ЗАТВЕРДЖЕНО
Розпорядженням дирекції
ТДВ "Страхова компанія "Кредо"
від 12 червня 2008р. **№** 119
Генеральний директор
В.В. Кривцун
" 12 **"** червня **2008 р.**

Додаток № 3
до Правил добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) № П-03
від 12 червня **2008 р.**

ОСОБЛИВІ УМОВИ
добровільного медичного страхування під час надання медико-санітарної допомоги

м. Запоріжжя
2008 р.

292

ТЕРМІНИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ЦИХ ОСОБЛИВИХ УМОВАХ СТРАХУВАННЯ

1. **Страховик** - Товариство з додатковою відповідальністю "Страхова компанія "Кредо".

2. **Страхувальники** - юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком Договори страхування.

3. **Застрахована особа** - особа, про страхування якої, за її згодою, Страхувальником укладено Договір страхування зі Страховиком.

4. **Вигодонабувач** - фізична або юридична особа, призначена Страхувальником, за згодою Застрахованої особи, для отримання страхових виплат за Договором страхування.

5. **Договір страхування** - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

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

7. **Страховий випадок** - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

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

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

10. **Страховий платіж** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

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

293

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Згідно з цими особливими умовами (надалі – Особливі умови) до Правил добровільного медичного страхування № П - 03 (надалі – Правила) Страховик укладає зі Страхувальниками Договори добровільного медичного страхування (далі - Договір страхування), згідно з умовами яких гарантує організацію та фінансування медико-санітарної допомоги певного виду та якості в обсягах Програми добровільного медичного страхування, передбаченої цими особливими умовами.

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

У разі, коли Договір страхування укладено Страхувальником відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою.

1.3. Страхувальники мають право при укладанні Договорів страхування призначати за згодою Застрахованої особи фізичних або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхових виплат, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

2. ПЕРЕЛІК ПРЕДМЕТІВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону України, пов'язані зі здоров'ям Страхувальника (Застрахованої особи).

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ

3.1. Розмір страхової суми визначається за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ

4.1. За цими особливими умовами страховим ризиком є захворювання Страхувальника (Застрахованої особи).

4.2. **Страховим випадком** є отримання Страхувальником (Застрахованою особою) визначеного у Договорі страхування виду медико-санітарної допомоги медичного закладу з числа медичних закладів, зазначених у Договорі страхування, відповідно до Програми добровільного медичного страхування, передбаченої цими особливими умовами.

4.3. Згідно з цими особливими умовами Програма добровільного медичного страхування включає: діагностичні обстеження, лабораторні, інструментальні, функціональні, рентгенологічні, ендоскопічні, ультрасонографічні обстеження, проведення комплексного диспансерного обстеження двох рівнів; проведення всіх видів медичних оглядів; отримання всіх видів консультацій спеціалістів; лікування, надання лікарських засобів, застосування медичного обладнання, послуги по догляду, а також інші послуги, пов'язані з наданням Страхувальнику (Застрахованій особі) медико-санітарної допомоги.

4.4. Конкретний вид медико-санітарної допомоги, яка може бути отримана Страхувальником (Застрахованою особою), визначається у Договорі страхування.

294

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страховим випадком не визнаються події, що відбулися:

1) до моменту набрання чинності Договором страхування;

2) після припинення дії Договору страхування;

3) внаслідок замаху Страхувальника (Застрахованої особи) на самогубство;

4) внаслідок навмисного заподіяння Страхувальником (Застрахованою особою) собі тілесних ушкоджень, а також травм, отриманих Страхувальником (Застрахованою особою),

що знаходився в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;

5) у зв'язку з вживанням Страхувальником (Застрахованою особою) алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікуванням;

6) в результаті стихійних лих, військових дій, цивільних безладь, тероризму, радіації або будь-якого іншого впливу ядерної енергії;

7) внаслідок невиконання або порушення Страхувальником (Застрахованою особою) приписів лікарів, лікарняного режиму;

8) внаслідок управління Страхувальником (Застрахованою особою) транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також добровільної передачі ним управління особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також особі, яка не мала прав водія відповідної категорії.

5.2. Страховим випадком не визнається:

1) отримання Страхувальником (Застрахованою особою) медико-санітарної допомоги, не передбаченої Договором страхування;

2) отримання Страхувальником (Застрахованою особою) медико-санітарної допомоги у медичному закладі, не зазначеному у Договорі страхування.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування укладається на строк до 12 місяців, якщо інше не передбачено його умовами.

6.2. Договір страхування діє на території України. Договір страхування також може діяти і на території іноземних держав, якщо це передбачено його умовами.

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

6.4. Договір страхування діє протягом зазначеного в ньому строку. Дія Договору страхування припиняється о 24 годині 00 хвилин останнього дня його дії, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Підставою для укладення Договору страхування є письмова або усна заява Страхувальника. У разі, коли Страхувальник бажає одночасно застрахувати декількох осіб, до заяви додається перелік Застрахованих осіб.

7.2. При поданні заяви про укладення Договору страхування Страхувальник повинен надати за вимогою Страховика повну інформацію щодо стану здоров'я кожної особи, про

страхування якої укладається Договір страхування. Страховик може вимагати медичного обстеження особи, про страхування якої укладається Договір страхування.

7.3. Договір страхування складається не менше ніж у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і зберігаються (по одному примірнику) у Страхувальника і Страховика.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страховик зобов'язаний:

1) ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими особливими умовами;

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 Страхувальнику;

3) при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати особі, яка згідно з умовами Договору страхування має право на отримання страхової виплати, пені, розмір якої визначається умовами Договору страхування або Законом;

4) відшкодувати витрати, понесені страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору;

5) за заявою страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним договір страхування;

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. Страховик має право:

1) вимагати від Страхувальника надання необхідної інформації, що має значення для оцінки ступеня страхового ризику;

2) у разі необхідності робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку;

3) перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) інформацію;

4) відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених пунктами 5.1, 5.2, 13.1 цих особливих умов;

5) вимагати повернення страхової виплати, якщо після її виплати стало відомо про наявність обставин, передбачених пунктами 5.1, 5.2, 13.1 цих особливих умов;

6) достроково припинити дію Договору страхування в порядку, передбаченому цими особливими умовами та Договором страхування.

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

1) своєчасно вносити страхові платежі;

2) при укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі

296

йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі письмово інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику протягом трьох днів з моменту, коли Страхувальнику стало відомо про це;

3) повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмету Договору страхування;

4) повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування;

5) вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

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

8.4. Страхувальник має право:

1) при настанні страхового випадку отримати страхову виплату у розмірі та в порядку, передбаченому цими особливими умовами та Договором страхування;

2) вимагати від Страховика при настанні страхового випадку здійснення страхової виплати у розмірі, передбаченому умовами Договору страхування;

3) подавати Страховику скарги на дії співробітників та представників Страховика, а також оскаржувати дії Страховика в порядку, передбаченому чинним законодавством України;

4) в судовому порядку оскаржити відмову Страховика здійснити страхову виплату;

5) достроково припинити дію Договору страхування в порядку, передбаченому цими особливими умовами та Договором страхування.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. При зверненні Страхувальника (Застрахованої особи) до медичного закладу за отриманням визначеного Договором страхування виду медико-санітарної допомоги у відповідності з Програмою добровільного медичного страхування, медико-санітарна допомога надається на підставі пред'явлення Договору страхування (або документу, що підтверджує факт укладення Договору страхування) та документу, що посвічує особу. Страхувальник (Застрахована особа) повинен дотримуватись приписів та призначень лікарів, не порушувати режиму медичного закладу, що надає таку допомогу.

9.2. Страхувальник (Застрахована особа) або Вигодонабувач зобов'язані сповістити Страховика про настання страхового випадку протягом 48 годин, не враховуючи вихідних та святкових днів, з моменту, коли їм стало відомо про його настання, якщо інше не передбачено Договором страхування.

10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. Для отримання страхової виплати особа, яка згідно з умовами Договору страхування має право має право на її отримання, повинна надати Страховикові заяву про страхову виплату та довідку медичного закладу, яка містить відомості про фактично отриманий Страхувальником (Застрахованою особою) вид медико-санітарної допомоги.

У випадку, якщо за умовами Договору страхування Вигодонабувачем є медичний за-

297

клад, який надав Страхувальнику (Застрахованій особі) медико-санітарну допомогу, то зазначений медичний заклад може для отримання страхової виплати надати Страховикові заяву-довідку, яка містить відомості про фактично отриманий Страхувальником (Застрахованою особою) вид медико-санітарної допомоги.

Договором страхування можуть бути передбачені також інші документи, що підтверджують настання страхового випадку.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату у відповідності до умов Договору страхування Страхувальнику (Застрахованій особі) або призначеному Страхувальником Вигодонабувачеві.

11.2. Загальна сума виплат за Договором страхування за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування.

12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Страховик протягом 10 робочих днів, а якщо обставини страхового випадку потребують додаткового розслідування - протягом 30 робочих днів, з моменту одержання заяви про страхову виплату і документів, передбачених пунктами 10.1 цих особливих умов, приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у здійсненні страхової виплати, яке оформлюється Страховим актом.

12.2. У випадку прийняття рішення про здійснення страхової виплати, вона виплачується Страховиком Страхувальнику (Застрахованій особі) або Вигодонабувачеві, зазначеному у Договорі страхування, протягом п'яти банківських днів з моменту оформлення Страхового акту, якщо інше не передбачено Договором страхування.

12.3. У випадку відмови у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний письмово повідомити про це Страхувальника (Застраховану особу) протягом строку, передбаченого Договором страхування, з обґрунтуванням причин відмови.

12.4. За кожний день затримки страхової виплати понад строки, передбачені умовами Договору страхування, що сталася з вини Страховика, Страховик сплачує особі, якій повинна здійснюватися страхова виплата, пеню в розмірі, передбаченому Договором страхування.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕНІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

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

1) навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача, 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, Застрахованої особи або Вигодонабувача встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

2) вчинення страхувальником - фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

298

3) подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування, у тому числі про стан свого здоров'я (здоров'я Застрахованої особи), або про факт настання страхового випадку;

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

5) не надання Страховикові документів, передбачених цими особливими умовами та Договором страхування, які підтверджують факт настання страхового випадку;

6) наявність обставин, передбачених пунктами 5.1, 5.2 цих особливих умов;

7) інші випадки, передбачені Законом.

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

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

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також уразі:

1) закінчення строку дії;

2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

3) несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір страхування 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 страхування;

4) ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених ст. 22, 23, 24 Закону України "Про страхування";

5) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6) прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

7) в інших випадках, передбачених Умовами договору та Законом.

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

Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на не немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору страхування та законодавством України.

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

У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 20% від страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором

страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Доовору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

У разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 20% від страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

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

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори, що виникають з приводу виконання Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору страхування, вирішуються шляхом переговорів. У випадку недосягнення сторонами згоди, спори вирішуються в судовому порядку.

16. СТРАХОВІ ТАРИФИ

16.1. Страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідних статистичних даних.

16.2. Річний базовий страховий тариф за цими особливими умовами встановлюється у розмірі 45% від страхової суми. Розрахунок страхових тарифів додається (додаток № 1).

Страхові тарифи можуть бути диференційовані в залежності від конкретних умов договору страхування, стану здоров'я Страхувальника, його віку та інших чинників, які впливають на ступінь ризику настання страхових випадків, за допомогою коригуючих коефіцієнтів. До базових тарифів Страховиком можуть бути застосовані коригуючи коефіцієнти від 0,1 до 1,8.

При укладанні Договору страхування на строк менше 1 року страхові тарифи складають:

Строк страхування в місяцях	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% від річного базового тарифу	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

16.3. Норматив витрат Страховика на ведення страхової справи, визначений за розрахунками страхового тарифу, становить 20% розміру страхового тарифу.

16.4. Розмір страхового платежу за договором страхування визначається залежно від розміру страхової суми, зазначеної у цьому договорі, та страхового тарифу.

16.5. Страховий платіж, визначений договором страхування, сплачується Страхувальником готівкою або у безготівковому порядку (згідно з чинним законодавством України) в строки, визначені цим договором.

16.6. Страхувальники згідно з укладеними Договорами страхування мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник-нерезидент - у

300

іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

17. ІНШІ УМОВИ

17.1. Будь-які зміни до умов Договору страхування вносяться лише за письмовою згодою сторін.

17.2. Зміни до умов Договору страхування оформлюються як Додаткова угода до діючого Договору страхування або шляхом викладення Договору страхування у новій редакції.

17.3. Договір страхування вважається недійсним з часу його укладання у випадках, передбачених цивільним законодавством України. Крім того, відповідно до Закону України "Про страхування" Договір страхування визнається недійсним, якщо він укладений після настання страхового. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

17.4. В разі визнання Договору страхування недійсним кожна з сторін зобов`язана повернути іншій стороні все отримане по цьому Договору, якщо інші наслідки недійсності Договору не передбачені законодавством України.

17.5. Цими Правилами регламентовано основні умови страхування. Однак за згодою сторін до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення та зміни, виходячи з конкретних умов страхування, особливі умови страхування, що відповідають положенням цих Правил та не суперечать чинному законодавству України.

301

Додаток № 1
до особливих умов добровільного медичного
страхування під час надання
медико-санітарної допомоги

РОЗРАХУНОК СТРАХОВИХ ТАРИФІВ

Відповідно до особливих умов добровільного медичного страхування під час надання медико-санітарної допомоги **страховим ризиком** є захворювання Страхувальника (Застрахованої особи). **Страховим випадком** є отримання Страхувальником (Застрахованою особою) визначеного у Договорі страхування виду медико-санітарної допомоги медичного закладу з числа медичних закладів, зазначених у Договорі страхування, відповідно до Програми добровільного медичного страхування, передбаченої особливими умовами.

Програма добровільного медичного страхування включає: діагностичні обстеження, лабораторні, інструментальні, функціональні, рентгенологічні, ендоскопічні, ультрасонографічні обстеження, проведення комплексного диспансерного обстеження двох рівнів; проведення всіх видів медичних оглядів; отримання всіх видів консультацій спеціалістів; лікування, надання лікарських засобів, застосування медичного обладнання, послуги по догляду, а також інші послуги, пов'язані з наданням Страхувальнику (Застрахованій особі) медико-санітарної допомоги. Конкретний вид медико-санітарної допомоги, яка може бути отримана Страхувальником (Застрахованою особою), визначається у Договорі страхування.

1. Статистична інформація:

Таблиця 1

Статистика захворювань по видах хвороб (на 100000 мешканців)

	Вид захворювання	Кількість захворювань	Середня вартість лікування
1	Інфекційні та паразитарні хвороби	2313	1346
2	Новоутворення	765	10241
3	Хвороби ендокринної системи	834	9631
4	Хвороби крові та кровотворних органів	973	3697
5	Психічні розлади	832	8359
6	Хвороби нервової системи	5449	1258
7	Хвороби системи кровообігу	7342	2185
8	Хвороби органів дихання	21433	337
9	Хвороби органів травлення	2942	2077
10	Хвороби сечостатевої системи	3279	2024
11	Ускладнення вагітності	3702	1993
12	Хвороби шкіри та підшкірної клітчатки	3348	1003
13	Хвороби кістково-м'язової системи	3377	1315
14	Травми та отруєння	7926	1819
	Всього	**64515**	

Таблиця 2

Робота стаціонарів (на 100 мешканців)

передня тривалість перебування в стаціонарі	15.2
Кількість госпіталізованих	23.4
Кількість госпіталізованих на 100 працюючих	19.3
Кількість госпіталізованих на строк до 5 діб	7
Кількість госпіталізованих на строк більше 21 діб	5

302

Вартість 1 дня стаціонару	40.3
Вартість додаткових витрат (на 1 день стаціонару)	22.6

Таблиця 3

Поліклінічне обслуговування (на 100 мешканців)

Кількість відвідувань	1101
Кількість відвідувань на 100 працюючих	240
Кількість працюючих, що звертались 1 раз і	83
Кількість працюючих, що звертались двічі і	76
Кількість працюючих, що звертались тричі і	39
Кількість працюючих, що звертались 4 і більше	21
Кількість працюючих, що звертались 5 і більше	13
Кількість працюючих, що звертались 6 і більше	4
Кількість працюючих, що звертались 7 і більше	1
Середня вартість першого звернення	21
Середня вартість другого звернення	47
Середня вартість наступних звернень	72

Таблиця 4

Швидка медична допомога амбулаторно та при виїздах (на 100 мешканців)

Кількість випадків на 100 працюючих	25.1
Середня вартість одного випадку	103

2. Математична модель:

Ic - індикатор попадання особи в стаціонар;

Tc - кількість днів лікування в стаціонарі;

Yc - величина витрат по лікуванню в стаціонарі (при умові *Ic=1*);

Xc - сума виплат по лікуванню в стаціонарі *(Xc=YcIc)*

Nn - кількість звернень особи до поліклініки на рік;

Xn - величина виплат по лікуванню в поліклініці (амбулаторне);

Io - індикатор використання особою швидкої;

Xo - величина виплат по швидкій допомозі;

S - випадкова величина сукупних річних виплат.

Для цих величин використаємо наступні моделі:

P(Ic=1)=0.193 P(Ic=0)=1-0.193;

Tc - гамма розподіл з параметрами ***α=15.2/18 β=18;***

Yc=62.9·Tc;

Xc=Yc·Ic,

Nn - розподіл Пуассона з параметром *λ=2.4;*

Xn=μ(Nn), де ***μ(0)=0, μ(1)=21, μ(2)=21+47, μ(n+3)= μ(n+2)+72;***

P(Io=1)=0.251 P(Io=0)=1-0.251;

Xo=Io·103.

S=N(Xo+Xn+Xc);

де *N* - кількість договорів.

Моделі для величин ***Yc, Xc, Xn, Xo, S*** досить істотні.

Відповідність моделей ***Tc, Nn, Nз*** емпіричним даним:

Робота стаціонарів, перевірка моделі *Tc*

303

	Емпіричні дані	Промодельовані значення
Середня тривалість перебування в стаціонарі	15.2	15.2
Кількість госпіталізованих на 100 працюючих	19.3	19.3
Кількість госпіталізованих на строк до 5 діб	7	6.89
Кількість госпіталізованих на строк >21 діб	5	4.98

Поліклінічне обслуговування, перевірка моделі *Nn*

	Емпіричні дані	Промодельовані значення
Кількість відвідувань на 100 працюючих	240	240
Кількість працюючих, що звертались 1 раз і	83	90.6
Кількість працюючих, що звертались двічі і	76	68.9
Кількість працюючих, що звертались тричі і	39	42.6
Кількість працюючих, що звертались 4 і більше	21	21.7
Кількість працюючих, що звертались 5 і більше	13	9.3
Кількість працюючих, що звертались 6 і більше	4	3.2
Кількість працюючих, що звертались 7 і більше	1	0.8

3. Розрахунок нетто-тарифу (методика розрахунків)

Обчислимо математичне сподівання та дисперсію випадкових величин

S, Xo, Xn, Xc.

$E[Xc]=E[Ic]\cdot E[Yc]=184.6$

$E[Xn]=P(Nn=1)\cdot\mu(1)+P(Nn=2)\cdot\mu(2)+P(Nn=3)\cdot\mu(3)+...=109.3$

$E[Xo]=E[Io]\cdot 205=51.5$

$E[S]=(184.6+109.3+61.9+13.5)N=407.3N$

$Var[Xc]=E[Ic]\cdot Var[Yc]+E[Ic]\cdot(1-E[Ic])\cdot E[Yc]^2=209733$

$Var[Xn]<Var[Nn]\cdot 72^2=12441$

$Var[Xo]=Var[Io]\cdot 103^2=2663$

$Var[S]\approx 224837N$

Захисна надбавка:

$$l=\frac{x\alpha\sqrt{VarS}}{ES}$$

де

l - відносна захисна надбавка; α - імовірність нерозорення; x_α - квантиль рівня α для нормального розподілу.

Нетто-ставка дорівнює:

$$T_1=\frac{ES}{N}\cdot\left(1+\frac{x_\alpha}{\sqrt{N}}\cdot 1.3\right)$$

Наведемо значення захисної надбавки для деяких значень ***α* та *N*:**

Значення захисних надбавок:

	N=500	*N=1000*
α=98%	**0,14**	**0,10**
α=99,5%	**0,16**	**0,11**

Розрахунок брутто-тарифу:

При навантаженні до нетто-ставки 20% (норматив витрат на ведення справи) брутто-тариф розраховується як

304

$B_i = T_i / (1 - 0,80) = T_i / 0,80$

4. Рекомендовані страхові тарифи:

Річний базовий страховий тариф визначається як середній по повному комплексу медичної допомоги при терміні страхування 1 рік і встановлюються у розмірі 45% від страхової суми. Страхові тарифи при укладанні Договору страхування на термін менше 1 року складають.

Строк страхування в місяцях	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% від річного базового тарифу	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

Залежно від конкретних умов договору страхування (обсяг медичної допомоги, виключення із страхових випадків, тощо) та залежно від ступеня ризику (паління, шкідливі умови праці, тощо) можуть бути застосовані підвищуючі та понижуючі коефіцієнти (шляхом множення базового тарифу на відповідний коефіцієнт) у розмірі від 0,1 до 1,8.

Нормативні витрати на ведення справи складають 20% від вищезазначених страхових тарифів.

Актуарій Клєпікова Т.В.

305

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Підпис

17.07.08 0381322

Дата Реєстр

Товариство з додатковою відповідальністю "Компанія "Хлібзавод №5" м. Київ

В даному документі прошито і пронумеровано 14 (чотирнадцять) аркушів

Генеральний директор

В.В.Кривцун