

9.1.1. У разі настання страхового випадку, якщо Страхувальник є Застрахованою особою, отримати страхову суму (її частину) шляхом оплати Страховиком вартості отримання медичної допомоги та медичних послуг згідно умов Договору страхування в межах страхової суми.

9.1.2. На укладення Договору страхування третьої особи (Застрахованої особи) за згодою цієї особи, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника у відповідності з Договором страхування і цими Правилами.

9.1.3. На зміну умов Договору страхування за згодою сторін згідно з розділом 13 цих Правил. При цьому укладається додаткова угода до діючого Договору страхування між Страховиком та Страхувальником.

9.1.4. На дострокове припинення Договору страхування згідно умов цих Правил.

9.1.5. На отримання дублікату Договору страхування, страхового свідоцтва (полісу, сертифікату) у разі втрати оригіналу.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. Повідомити Страховику достовірну інформацію, що має значення для визначення ступеня ризику.

9.2.2. Уся інформація надається в письмовій формі за підписом керівника Страхувальника (якщо Страхувальник є юридичною особою).

9.2.3. Сплачувати страховий платіж у розмірі і в строки, що обумовлені Договором страхування.

9.2.4. Протягом трьох робочих днів повідомити Страховика про настання страхового випадку.

9.2.5. При зміні ступеня ризику протягом 3 (трьох) робочих днів повідомити в письмовій формі Страховика для прийняття останнім рішення про подальшу дію Договору страхування.

9.2.6. Повідомити Страховика про інші діючі Договори особистого страхування стосовно Застрахованої особи.

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

9.3. Страховик має право:

9.3.1. У разі необхідності робити запити про відомості, що пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку

а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку.

9.3.2. Відмовити у виплаті страхової суми у випадках, передбачених пунктами 4.1.–4.4. цих Правил, а також якщо Страхувальник (Застрахована особа):

а) не надав усіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку;

б) надав Страховику свідомо неправдиві відомості про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

в) невчасно повідомив Страховика (пункт 9.2.4. цих Правил) про настання страхового випадку без поважних на це причин;

г) учинив умисний злочин, що призвів до страхового випадку.

9.3.3. При наявності сумнівів у підставах для виплати страхової суми (її частини) відстрочити її до отримання підтвердження цих підстав на термін, що не перевищує 3 (три) місяці від дати подання Страхувальником заяви про страхову виплату.

9.3.4. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження та за результатами приймати рішення щодо прийняття на страхування.

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

9.4.2. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати наданої медичної допомоги та медичних послуг.

9.4.3. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхової суми (її частини).

9.4.5. Зберігати конфіденційність одержаної від Страхувальника інформації щодо учасників та умов Договору страхування за винятком випадків, передбачених Законодавством України.

9.5. Сторони зобов'язані своєчасно повідомити одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, передбачувану зміну власності, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків згідно Договору страхування. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. В разі захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку, Застрахована особа для отримання медичної допомоги та медичних послуг повинна звернутися до медичного закладу з переліку визначених у Договорі страхування.

10.2. При зверненні до медичного закладу Застрахована особа повинна пред'явити наступні документи:

а) оригінал Договору страхування (страхового полісу);

б) документ, що посвідчує Застраховану особу;

в) медичну картку або витяг з історії хвороби, лікарняний лист, інші документи на вимогу Страховика які зазначені у Договорі страхування.

10.3. Надати Страховику достовірні дані про обставини

та умови страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію на вимогу Страховика, зазначену у Договорі страхування.

10.4. Виплата страхової суми (її частини) здійснюється Страховиком протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання заяви про страхову виплату та документів медичного закладу, що надав Страхувальнику (Застрахованій особі) медичні послуги (лікарняний лист або довідка медичного закладу щодо діагнозу та тривалості лікування Страхувальника (Застрахованої особи), медична картка або витяг з історії хвороби, рахунки медичного закладу на оплату вартості наданих медичних послуг та медичної допомоги) та інші згідно Договору про співпрацю між Страховиком та цим медичним закладом.

11. ТЕРМІН ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ СТРАХОВИХ СУМ

11.1. Страховик зобов'язаний в термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня одержання всіх документів, що підтверджують факт настання страхового випадку (перелік таких документів наведено в розділі 12 цих Правил) прийняти рішення про виплату чи відмову у виплаті страхової суми.

11.2. Страховик може прийняти рішення про відмову у виплаті страхової суми відповідно до п. 9.3.2. цих Правил.

11.3. При відмові у виплаті страхової суми (її частини) Страховик повідомляє Страхувальнику (Застрахованій особі) у письмовій формі обґрунтовані причини відмови в термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня одержання всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір медичних витрат.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ СТРАХОВИХ СУМ

12.1. Страховик здійснює виплату страхової суми (її частини) у відповідності до умов Договору страхування шляхом сплати медичному закладу вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги у зв'язку зі страховим випадком в межах Програми страхування страхової суми, визначеної Договором страхування. Медичний заклад сповіщає Страховика про настання страхового випадку протягом 48 годин, якщо інший термін не передбачено конкретним Договором з медичним закладом. Виплата здійснюється на підставі:

- страхового акту;
- заяви про виплату;
- документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір медичних витрат: первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, перелік проведених процедур і заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартість.

12.2. Страховик може здійснювати виплату страхової суми (її частини) у відповідності до умов Договору страхування шляхом сплати Аптеці за необхідні медикаменти та матеріали надані Застрахованій особі у зв'язку зі страховим випадком в межах Програми страхування та страхової суми, визначеної Договором страхування. Виплата здійснюється на підставі:

- страхового акту;
- заяви про виплату;
- документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір медичних витрат: первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, перелік проведених процедур і заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартість.

12.3. У випадках, коли в медичному закладі, передбаченому Договором страхування, або іншому закладі охорони здоров'я (якщо це узгоджено із Страховиком), немає медикаментів та матеріалів, що необхідні для надання Застрахованій особі медичної допомоги, Страховик може здійснити страхову виплату Застрахованій особі для компенсації вартості медикаментів та матеріалів, що придбані самостійно.

Виплата здійснюється на підставі:

- страхового акту;
- заяви про виплату;
- документів, що підтверджують настання страхового випадку; первинна медична документація або витяг з історії

хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, перелік медикаментів та матеріалів;

- чеків фармацевтичних установ.

12.4. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик може виплатити страхову суму (її частину) Застрахованій особі безпосередньо або здійснювати страхову заплату шляхом оплати наданої Застрахованій особі допомоги в закладах охорони здоров'я, які не передбачені Договором страхування та з якими Страховик не має Договору про надання допомоги Застрахованим особам, на підставі:

- страхового акту;
- заяви про виплату;
- рахунків медичного закладу;
- документів, що підтверджують настання страхового випадку: первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, перелік процедур і заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартість.

Розмір страхової виплати розраховується виходячи із розміру фактичних витрат, попередньо погоджених із Страховиком.

12.5. Страховик може здійснювати виплату страхової суми (її частини) у відповідності до умов Договору страхування шляхом сплати Асистуючій компанії, яка організує надання медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку зі страховим випадком в межах Програми страхування та страхової суми, визначеної Договором страхування. Виплата здійснюється на підставі:

- страхового акту;
- заяви про виплату;
- документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір медичних витрат: первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, перелік проведених процедур і заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартість.

12.6. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування.

12.7. Страховик може здійснювати виплату страхової суми (її частини) через касу або у безготівковому порядку, відповідно до умов Договору страхування.

12.8. За кожен день затримки виплати, що сталася з вини Страховика, сплачується пеня у розмірі, визначеному Договором страхування або Договором із медичним закладом, залежно від того, кому здійснюється виплата.

13. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

13.1. Будь-які зміни умов Договору страхування, що відповідають умовам цих Правил, здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика протягом 5 (п'яти) робочих днів із моменту одержання письмової згоди.

13.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інше

не передбачено Договором страхування.

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

13.4. Якщо будь-яка з Сторін не згодна на внесення змін в Договір страхування, протягом 5 (п'яти) робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Дія Договору страхування припиняється за згодою Сторін, а також:

14.1.1. При закінченні строку дії Договору страхування – з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, що визначений як день закінчення.

14.1.2. При виконанні Страховиком зобов'язань у повному обсязі – з дня остаточного розрахунку.

14.1.3. При несплаті Страхувальником страхового внеску або першої частини страхового внеску у терміни, які передбачені Договором страхування – з дня підписання Договору страхування обома Сторонами.

14.1.3. У випадку втрати Страхувальником прав юридичної особи внаслідок ліквідації – з дня, наступного за датою підписання відповідних документів.

14.1.5. При ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України – з дня наступного за днем підписання відповідних документів.

14.1.6. При прийнятті судового рішення про визнання Договору страхування недійсним – з дня підписання Договору страхування.

14.1.7. При його достроковому припиненні за вимогою хоча б однієї з Сторін – з дня, наступного за днем, що вказаний в письмовому повідомленні про факт припинення. Про намір достроково припинити дію Договору Сторони зобов'язані письмово сповістити одна одну не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення його дії, якщо інший термін не передбачено Договором страхування.

14.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

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 страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхової суми (її частини), 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.

14.4. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених нормативом у розмірі страхового тарифу, виплат страхової суми (її частини), що були здійснені за цим Договором страхування.

14.5. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було сплачено в безготівковій формі за умови дострокового припинення Договору страхування.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори за Договором страхування, що виникають між Страхувальником (Застрахованою особою) і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.

15.2. Спори між Страховиком і Страхувальником з приводу обставин, характеру, розміру витрат і виплат страхової суми вирішуються Сторонами з притягненням експертів і оплатою їх послуг Стороною, яка запрошує експерта.

15.3. При неможливості урегулювання спірних питань, справа розглядається у порядку, встановленому законодавством України.

15.4. Позов по вимогам, які впливають із Договору страхування, може бути пред'явлений Страховику в термін, передбачений законодавством України.