

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор  
ТДВ СК «Альфа – Гарант»



Т.В.Соніна

„26” вересня 2006 р.

**ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО  
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ №01  
(БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

## **З М І С Т**

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ.....	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	4
3. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ.....	4
4. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК.....	4
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ .....	4
6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ.....	6
7. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ .....	6
8. ВАЛЮТА СТРАХУВАННЯ.....	7
9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ .....	7
10. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ .....	10
11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.....	10
12. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ..	12
13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ .....	13
14. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ .....	14
15. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.....	14
16. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ .....	15
17. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	15
18. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	15
19. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН.....	17
20. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.....	17
21. ОСОБЛИВІ УМОВИ .....	17
ДОДАТОК 1 СТРАХОВІ СУМИ ТА БАЗОВІ РІЧНІ ТАРИФНІ СТАВКИ ПО ПРОГРАМАХ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ .....	18



## 1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

- 1.1. **Страховальник** - юридична особа або дієздатний громадянин, які уклали із Страховиком Договори страхування або є Страховальниками відповідно до законодавства України.
- 1.2. **Застрахована особа** - фізична особа, про страхування якої укладений Договір страхування. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страховальника згідно з Договором страхування.
- 1.3. **Договір страхування** (надалі - Договір) - це письмова угода між Страховальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страховальнику (Застрахованій особі), а Страховальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі (внески) у визначений термін та виконувати інші умови Договору. Вищезазначені 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.
- 1.4. **Асистант** - установа, яка представляє інтереси Страховика перед медичним закладом, і до якої повинна звертатись Застрахована Особа у разі настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 1.5. **Оздоровчий заклад** - підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення шляхом надання оздоровчих послуг (басейни, тренажерні зали, фітнес-клуби тощо), включаючи широкий спектр профілактичних заходів або послуг оздоровчого характеру, а також виконання інших функцій на основі їхньої професійної діяльності.
- 1.6. **Медичний заклад** - заклад охорони здоров'я, що надає Застрахованій особі медичну допомогу, передбачену Програмою медичного страхування.
- 1.7. **Аптека** - фармацевтична установа, яка забезпечує Застраховану особу або медичний заклад медикаментами та витратними матеріалами, що необхідні для надання медичної допомоги, передбаченої Договором страхування.
- 1.8. **Страховий ризик** - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- 1.9. **Страховий випадок** - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Застрахованій Особі або іншим третім особам, які надали медичні та інші послуги Застрахованій особі.
- 1.10. **Страхова сума** - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату у разі настання страхового випадку.
- 1.11. **Страхова виплата (страхове відшкодування)** - грошова сума, яка виплачується Страховиком в межах Страхової суми відповідно до умов цих Правил страхування внаслідок настання Страхового випадку.
- 1.12. **Страхова премія (платіж, внесок)** - плата за страхування, яку Страховальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.
- 1.13. **Страховий тариф** - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.



- 1.14. **Програма медичного страхування** - перелік видів медичної допомоги, медичних та інших послуг, оплату якої гарантує Страховик згідно з Договором страхування.

## **2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

- 2.1. На підставі Закону України "Про страхування" і даних Правил ТДВ Страхова компанія "Альфа-Гарант" (далі - Страховик) укладає Договір добровільного медичного страхування з юридичною особою або дієздатним громадянином.
- 2.2. У відповідності з умовами цих Правил Страховик здійснює добровільне медичне страхування і укладає Договори добровільного медичного страхування з юридичними та дієздатними фізичними особами, за умовами яких гарантує організацію та фінансування медичної допомоги згідно відповідних Програм медичного страхування, в межах страхових сум, зазначених для кожної Застрахованої особи у Договорі страхування.
- 2.3. За умовами цих Правил, Застрахованими особами можуть бути діти з моменту народження.
- 2.4. Не укладаються Договори страхування:
- 2.4.1. Осіб віком більше ніж 65 років. Якщо вік Застрахованої особи перевищує 65 років, але не досягає 80 років, то вона може бути застрахованою на особливих умовах, погоджених із Страховиком.
- 2.4.2. Осіб, визнаних у встановленому порядку недієздатними.
- 2.5. Дані Правила регулюють загальні умови та порядок укладення Договору страхування. За згодою сторін в Договір страхування можуть бути включені інші додаткові умови, що не суперечать чинному законодавству України та цим Правилам.

## **3. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ**

- 3.1. Об'єктом страхування згідно даних Правил є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям і працездатністю Застрахованої особи.

## **4. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК**

- 4.1. Страховий ризик - стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує звернення до медичного закладу за наданням медичної допомоги (послуги).
- 4.2. Страховим випадком за цими Правилами визнається розлад здоров'я, пов'язаний з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням та іншими станами, що передбачені Договором страхування (вагітність, пологи тощо), внаслідок якого Застрахована особа звернулася до медичного закладу під час дії Договору страхування з метою одержання медичної допомоги (послуг) у межах та в обсязі обраної Програми страхування.

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

- 5.1. Не є страховими випадки, передбачені в пункті 4.2. цих Правил, коли необхідність отримання медичної допомоги (послуг) викликана розладом стану здоров'я, що відбулося внаслідок:
- 5.1.1. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) навмисних або неправомірних дій, що призвели до настання страхового випадку;
- 5.1.2. дій Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння;

- 5.1.3. отруєння Застрахованої особи наркотичними, токсичними речовинами або медичними препаратами, прийнятими без призначення лікаря чи з метою або у стані сп'яніння, а також алкоголем або його сурогатами /спирти, спиртоносні технічні рідини, кислоти та інші/, (за винятком встановлених правоохоронними органами випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Застрахованої особи третіми особами);
- 5.1.4. замаху Застрахованої особи на самогубство;
- 5.1.5. навмисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;
- 5.1.6. лікування, яке не було призначено лікарем;
- 5.1.7. отримання медичних послуг, які не передбачені Договором страхування;
- 5.1.8. захворювання та травми, що настали внаслідок форс-мажорних обставин:
  - 5.1.8.1. ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення;
  - 5.1.8.2. громадянської війни, різного роду масових громадянських заворушень та страйків, революції, повстань, заколотів;
  - 5.1.8.3. війни, всякого роду військових дій або військових заходів та їх наслідків.
- 5.2. Страховик не оплачує медичну допомогу (послуги) в зв'язку з наступними захворюваннями та станами, якщо інше не передбачене Договором страхування:
  - 5.2.1. Захворювання, які пов'язані з епідеміями, при введенні комплексу карантинних заходів (за винятком ГРВІ та грипу).
  - 5.2.2. Венеричні захворювання та хвороби, які передаються статевим шляхом (сифіліс, гонококова інфекція, хламідійна інфекція, шанкроїд, пахова гранульома, трихомоніаз, гарднорели, уреоплазма, мікоплазма, аногенітальні вірусні герпеси, цитомегаловірусні інфекції, невизначені хвороби, які передаються статевим шляхом) та СНІД, незалежно від термінів виявлення.
  - 5.2.3. Захворювання, що пов'язані з чоловічою та жіночою безплідністю.
  - 5.2.4. Особливо небезпечні інфекції (віспа, чума, холера, сибірська виразка).
  - 5.2.5. Алкоголізм, наркоманія та токсикоманія, незалежно від термінів виявлення.
  - 5.2.6. Оперативне втручання, пов'язане з пересадкою органів (крім випадків пересадки тканин як етапу оперативного лікування травм, опіків та інших захворювань, пов'язаних з хірургічним втручанням).
  - 5.2.7. Злоякісні онкологічні захворювання, в тому числі кровотворної та лімфатичної тканин (крім випадків вперше виявленого захворювання під час дії Договору страхування).
  - 5.2.8. Природжені аномалії та вади розвитку, спадкові та генетичні захворювання.
  - 5.2.9. Хронічні захворювання в термінальній стадії.
  - 5.2.10. Психічні захворювання, епілепсія.
  - 5.2.11. Системні захворювання сполучної тканини.
  - 5.2.12. Цукровий діабет, дерматомікози, псоріаз.
  - 5.2.13. Захворювання чи наслідки травм, по яких встановлено групу інвалідності (крім випадків, коли це захворювання або травматичне пошкодження виникло, та група встановлена в період дії Договору страхування).
  - 5.2.14. Захворюваннями, пов'язаними з пластичними операціями та ускладненнями після таких операцій, крім випадків коли такі операції є етапом оперативного лікування наслідків травм, опіків, тощо, які сталися в період дії Договору страхування).



- 5.2.15. Захворюваннями, які пов'язані з вагітністю та пологами, штучне переривання вагітності (за винятком випадків, коли це необхідно за медичними показаннями).
- 5.2.16. Хронічні захворювання, крім випадків їх загострення.
- 5.2.17. Лікування та обстеження методами нетрадиційної медицини (гіпноз, гомеопатичне лікування, рефлексотерапія, мануальна терапія, біологічно активні домішки, іридодіагностика тощо).
- 5.2.18. Медичну допомогу (послуги) надану медичним закладом, що не передбачений умовами Договору страхування, або медичну допомогу в обсязі, не передбаченому Програмами медичного страхування, якщо це не узгоджено з Страховиком чи його уповноваженими особами.
- 5.3. Страховик не оплачує вартість допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, інвалідних колясок тощо), протезування, а також пошук та доставку органів для трансплантації, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 5.4. Не укладаються Договори про страхування осіб, які на час укладення Договору є онкологічно хворими, хворими з тяжкими формами захворювання серцево-судинної системи, ВІЛ-інфікованими, знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах.
- 5.5. Страховик не несе відповідальність за несприятливі наслідки діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку, який стався в період дії Договору страхування.
- 5.6. Конкретний перелік виключень зазначений в Договорі страхування.

## **6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ**

- 6.1. Страхова сума за кожною Програмою медичного страхування встановлюється за погодженням між Страхувальником та Страховиком та зазначається в Договорі страхування. Розміри страхових сум, що рекомендуються Страховиком, наведені в Додатку 1 до цих Правил.
- 6.2. Після виплат за страховими випадками страхова сума для конкретної Застрахованої особи зменшується на величину проведених виплат.
- 6.3. Загальна сума страхових виплат по страховим випадкам не може перевищувати страхової суми за Договором страхування.
- 6.4. Якщо Страхувальник не повністю сплатив страховий платіж, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці страхового платежу.
- 6.5. В період дії Договору страхування Страхувальник може збільшити розмір страхової суми.
- 6.6. При збільшенні страхової суми величина доплати страхової премії (Д) розраховується за формулою (1) для кожного об'єкту страхування окремо:

$$Д = (П2 - П1) \times К \quad (1),$$

де: П1, П2 - страхові премії по первісній та кінцевій страховим сумах 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.

## **7. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ**

- 7.1. Страховий тариф встановлюється Страховиком на підставі: вибраних Страхувальником Програм медичного страхування, переліку медичних послуг по

Програмах, вартості медичних послуг, рівня лікувальних закладів, де буде надаватися медична допомога, терміну страхування, території дії Договору страхування; результатів медичного анкетування, статі, віку, осіб, що підлягають страхуванню, з урахуванням чинників, які впливають на ризик. Базові страхові тарифи наведені в Додатку 1 до цих Правил.

- 7.2. Конкретний розмір страхових тарифних ставок визначається в Договорі страхування (Страховому полісі) за згодою сторін.
- 7.3. Страховий платіж визначається множенням страхового тарифу на страхову суму.
- 7.4. За Договором страхування, укладеним на строк менше 1 року, розмір страхового платежу визначається як добуток річного страхового платежу на коефіцієнт короткостроковості на підставі таблиці №1, в залежності від строку дії Договору страхування.

Таблиця №1

**Коефіцієнти короткостроковості 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	0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,0

- 7.5. У випадку, коли Договір страхування укладений на неповні місяці, страховий платіж сплачується як за повний місяць.
- 7.6. Страховий платіж (премія) може сплачуватися як готівкою, так і за безготівковим розрахунком.
- 7.7. Порядок та терміни сплати страхового платежу визначаються у Договорі страхування.

## 8. ВАЛЮТА СТРАХУВАННЯ

- 8.1. Страхувальники згідно з укладеними Договорами страхування мають право вносити Страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник-нерезидент - у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 8.2. Якщо дія Договору страхування поширюється за межі України відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.
- 8.3. Страхові виплати проводяться у національній валюті України.

## 9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 9.1. Договір медичного страхування укладається на підставі усної або письмової заяви Страхувальника за конкретними Програмами медичного страхування. Страхувальники мають право укладати Договори про страхування власного здоров'я або здоров'я третіх осіб за їх згодою. У випадку, коли Страхувальник уклав Договір про страхування власного здоров'я, він одночасно є й Застрахованою особою. У випадку страхування групи осіб Страхувальник додає до заяви список осіб, які підлягають страхуванню і є невід'ємною частиною Договору страхування. Для оформлення Договору страхування Страховик може запросити додаткові документи, що характеризують ступінь ризику.



- 9.2. Договір страхування оформлюється у кількості примірників, що вказана в договорі страхування, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожної з сторін.
- 9.3. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.
- 9.4. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування. У Договорі страхування може бути передбачено наступний порядок набуття чинності:
- 9.4.1. при розрахунках готівкою - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати готівкою в касу Страховика, але не раніше дати, зазначеної в Договорі страхування;
- 9.4.2. при безготівкових розрахунках - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження грошових коштів на розрахунковий рахунок Страховика в повному обсязі або визначеній частині, але не раніше дати, зазначеної в Договорі страхування.
- 9.5. Перед укладенням Договору страхування Страховик може здійснювати анкетування, а при необхідності, й медичне обстеження Застрахованої особи. Заповнена анкета та результати медичного обстеження (якщо обстеження здійснювалось) стають невід'ємною частиною Договору страхування.
- 9.6. Договором страхування можуть бути передбачені наступні Програми медичного страхування (надалі - Програми):
- 9.6.1. Програма «К» – **«КОНСУЛЬТАЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНА ДОПОМОГА»**. На умовах цієї Програми Страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості консультаційно-діагностичної допомоги та послуг, лабораторних, інструментальних, функціональних, рентгенологічних, ендоскопічних, ультрасонографічних та інших обстежень та проведення комплексного диспансерного обстеження.
- 9.6.2. Програма «С1» - **«СТАЦІОНАР»** - гарантує організацію, надання та оплату вартості стаціонарної медичної допомоги у лікувальних установах відповідного профілю і передбачає:
- ✓ Госпіталізацію при гострому захворюванні, травмі, отруєнні та іншому розладі здоров'я.
  - ✓ Госпіталізацію при загостренні хронічних захворювань.
  - ✓ Консультації вузькопрофільними спеціалістами.
  - ✓ Діагностичне обстеження, взяття аналізів (рентген, електрокардіографія, ультразвук та інші).
  - ✓ Хірургічні операції та післяопераційний контроль.
  - ✓ Анестезіологія та реанімаційна палата.
  - ✓ Оплата витрат на перебування в палаті, догляд медперсоналом.
  - ✓ Медикаментозне забезпечення стаціонарного лікування (медикаменти, витратні матеріали).
  - ✓ Комфортні умови (перебування у палаті "люкс", "полу-люкс", одно чи двох-місній).
  - ✓ Харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у медичному закладі.
  - ✓ Харчування, додаткове до нормативів, прийнятих у медичному закладі, за погодженням із Страховиком.
- 9.6.3. Програма «С2» - **«СТАЦІОНАР ПО ШВИДКІЙ ДОПОМОЗІ»** - організація, надання та оплата вартості стаціонарної медичної допомоги у лікувальних установах відповідного профілю тільки при гострих



захворюваннях, травмах, отруєнні та інших наслідках нещасного випадку, що потребують надання невідкладної стаціонарної допомоги.

9.6.4. Програма «ШД» - «ШВИДКА МЕДИЧНА ДОПОМОГА». гарантує надання цілодобової медичної допомоги виїзними загальнопрофільними та спеціалізованими бригадами швидкої та невідкладної допомоги. Страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості консультації, діагностики, медикаментів під час виклику швидкої допомоги та транспортування Застрахованої особи до стаціонару.

9.6.5. Програма «П1» - «АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНА ДОПОМОГА, МЕДИКАМЕНТИ» - гарантує організацію, надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги та оплату її вартості і передбачає:

- ✓ Цілодобовий медичний асистанс лікаря (консультації по телефону).
- ✓ Обслуговування на амбулаторних базах лікарями-координаторами.
- ✓ Консультації терапевта та вузькопрофільних спеціалістів.
- ✓ Консультація лікаря вдома у випадку гострого захворювання.
- ✓ Застосування додаткових методів діагностики (лабораторні аналізи, рентген-дослідження, ультразвукове дослідження, електрокардіографія та інші).
- ✓ Забезпечення необхідними медикаментами та витратними матеріалами.
- ✓ Лікування в умовах денного стаціонару.
- ✓ Видача медичної документації (лікарняного листа тощо).
- ✓ Контроль надання медичних послуг.
- ✓ Профілактичні заходи:
- ✓ Вакцинація проти грипу.
- ✓ Забезпечення вітамінними препаратами.
- ✓ Диспансерне спостереження лікаря.
- ✓ Оздоровчі заходи.

9.6.6. Програма «П2» - «ПОЛІКЛІНІКА» - гарантує організацію, надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги та оплату її вартості в межах вищезазначеної програми але без медикаментозного забезпечення.

9.6.7. Програма «СТ1» - «СТОМАТОЛОГІЯ» - гарантує організацію, надання та оплату вартості стоматологічної допомоги та передбачає:

- ✓ Огляд, консультація стоматолога.
- ✓ Діагностика (рентген та ін.) за призначенням лікаря.
- ✓ Знеболювання.
- ✓ Терапевтична та хірургічна допомога при стоматологічних захворюваннях.
- ✓ Накладання тимчасових та постійних пломб з використанням сучасних стоматологічних технологій.
- ✓ Реставрація зубів.
- ✓ Зняття зубного каменю.
- ✓ На особливих умовах можуть включатися до програми протезування зубів та ортодонтія.

9.6.8. Програма «СТ2» - «СТОМАТОЛОГІЯ» СТОМАТОЛОГІЯ ПО ШВИДКІЙ ДОПОМОЗІ» гарантує організацію, надання та оплату вартості стоматологічної допомоги тільки в межах швидкої допомоги при гострому зубному болю та передбачає:

- ✓ Огляд, консультація стоматолога.
- ✓ Діагностика (рентген та ін.) за призначенням лікаря.
- ✓ Знеболювання.

- ✓ Терапевтична та хірургічна допомога при гострому зубному болю (видалення зубів та коренів, зняття гострого одонтогенного болю, накладання тимчасової пломби).

9.6.9. Програма «РП» - «РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПРОГРАМА» передбачає організацію, надання та сплату курсу реабілітаційного лікування після перенесених важких (гострих та загострених хронічних) захворювань в умовах поліклініки, стаціонару чи санаторію з використанням медикаментозного, фізіотерапевтичного лікування та нетрадиційних методів лікування.

9.6.10. Програма «КП» - «КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА» передбачає організацію, надання та оплату медичної допомоги в обсягах, зазначених в вище перелічених програмах в різних комбінаціях.

9.6.11. Програма «ДП» - «ДИТЯЧА ПРОГРАМА» передбачає організацію, надання та оплату медичної допомоги в межах вищезазначених програм в різних комбінаціях. Медична допомога дітям надається в дитячих лікарняних закладах.

9.6.12. Програма «ВП» - «ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ» передбачає організацію, надання та оплату медичної допомоги в межах вищезазначених програм в різних комбінаціях у разі нормальної вагітності (включаючи ведення вагітності), ускладнень вагітності, фізіологічних та патологічних пологів. За цією програмою Застрахованими вважаються мати та новонароджена дитина віком до 7 днів.

9.7. На підставі вказаних Програм Страховиком можуть розроблятися та використовуватися інші Програми медичного страхування, що включають в себе тільки частину медичних послуг з однієї або кількох вище перелічених Програм, або об'єднують у собі кілька з вище перелічених Програм.

## 10. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. Строк дії Договору страхування зазначається в Договорі страхування.

10.2. Місце дії Договору страхування - Україна, якщо інше не передбачене Договором страхування.

## 11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

11.1. Страхувальник має право:

11.1.1. У разі настання страхового випадку на отримання медичної допомоги та медичних послуг згідно умов Договору страхування в межах страхової суми.

11.1.2. На укладання Договору страхування про страхування третьої особи, яка набуває прав і обов'язків Страхувальника у відповідності з Договором страхування і цими Правилами.

11.1.3. На зміну умов Договору страхування за згодою сторін згідно умов даних Правил.

11.1.4. На дострокове припинення Договору страхування згідно умов даних Правил.

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

11.1.6. Вимагати у медичних установах, до яких Застрахована особа направлена Страховиком у відповідності з укладеним Договором страхування, надання кваліфікованої медичної допомоги, згідно з умовами відповідних Програм медичного страхування. У випадку ненадання такої медичної допомоги,



Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний негайно (протягом 3 робочих днів) сповістити про це Страховика.

- 11.1.7. Страхувальник - юридична особа має право вносити зміни в списки Застрахованих осіб. Застрахована особа, яка визначена в Договорі страхування, може бути замінена Страхувальником на іншу особу лише за згодою Страховика. При цьому Страховик у разі збільшення страхового ризику має право вимагати доплати до страхового внеску.
- 11.2. **Страхувальник зобов'язаний:**
- 11.2.1. Своєчасно і в повному обсязі сплачувати страхові платежі.
- 11.2.2. При укладанні та в період дії Договору страхування (Страхового поліса) надавати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику (професії Застрахованої особи, місця роботи, заняття спортом, стан здоров'я Застрахованої особи; при укладенні Договору страхування колективу (групи осіб) - про захворюваність співробітників, зміну умов праці, що сприяють підвищенню ризику захворювань Застрахованих осіб або травматизму, тощо).
- 11.2.3. При зміні ступеня ризику протягом трьох робочих днів повідомити в письмовій формі Страховика для прийняття останнім рішення про подальшу дію Договору страхування.
- 11.2.4. Всю повідомляему інформацію надавати в письмовому вигляді за підписом керівника Страхувальника (якщо Страхувальник є юридичною особою).
- 11.2.5. Повідомити Страховика про інші діючі договори особистого страхування стосовно Застрахованої особи.
- 11.2.6. У межах своєї компетенції (якщо Страхувальник - юридична особа) вживати заходів щодо усунення несприятливих чинників впливу на здоров'я Застрахованих осіб, якщо це передбачено Договором страхування.
- 11.2.7. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування та цими Правилами.
- 11.2.8. Забезпечити зберігання документів, що мають відношення до Договору страхування.
- 11.2.9. Повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом двох робочих днів, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 11.2.10. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.
- 11.3. **Застрахована особа має право**
- 11.3.1. Отримати в медичних установах кваліфіковану медичну допомогу згідно з умовами відповідних Програм медичного страхування.
- 11.3.2. Повідомити Страховику про випадки ненадання медичної допомоги, неповного або некваліфікованого надання такої допомоги.
- 11.4. **Застрахована особа зобов'язана**
- 11.4.1. При укладенні Договору страхування по відношенню до неї повідомляти Страховику про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику (попередні захворювання, зроблені операції, захворювання найближчих родичів Застрахованої особи тощо).
- 11.4.2. Звертатися за медичною допомогою до представників Страховика у визначеному Договором страхування порядку.
- 11.4.3. Дотримуватись під час лікування призначень лікарів, розпорядку, встановленого у медичному закладі.



**11.5. Страховик має право:**

- 11.5.1. У разі необхідності робити запити про відомості, що пов'язані із 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.
- 11.5.2. При наявності сумнівів в підставах для виплати страхової суми відстрочити її до отримання підтвердження цих підстав.
- 11.5.3. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження та за результатами приймати рішення щодо прийняття на страхування.
- 11.5.4. Проводити незалежну перевірку обставин страхового випадку.
- 11.5.5. Достроково припинити дію Договору страхування у випадку невиконання Страхувальником умов Договору.
- 11.5.6. Відмовити у виплаті страхової суми у випадках згідно з розділом 16 даних Правил.

**11.6. Страховик зобов'язаний:**

- 11.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та цими Правилами.
  - 11.6.2. Протягом 2-х (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення виплати страхового відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) чи медичному закладу або асистуючій компанії.
  - 11.6.3. При настанні страхового випадку забезпечити надання Застрахованій особі кваліфікованої медичної допомоги згідно Програм медичного страхування.
  - 11.6.4. При наданні Страхувальником всіх належним чином оформлених документів і визнанні Страховиком факту настання страхового випадку, здійснити страхову виплату у строк згідно з розділом 13 цих Правил.
  - 11.6.5. Тримати в таємниці відомості про стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) і його майновий стан, що стали йому відомими у зв'язку з укладенням Договору страхування, за винятком випадків, передбачених законодавством України.
  - 11.6.6. Відшкодувати витрати, понесенні Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору.
  - 11.6.7. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.
- 11.7. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, передбачувану зміну власності, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків згідно Договору страхування.

## **12. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

- 12.1. При настанні страхового випадку (крім випадку, коли необхідна екстрена медична допомога), Застрахована особа зобов'язана звернутися до Страховика чи його представника (асистуючої компанії) за адресою або телефонами, зазначеними у Договорі страхування, назвати себе, вказати номер Договору страхування, викласти причину звернення та слідувати наданим вказівкам.



- 12.2. У випадку необхідності надання швидкої (екстреної) медичної допомоги, якщо немає можливості діяти відповідно до п. 12.1. цих Правил, Застрахована особа може самостійно звертатися до медичних закладів. В такому разі Застрахована особа, Страхувальник чи уповноважена ними особа зобов'язані повідомити Страховика (його представника) про настання страхового випадку як тільки це стане можливим (але не пізніше 48 годин).
- 12.3. У випадку звернення Страхувальника/Застрахованої особи до медичного закладу не через Асистентський центр, Страховик не несе відповідальності за рівень медичного обслуговування та розмір збитків, що виникли. При зверненні Страхувальника/Застрахованої особи за відшкодуванням, Страховик на власний розсуд вирішує, чи були такі медичні витрати виправданими, та може відшкодувати збитки частково або відмовити у відшкодуванні.
- 12.4. При необхідності Застрахована особа може звернутися до Страховика за детальним, роз'ясненням питань про організацію та оплату медичної допомоги.
- 12.5. При зверненні до медичного закладу Застрахована особа повинна пред'явити наступні документи:
- 12.5.1. копію або оригінал Договору страхування (або страхову пластикову картку, в разі наявності);
  - 12.5.2. документ, що посвідчує особу, одержувача страхової суми.
- 12.6. Договором страхування можуть бути обумовлені інші дії Страхувальника в разі настання страхового випадку.

### 13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

- 13.1. При настанні страхового випадку Страховик оплачує фактичні витрати за надану медичну допомогу Застрахованій особі у межах страхової суми та згідно з умовами Програм медичного страхування. Виплати можуть бути здійснені:
- 1) асистуючій компанії;
  - 2) медичному (оздоровчому) закладу;
  - 3) Страхувальнику, Застрахованій особі (в разі придбання медикаментів, чи оплати медичної допомоги Застрахованою особою за погодженням з Страховиком самостійно).
- Страхова виплата може бути здійснена представникові Страхувальника (Застрахованої особи) за дорученням, яке оформлене відповідно до встановленого законом порядку. Якщо застрахована дитина, виплату отримують її батьки або піклувальники.
- 13.2. Виплати асистуючій компанії чи медичному закладу здійснюються у порядку та в терміни, обумовлені Договором про співпрацю, укладеним між Страховиком та зазначеними установами.
- 13.3. У разі, якщо Застрахована особа (Страхувальник) самостійно оплатила вартість медичної допомоги за згодою зі Страховиком, для отримання страхової суми (її частини) вона повинна звернутися до Страховика, заповнити заяву та представити усі необхідні документи, підтверджуючі настання страхового випадку (розділ 14 цих Правил).
- 13.4. Загальна сума виплат по одному чи декільком страхових випадках, що мали місце в період дії Договору страхування, не може перевищувати розмір страхової суми, зазначеної в Договорі страхування.
- 13.5. Не оплачуються Страховиком витрати, що виникли по закінченні строку дії Договору страхування, за винятком витрат, пов'язаних з госпіталізацією Застрахованої особи, що мала місце на протязі строку дії Договору страхування, до моменту відведення загрози життю Застрахованої особи, якщо інше не обумовлено Договором страхування.



- 13.6. Якщо після проведення страхової виплати виявиться, що подія, що відбулася, підпадає під виключення або Страхувальник (Застрахована особа) надав неправдиву інформацію про факт та обставини настання такої події, Страховик має право вимагати від Страхувальника повернення суми страхової виплати.

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

- 14.1. Страхова виплата асистуючій компанії; або медичному (оздоровчому) закладу здійснюється Страховиком на підставі страхового акту та документів медичного (оздоровчого) 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 або оздоровчого закладу на оплату вартості наданих медичних (оздоровчих) послуг та медичної допомоги) або інші згідно договору про співпрацю між Страховиком та асистуючою компанією або цим медичним (оздоровчим) закладом.
- 14.2. Страхова виплата Страхувальнику або Застрахованій особі здійснюється Страховиком на підставі наступних документів:
- 1) Договір страхування (Страховий поліс);
  - 2) заява Застрахованої особи про виплату;
  - 3) документ, що підтверджує настання страхового випадку (виписка з медичної картки Застрахованої особи (консультативний висновок), рецепт із зазначенням форми випуску, дози та загальної кількості медичних препаратів, лікарняний лист, довідка з медичного закладу, тощо);
  - 4) документ, що підтверджує вартість отриманої та оплаченої медичної допомоги (рахунок чи товарний чек з аптеки, де вказано назви медичних препаратів, кількість, вартість та дата їх продажу, рахунок з медичного закладу та фіскальний чек про його оплату, тощо);
  - 5) документи, що посвідчують особу одержувача страхової виплати: паспорт та довідку про ідентифікаційний код;
  - 6) доручення, видане Застрахованою особою (Страхувальником) довірєній особі (тільки у випадку отримання страхової виплати довіреною особою Застрахованої особи).
- 14.3. Договором страхування можуть бути передбачено надання інших документів на вимогу Страховика.

#### **15. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

- 15.1. Страховик зобов'язаний в термін не більше п'ятнадцяти робочих днів з дня одержання всіх належним чином оформлених документів, що підтверджують факт настання страхового випадку прийняти рішення про виплату чи відмову (відстрочку) у здійсненні страхової виплати.
- 15.2. Страховик здійснює страхову виплату протягом п'ятнадцяти робочих днів після прийняття рішення про виплату, що підтверджується страховим актом, якщо інше не передбачено спеціальними умовами Договору страхування.
- 15.3. Про відмову (відстрочку) у здійсненні Страхової виплати Страховик повідомляє Страхувальника або Застраховану Особу у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом п'ятнадцяти робочих днів з дати прийняття рішення.



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

- 16.1.** Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:
- 16.1.1.** Навмисні дії Страхувальника, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної самооборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника, встановлюється відповідно до чинного законодавства.
  - 16.1.2.** Вчинення Страхувальником-громадянином, умисного злочину, що призвів до страхового випадку. Якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, ведеться кримінальна справа або розпочато судовий процес, рішення Страховика про виплату страхової суми може бути відкладено до закінчення розслідування і судового розгляду або встановлення невинуватості Страхувальника (Застрахованої особи).
  - 16.1.3.** Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку.
  - 16.1.4.** Несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.
  - 16.1.5.** Страхувальник (Застрахована особа) не надав Страховику документи, що необхідні для здійснення страхової виплати.
  - 16.1.6.** Невиконання або неналежне виконання (не в повному обсязі) умов Договору страхування та/або цих Правил.
  - 16.1.7.** Інші випадки, передбачені діючим законодавством України
  - 16.1.8.** Договором страхування можуть бути передбачені інші причини відмови у страховій виплаті.
- 16.2.** Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

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

- 17.1.** Будь-які зміни до Договору страхування здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика протягом п'яти робочих днів з моменту одержання письмової згоди.
- 17.2.** Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 календарних днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 17.3.** Зміни до Договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого Договору страхування
- 17.4.** Якщо будь-яка з Сторін незгодна на внесення змін в Договір страхування, протягом п'яти робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

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

- 18.1.** Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також:
- 18.1.1.** При закінченні строку дії Договору страхування - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, що визначений як день закінчення.



- 18.1.2. При виконанні Страховиком зобов'язань у повному обсязі - з дня остаточного розрахунку.
- 18.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо 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.
- 18.1.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України "Про страхування".
- 18.1.5. При ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України - з дня наступного за днем підписання відповідних документів.
- 18.1.6. При прийнятті судового рішення про визнання Договору страхування недійсним - з дня підписання Договору страхування.
- 18.1.7. 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 страхування Сторони зобов'язані письмово сповістити одна одну не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення його дії, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 18.1.8. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 18.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.
- 18.3. 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 страхових сум, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 18.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику 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, що були здійснені за цим Договором.
- 18.5. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення договору страхування.
- 18.6. У разі, якщо з'ясується, що дії Страхувальника, які призвели до настання страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокове припинення дії Договору страхування та повернення фактично виплачених страхових сум (їх частин), до виплати яких призвели ці дії.



## **19. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН**

- 19.1. В разі невиконання або неналежного виконання зобов'язань, передбачених Договором страхування, Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.
- 19.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати страхового відшкодування шляхом сплати страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування.

## **20. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

- 20.1. Спори за Договором страхування, що виникають між Страхувальником (Застрахованою особою) і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.
- 20.2. Спори між Страховиком і Страхувальником з приводу обставин, характеру, розміру збитків і виплат страхової суми вирішуються Сторонами з притягненням експертів і оплатою їх послуг Стороною, яка запрошує експерта.
- 20.3. При неможливості урегулювання спірних питань, справа розглядається у судовому порядку згідно з діючим законодавством України.

## **21. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

- 21.1. Якщо це передбачено Договором страхування, обидві Сторони залишають за собою право припинити взаємні обов'язки по дії Договору страхування, укладеному на основі даних Правил, у випадку введення особливого положення та інших надзвичайних заходів, об'явлених в установленому порядку, а також у випадку виникнення непереборних сил, дії яких неможливо запобігти або уникнути на період виникнення цих обставин.
- 21.2. Договором страхування може бути передбачена франшиза, ліміти та інші особливі умови страхування, що не суперечать чинному законодавству України та цим Правилам.

Додаток 1  
до Правил добровільного медичного страхування  
(безперервне страхування здоров'я)  
від « 26 » вересня 2006 р.

**Страхові суми та базові річні тарифні ставки по програмах добровільного медичного страхування**

№ п/п	Програма	Страхові суми (грн.)	Базові тарифні ставки (в % від страхової суми)
1.	Стационар 1	2 000,00 - 50 000,00	4,2
	Стационар 2	1 000,00 - 50 000,00	3,5
2.	Швидка допомога	500,00 - 15 000,00	3,7
3.	Амбулаторно-поліклінічна допомога, медикаменти	2 000,00 - 50 000,00	4,7
	Амбулаторно-поліклінічна допомога	5 00,00 - 30 000,00	4,5
4.	Стоматологія 1	1 000,00 - 30 000,00	10,0
	Стоматологія 2	500,00 - 10 000,00	5,0
5.	Реабілітаційна програма	1500,00 - 100 000,00	7,0
6.	Комплексна програма	2 500,00 - 150 000,00	4,0
7.	Дитяча програма	2 500,00 - 50 000,00	5,0
8.	Вагітність та пологи	1 000,00 - 30 000,00	20,0
9.	Консультаційно-діагностична	1 000,00 - 10 000,00	4,0

**1. Система знижок до базових річних тарифних ставок:**

- 1.1. При страхуванні колективу від 10 до 50 чоловік - до 5 %;  
від 59 до 100 чоловік - до 10 %;  
понад 100 чоловік - до 15 %.
- 1.2. При продовженні Договору на наступний рік знижка до 5%.
2. В залежності від конкретних умов договору, до базових тарифних ставок може бути застосований корегуючий коефіцієнт від 0,2 до 5,0.
3. Норматив витрат на ведення справи становить 35%.
4. Окремим рішенням можуть надаватися інші знижки та встановлюватися граничні страхові суми.

Актурій



С.В. Шелест

Диплом №2 від 17.09.1999 р.



Державна комісія з регулювання ринків  
фінансових послуг України

**ЗАРЕЄСТРОВАНО**

Дир. Департаменту фінансових послуг

Найменування посади

Підпис

Прізвище, ініціали, літера

036234

Дата 07.11.06

реєстраційний номер

Соніна Т.Б.

Генеральний директор

Принято та проведено  
18.12.06  
Вісник фінансових послуг