

ЗАТВЕРДЖУЮ
Генеральний директор
Закритого акціонерного товариства
Страхова компанія "Мега-Поліс"



Бондар О.В.

ПРАВИЛА
добровільного медичного страхування
(безперервне страхування здоров'я)

30 квітня 2008р
м.Київ

ЗМІСТ

	Стор.
ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ У ПРАВИЛАХ	3
1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	5
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	5
3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА ВИПАДКИ	5
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	6
5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ	7
6. СТРАХОВІ ТАРИФИ	7
7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	7
8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	7
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	9
10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	10
11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	11
12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	11
13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	12
14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	13
15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	13
16. ОСОБЛИВІ УМОВИ	14
17. ДОДАТОК № 1 ПРОГРАМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	15
18. ДОДАТОК № 2 СТРАХОВІ ТАРИФИ	18

П Р А В И Л А
добровільного медичного страхування
(безперервне страхування здоров'я)

Визначення термінів, що застосовуються у Правилах
(Глосарій)

- Асистуюча компанія – компанія, яка згідно діючого законодавства має право надавати послуги з організації медичної допомоги та яка має із Страховиком договір про співпрацю.
- 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, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.
- Застрахована особа - особа, про страхування якої укладено договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків страхувальника згідно з договором страхування. Застрахованими особами можуть бути працівники Страхувальника, члени їхніх сімей та інші визначені в договорі страхування фізичні особи. Страховик має право передбачити обмеження щодо контингенту Застрахованих осіб (наприклад, осіб, що у своєму повсякденному житті потребують тривалої сторонньої допомоги, що мають природженні пороки розвитку, що перебувають на обліку в онкологічних, наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах і ін.) в обсягу відповідальності Страховика або відмовити в укладанні договору страхування стосовно таких фізичних осіб.
- Ліміт відповідальності - частка страхової суми, в межах якої Страховик несе відповідальність по окремих видах медичних послуг, що включені у програми медичного страхування.
- Медична допомога – консультаційна, діагностична, лікувальна, лікарська, профілактична, реабілітаційна, оздоровча та інша медична допомога, що надається медичним закладом.
- Медичний заклад – це лікувально-профілактичні установи, науково-дослідні і медичні інститути, інші установи, що мають, відповідно до законодавства України, право на здійснення медичної діяльності із якими Страховиком укладені договори на надання Застрахованим особам медичної допомоги, визначеного обсягу і якості, в рамках Програм добровільного медичного страхування. До Медичних закладів, відповідно до цих Правил, відносяться також приватно практикуючі лікарі, що мають ліцензії на право здійснення медичної діяльності.
- Програма медичного страхування – частина договору страхування, яка містить перелік медичної допомоги, оплату вартості якої гарантує Страховик згідно з укладеним договором страхування. Програми медичного страхування, за якими укладаються Договори страхування, наведені у Додатку № 1 до цих Правил.
- Страховик - фінансова установа, створена відповідно до Закону України "Про господарські товариства" з урахуванням особливостей, передбачених Законом України "Про страхування", а також яка отримала у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності.
- Страхувальники - юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком Договори страхування. Страхувальники - юридичні особи, укладають договори страхування групи осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

Страховальники - фізичні особи, укладають договори страхування відносно себе або відносно третьої особи або групи осіб (Застраховані особи), лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

- Страховий ризик - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- Страховий випадок - подія, передбачена договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страховальнику (Застрахованій особі) або медичному закладу чи асистуючій компанії.
- Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов договору страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.
- Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.
- Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- Страховий платіж (внесок, премія) - плата за страхування, яку Страховальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування.
- Страховий поліс – документ, що є формою договору страхування і який посвідчує факт укладання договору страхування.
- Франшиза - частина збитків Страховальника (Застрахованої особи), що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами договору страхування.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Закрите акціонерне товариство Страхова компанія "Мега-Поліс" (далі по тексту - Страховик) відповідно до чинного законодавства України і на підставі цих Правил укладає зі Страхувальниками договори добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (далі по тексту - Договори страхування).

1.2. Дані Правила добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (надалі - Правила) розроблені відповідно до Закону України "Про страхування".

1.3. Для реалізації програм медичного страхування Страховик укладає з медичними закладами або асистуючою компанією, договори про надання Страхувальникам (Застрахованим особам) медичних, оздоровчих послуг та лікарської допомоги (далі по тексті - медичної допомоги).

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА ВИПАДКИ

3.1. Страховим ризиком за цими Правилами є такий стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи), який потребує надання їй медичної допомоги.

3.2. Страховим випадком, відповідно до цих Правил, є звернення Страхувальника (Застрахованої особи) протягом строку дії Договору страхування до медичного закладу або асистуючої компанії, передбачених Договором страхування, за отриманням консультаційної, діагностичної, лікувальної, лікарської, реабілітаційної, оздоровчої та іншої медичної допомоги у межах переліку, передбаченого програмами медичного страхування у зв'язку з:

- погіршенням стану здоров'я або виникненні нового захворювання;
- загостренням або ускладненням хронічного захворювання або стану, а також при збільшенні ризику загострення або ускладненні хронічного захворювання або стану;
- травмою, отруєнням внаслідок нещасного випадку або дій третіх осіб.

3.3. Договір страхування може бути укладений на умовах:

3.3.1. гарантованої оплати вартості медичної допомоги в умовах стаціонару в екстреному і плановому порядку (програма "Стаціонар");

3.3.2. гарантованої оплати вартості амбулаторно-поліклінічної допомоги, в тому числі, послуги сімейного лікаря (програма "Поліклініка");

3.3.3. гарантованої оплати вартості стоматологічної допомоги (програма "Стоматологія");

3.3.4. гарантованої оплати вартості швидкої і невідкладної медичної допомоги (програма "Швидка та невідкладна допомога");

3.3.5. гарантованої оплати вартості реабілітаційної, оздоровчої медичної допомоги (програма "Медична реабілітація");

3.3.6. гарантованої оплати вартості амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної, швидкої і невідкладної, реабілітаційної, медикаментозної допомоги та послуг сімейного лікаря (програма "Комплексна програма").

3.4. Програми медичного страхування наведені в Додатку №1 до цих Правил.

3.5. Конкретний перелік медичних послуг, що включені в програму медичного страхування та страхова сума за такою програмою вказується Страхувальником при поданні заяви про намір укласти Договір страхування.

У випадку, якщо Страховиком укладені Договори про оплату вартості послуг з медичними закладами, що надають однакові медичні послуги, але на різному якісному рівні (використовується високоякісна медична техніка, найновіші медичні технології, лікарі, що мають більш високий рівень кваліфікації та т.ін., який визначає вартість лікування), в умови страхування можуть бути включені варіанти надання однакових медичних послуг різними медичними закладами, що диференційовані по вказаним вище ознакам, на умовах сплати Страхувальником різного розміру страхового платежу.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Страховик не оплачує вартість наданої Страхувальнику (Застрахованій особі) медичної допомоги у зв'язку з:

4.1.1. одержанням травматичного ушкодження чи іншого розпаду здоров'я, що настало в зв'язку зі здійсненням дій, у яких судом чи слідчими органами встановлено ознаки навмисного злочину;

4.1.2. одержанням травматичного ушкодження чи іншого розпаду здоров'я, що настало в результаті перебування Страхувальника (Застрахованої особи) у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, за винятком випадків, коли цей стан було викликано протиправними діями третіх осіб;

4.1.3. навмисним заподіянням собі тілесних ушкоджень, у тому числі із замахом на самогубство, за винятком випадків, коли Страхувальник (Застрахована особа) була доведена до замаху на самогубство протиправними діями третіх осіб;

4.1.4. оплатою медичних послуг, медичних препаратів, лікування, включаючи будь-який період перебування в стаціонарі чи амбулаторного лікування, що не були рекомендовані, письмово засвідчені довіреним лікарем Страховика чи лікуючим лікарем Страхувальника (Застрахованої особи) як необхідні за медичними показаннями;

4.1.5. гострою і хронічною променевою хворобою;

4.1.6. особливо небезпечною інфекційною хворобою - натуральна віспа, чума, холера, жовта лихоманка - у випадку виникнення епідемії і/чи оголошення державного карантину;

4.1.7. будь-якою формою СНІД, в будь-якій його стадії та його наслідками;

4.1.8. впливом ядерного вибуху, радіації чи радіоактивного зараження;

4.1.9. воєнними діями, а також маневрами чи іншими військовими заходами;

4.1.10. громадянською війною, народними хвилюваннями чи всякого роду страйками;

4.1.11. стихійними лихами.

4.2. У випадку первинного виявлення у Страхувальника (Застрахованої особи) захворювань (станів), перерахованих у п.п. 4.1.5.- 4.1.7. цих Правил, в період дії Договору страхування, Страховик оплачує вартість медичних послуг, які були необхідні для встановлення діагнозу.

4.3. Страховик не оплачує отриману Страхувальником (Застрахованою особою) медичну допомогу і медичні послуги в медичних установах, не визначених Договором страхування, без попереднього узгодження зі Страховиком.

4.4. Страховик не оплачує, якщо інше не передбачене Договором страхування, вартість наданої Страхувальнику (Застрахованій особі) медичної допомоги у зв'язку з:

4.4.1. лікуванням хронічних захворювань, на які Страхувальник (Застрахована особа) хворіла на час укладання Договору страхування, крім випадків їх загострення;

4.4.2. косметичним лікуванням;

4.4.3. лікуванням хвороб, які передаються статевим шляхом;

4.4.4. лікуванням алкоголізму, токсикоманії та наркоманії;

4.4.5. оперативним втручанням, яке пов'язане з пересадкою органів і тканин;

4.4.6. лікуванням злоякісних новоутворень;

4.4.7. отриманням Страхувальником (Застрахованою особою) послуг приватних медичних сестер;

4.4.8. отриманням Страхувальником (Застрахованою особою) послуг від осіб, що не мають права на медичну практику, а також екстрасенсів, інших окультних практиків.

4.5. Страховик не оплачує вартість: ортопедичних пристосувань та пристроїв, окулярів, слухових апаратів, інвалідних візків т. ін.

4.6. Страховик не оплачує вартість медичних послуг у розмірі франшизи, якщо вона передбачена Договором страхування;

4.7. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення із страхових випадків, що не суперечать чинному законодавству України.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ

5.1. Страхова сума визначається у Договорі страхування за погодженням між Страхувальником та Страховиком, виходячи з програми медичного страхування, обраної Страхувальником, обраного переліку медичних послуг, що включені до програми медичного страхування.

5.2. У Договорі страхування можуть бути встановлені ліміти відповідальності Страховика по окремих видах медичних послуг, що включені у програми медичного страхування.

5.3. Страхувальник, за узгодженням зі Страховиком, має право, протягом дії Договору страхування, до настання страхового випадку, змінити розмір страхової суми, а також ліміти відповідальності Страховика по окремих видах медичних послуг, що включені у програму медичного страхування. Внесення змін оформлюється додатковою угодою до Договору страхування.

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

5.4. Розмір страхової суми за Договором страхування зменшується на розмір здійсненої у зв'язку із страховим випадком страхової виплати.

6. СТРАХОВІ ТАРИФИ

6.1. Страховий тариф визначається Страховиком залежно від чинників, що впливають на ступень ризику виникнення страхового випадку: професія/рід занять Страхувальника (Застрахованої особи), наявність/відсутність шкідливих умов праці на виробництві, проведення профілактичних заходів, стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) та т.ін., а також від обраних Страхувальником програм медичного страхування.

6.2. Страховий платіж визначається множенням страхового тарифу на страхову суму. Страхові тарифи наведені у Додатку № 2 до цих Правил.

6.3. Страховий платіж за Договором страхування може бути сплачений Страхувальником одноразово - разовим платежем за весь термін страхування або іншим чином, за узгодженням сторін.

В кожному окремому випадку порядок сплати страхового платежу обумовлюється в Договорі страхування.

У випадку укладання Договорів страхування групи осіб, загальний розмір страхового платежу за Договором визначається як сума страхових премій по всім Застрахованим особам.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування укладається строком на один рік, якщо умовами Договору не передбачене інше.

7.2. Місце дії договору страхування – Україна, якщо інше не передбачено Договором страхування .

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладення Договору страхування Страхувальник надає Страховику письмову заяву за встановленою Страховиком формою, що є невід'ємною частиною Договору страхування, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір медичного страхування.

В заяві на страхування повинні бути зазначені:

- найменування і юридична адреса Страхувальника, його банківські реквізити (для Страхувальника – юридичної особи) або

- П.І.Б., паспортні дані, адреса місця проживання, номер телефону й інші реквізити (для Страхувальника - фізичної особи);

- П.І.Б. Застрахованої особи;

- бажані умови страхування (страхова сума, програма медичного страхування);

- термін страхування.

У разі страхування групи осіб Страхувальник додає до заяви список осіб, що підлягають страхуванню, який в одночас є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною.

Заповнення бланку заяви не зобов'язує Страховика до укладення Договору страхування.

8.2. Договори страхування укладаються, як правило, без попереднього медичного огляду осіб, що підлягають страхуванню. При цьому, Страховик має право зажадати від Страхувальника надання на осіб, що страхуються, заповнених декларацій здоров'я (анкет), за встановленою Страховиком формою, що містять відомості, які дозволяють судити про стан здоров'я особи, що страхується.

Страховик має право при укладанні Договору страхування передбачити обов'язковий медичний огляд осіб, що мають бути застрахованими, на підставі результатів якого визначити належність цих осіб до груп ризику, та відповідні розміри страхових платежів, що підлягають сплаті (результати медичного огляду є невід'ємною частиною Договору страхування). При цьому витрати, пов'язані з проходженням особи, що страхується (за вимогою Страховика) медичного огляду, оплачуються Страхувальником (особою, що страхується) самостійно за рахунок особистих коштів.

У випадку відмови Страхувальника (особи, що страхується) у наданні інформації, що запитується Страховиком, Страхувальнику може бути відмовлено в укладанні Договору страхування.

8.3. Страховик має право перевірити достовірність наданих Страхувальником відомостей. У випадку встановлення того, що Страхувальник повідомив про себе (особу, що страхується) невірні дані, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити Страхувальнику в укладанні Договору страхування.

8.4. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим полісом, що є формою Договору страхування.

До Договору страхування додається:

- список Застрахованих осіб із зазначенням П.І.Б., віку, статі, повної домашньої адреси, телефону;

- програми медичного страхування;

- іменні страхові медичні поліси (у відповідності зі списком Застрахованих осіб) за формою, встановленою Страховиком.

8.5. Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику страховий платіж, розмір якого розраховується за тарифними ставками Страховика у терміни, передбачені Договором страхування.

8.6. В Договорі страхування може бути передбачена франшиза.

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

8.8. Страхувальнику (Застрахованій особі) забороняється передавати договір страхування (страховий поліс) іншим особам з метою одержання такими особами медичних послуг за Договором страхування. Якщо буде встановлено, що Страхувальник (Застрахована особа) передала іншій особі договір страхування (страховий поліс), Страховик має право достроково припинити дію Договору страхування по відношенню до такого Страхувальника (Застрахованої особи) і відмовити у страховій виплаті.

8.9. У разі втрати Страхувальником (Застрахованою особою) договору страхування (страхового полісу), він повинний негайно сповістити про це Страховика. Страховик за письмовою заявою Страхувальника (Застрахованої особи) видає дублікат договору страхування (страхового поліса), після чого втрачений договір страхування (страховий поліс) припиняє свою дію і страхові виплати по ньому не здійснюються.

8.10. Страхувальник протягом терміну дії Договору може збільшити кількість Застрахованих осіб, перелік програм медичного страхування, обсяг медичних послуг, розмір страхової суми, шляхом оформлення додаткової угоди до Договору страхування, та сплатою додаткового страхового платежу.

Додатковий страховий платіж у цьому випадку сплачується одноразово, якщо додатковою угодою до Договору страхування не встановлене інше.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страховик має право:

9.1.1. вимагати від Страхувальника надання достовірної інформації, що необхідна для укладення Договору страхування;

9.1.2. перевіряти інформацію, що повідомляється Страхувальником (Застрахованою особою);

9.1.3. вимагати визнання Договору недійсним і повернення Страхувальником (Застрахованою особою) Страховику отриманих за Договором страхових виплат, якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник повідомив Страховику неправдиві відомості про предмет договору страхування або обставини, що мають істотне значення для визначення ступеню ризику;

9.1.4. відмовити у страховій виплаті згідно п.12.7. цих Правил;

9.1.5. письмово запросити у Страхувальника згоди на внесення у Договір страхування змін у частині розміру страхової суми або обсягу відповідальності Страховика у випадку зміни медичним закладом тарифів на медичні послуги.

9.2. Страховик зобов'язаний:

9.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

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

9.2.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у термін, передбачений договором про співпрацю між Страховиком та медичним закладом або Договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне виконання своїх обов'язків шляхом сплати медичному закладу або Страхувальнику (Застрахованій особі) неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору про співпрацю між Страховиком та медичним закладом або Договору страхування або законом;

9.2.4. не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу), його майнове становище та стан здоров'я, за винятком випадків, передбачених законом;

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

9.2.6. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик переукласти з ним договір страхування;

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

9.3. Страхувальник має право:

9.3.1. ознайомитися з Правилами страхування;

9.3.2. розширити перелік Застрахованих осіб, перелік програм медичного страхування або медичних послуг, розмір страхової суми;

9.3.3. укладати Договір страхування за однією або кількома програмами медичного страхування;

9.3.4. отримувати інформацію про страхові виплати, що здійснені по Застрахованих особах;

9.3.5. достроково припинити дію Договору страхування згідно з п.14.2. цих Правил.

9.4. Страхувальник зобов'язаний:

9.4.1. своєчасно вносити страхові платежі;

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

9.4.3. повідомити Страховика про інші діючі Договори медичного страхування щодо осіб, які мають бути застраховані;

9.4.4. надати Страховику права повного доступу до медичної документації Застрахованих осіб, якщо це передбачено Договором страхування;

9.4.5. у межах своєї компетенції вживати заходів по усуненню несприятливих чинників впливу на здоров'я Застрахованих осіб;

9.4.6. забезпечити збереження документів за Договором страхування;

9.4.7. в усіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування повернути Страховику страхові поліси Застрахованих осіб, дія яких припиняється з моменту дострокового припинення дії Договору страхування.

9.4.8. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

9.4.9. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору страхування.

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

9.5. Якщо в період дії договору страхування Страхувальник втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки, що випливають з договору страхування, переходять до правонаступника Страхувальника за згодою Страховика.

9.6. Застрахована особа має право:

9.6.1. на одержання медичних послуг відповідно до умов, зазначених в Договорі страхування, в медичних установах, перелік яких визначений у Договорі страхування;

9.6.2. вимагати від Страховика дотримання умов Договору страхування;

9.6.3. повідомляти Страховику про випадки ненадання медичних послуг за Договором страхування, неповного чи неякісного надання таких послуг;

9.6.4. на одержання дублікату договору страхування (страхового полісу) у випадку його втрати.

9.7. Договором страхування може бути передбачено, що Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана:

9.7.1. дотримуватися розпорядження лікуючого лікаря і розпорядку, встановленого медичним закладом;

9.7.2. надати Страховику право повного доступу до будь-якої медичної інформації з приводу свого стану здоров'я в минулому та сьогоднішні;

9.7.3. негайно, як тільки це можливо (але не більше ніж через 72 години), інформувати Страховика про такі події, що наступили:

- будь-яке стаціонарне лікування;

- будь-яке хірургічне лікування;

- лікування і/чи обстеження в медичному закладі, що не зазначений в Договорі страхування;

- втрата договору страхування (страхового полісу).

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. У разі настання такого стану здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи), яке потребує медичної допомоги, Страхувальник (Застрахована особа) повинна звернутися до Страховика або до асистуючої компанії, якщо така зазначена у Договорі страхування, або до медичного закладу з переліку тих, що зазначені в Договорі страхування, вказати назву Страховика, своє прізвище, номер Договору страхування (полісу) та викласти причину звернення.

10.2. Застрахована особа має право:

- на вибір медичного закладу для отримання лікування відповідно до Договору страхування;

- на оплату Страховиком медичних послуг, отриманих в медичних закладах, що не передбачені Договором страхування за умови попереднього узгодження зі Страховиком;

- повідомляти Страховику про випадки ненадання медичних послуг за Договором страхування, неповного або неякісного надання таких послуг.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. Документами, що підтверджують настання страхового випадку, є документи, які підтверджують факт отримання Страхувальником (Застрахованою особою) медичної допомоги у медичному закладі (виписка з медичної картки стаціонарного або амбулаторного хворого, рахунок медичного закладу, рецепти, лікарняний лист, довідка медичного закладу щодо терміну лікування та діагнозу, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу та інші документи на вимогу Страховика, які мають суттєве значення для підтвердження страхового випадку).

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. За умови визнання факту настання страхового випадку, Страховик проводить страхову виплату відповідно до умов Договору страхування.

12.2. Страхова виплата провадиться Страховиком:

12.2.1. При оплаті медичних послуг медичному закладу, асистуючій компанії - у порядку і в терміни, передбачені укладеним між Страховиком і медичним закладом (асистуючою компанією) договором.

Оплата медичних послуг провадиться на підставі рахунку медичного закладу, з вказанням діагнозу, термінів лікування, переліку наданих медичних послуг, їх вартості (із розбивкою по Страхувальникам (Застрахованим особам) і загальної суми витрат по всім медичним послугам, що надані Страхувальникам (Застрахованим особам) у межах передбаченої Договором страхування програми медичного страхування.

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

12.2.2. Оплата (компенсація) понесених Страхувальником (Застрахованою особою) витрат на медичні послуги здійснюється на підставі письмової заяви Страхувальника (Застрахованої особи), Договору страхування (страхового полісу), документів, що підтверджують факт надання Страхувальником (Застрахованій особі) медичних послуг, діагноз, терміни лікування (виписка з медичної картки стаціонарного або амбулаторного хворого, лікарняний лист, довідка з медичного закладу, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу), переліку наданих медичних послуг (із числа передбачених Договором страхування), чеків про оплату медичних послуг.

За умовами попереднього погодження із Страховиком, Страховик оплачує (компенсує) Страхувальнику (Застрахованій особі) вартість придбаних нею самостійно медикаментів в обсязі, передбаченому програмами медичного страхування, у випадку, якщо зазначені медикаменти були призначені лікарем, але не були в розпорядженні медичного закладу, на підставі документу, що підтверджує їх призначення (рецепт або виписку з медичної картки) із зазначенням доз та кількості ліків, чеків про оплату ліків.

Для оплати (компенсації) понесених Страхувальником (Застрахованою особою) витрат на медичні послуги або медикаменти Страхувальник (Застрахована особа) повинна протягом 30-ти днів з дня надання медичної послуги надати Страховику перераховані вище документи для складання страхового акта.

12.2.3. Страховий акт складається Страховиком протягом 10-ти робочих днів з дня одержання всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку. При необхідності перевірки обставин страхового випадку і поданих документів Страховик має право відстрочити прийняття рішення про страхову виплату на термін до 30 днів.

Страхова виплата проводиться протягом 10-ти робочих днів, якщо інше не обумовлено в Договорі страхування, із дати складання страхового акта.

Днем проведення страхової виплати вважається дата списання коштів з рахунку Страховика в банку, оформлення поштового переказу або видача готівки з каси Страховика.

Переказ суми, що підлягає виплаті, поштою, телеграфом або на рахунок її одержувача здійснюється за рахунок коштів одержувача.

12.2.4. Виплату належної суми Страхувальнику (Застрахованій особі), згідно умов, передбачених п.12.2.2. цих Правил, Страховик здійснює через свою касу або в

безготівковому порядку відповідно до бажання Страхувальника (Застрахованої особи), що визначається у заяві про страхову виплату.

12.3. Договір страхування, за яким виплачена частина страхової суми, діє до кінця строку, зазначеного у Договорі.

12.4. Загальна сума виплат при настанні одного або декількох страхових випадків з однією Застрахованою особою не може перевищувати страхової суми, обумовленої Договором страхування для цієї Застрахованої особи.

12.5. У разі необхідності Страховик може робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних установ та інших організацій, які мають інформацію про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.

12.6. Страховик має право призначити проведення незалежної експертизи у разі виникнення сумніву щодо обставин, пов'язаних із страховим випадком.

12.7. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

12.7.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладений Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не розповсюджується на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

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

12.7.3. надання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про Застраховану особу або про факт настання страхового випадку;

12.7.4. неповідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) Страховика про страховий випадок без поважних на це причин;

12.7.5. інші випадки, передбачені законом.

12.8. Страховик не оплачує вартість медичних послуг у випадку:

12.8.1. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) медичних послуг в медичних установах не передбачених Договором страхування, за виключенням випадків попереднього погодження зі Страховиком;

12.8.2. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) медичних послуг, що не передбачені Договором страхування (програмою медичного страхування);

12.8.3. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) медичних послуг, що не були рекомендовані, засвідчені довіреним лікарем Страховика або лікуючим лікарем Страхувальника (Застрахованої особи) як необхідні і розумні заходи, якщо це передбачено Договором страхування;

12.8.4. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) розпоряджень лікуючого лікаря, або порушення визначеного лікуючим лікарем лікарняного режиму, якщо це передбачено Договором страхування;

12.9. Відмова Страховика у виплаті страхової суми (її частини) може бути оскаржена у судовому порядку.

13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

13.1. Рішення про виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 10-ти робочих днів з дня отримання документів, передбачених пп. 12.2.1., 12.2.2. цих Правил.

У разі прийняття рішення:

а) про страхову виплату - Страховик здійснює виплату згідно з Договором страхування;

б) про відмову у страховій виплаті - Страховик повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 5 –ти робочих днів з дня прийняття рішення.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

14.1.1. закінчення терміну дії;

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

14.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки.

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

14.1.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи, за винятком випадків, передбачених в п.9.5. цих Правил;

14.1.5. смерті страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності;

14.1.6. ліквідації Страховика в порядку, встановленому законодавством України;

14.1.7. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

14.1.8. в інших випадках, передбачених Договором страхування та законодавством України.

14.2. Дія Договору страхування по відношенню до Застрахованої особи припиняється у випадку:

14.2.1. виплати страхової суми в повному обсязі;

14.2.2. смерті Застрахованої особи;

14.2.3. припинення трудових відносин Застрахованої особи із Страхувальником, якщо це передбачено Договором страхування;

14.2.4. дострокового припинення дії Договору страхування.

14.3. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України.

Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за 30 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, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає 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, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори, які виникають у процесі виконання умов Договорів страхування по добровільному медичному страхуванню, вирішуються сторонами шляхом взаємних переговорів та оформлюються відповідним протоколом. Якщо в процесі переговорів сторони не дійдуть згоди, подальше розглядання спорів проходить відповідно до чинного законодавства України.

15.2. Сторона, винна в невиконанні або в неналежному виконанні умов Договору страхування, несе відповідальність згідно з Договором страхування та з діючим законодавством України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Наслідки збільшення страхового ризику в період дії Договору страхування.

16.1.1. В період дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний у 5-денний строк повідомити Страховика про значні зміни, в відомостях, які були надані Страховику при укладанні Договору, якщо ці зміни можуть суттєво впливати на збільшення страхового ризику (зміна обставин визнається суттєвою, коли вони змінилися настільки, що, якби сторони мали змогу це передбачити, то Договір взагалі не було б укладено, або було б укладено на значно інших умовах).

16.1.2. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику, що оформлюється додатковою угодою до діючого Договору страхування.

16.1.3. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов Договору або доплати страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування.

16.2. Недійсність договору страхування.

16.2.1. Договір страхування вважається недійсним і не підлягає виконанню, якщо його укладено після страхового випадку.

ДОДАТОК № 1
до Правил добровільного
медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)
від 30 квітня 2008р.

ПРОГРАМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

"СТАЦІОНАР"

Програма передбачає оплату вартості стаціонарного лікування за профілем стаціонару в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Страхувальників (Застрахованих осіб) або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

1. Всі види консервативного і оперативного лікування в стаціонарі, лікувальні процедури;
2. Проведення лабораторних досліджень;
3. Консультативна допомога кваліфікованих фахівців;
4. Медикаментозне забезпечення в умовах стаціонару за призначенням лікаря;
5. Розміщення в двох-трьох місцевих палатах, а також палатах підвищеного рівня комфортності;
6. Індивідуальне харчування;
7. Гарантія госпіталізації протягом 3-4-х днів по будь-якому профілю захворювання.

"ПОЛІКЛІНІКА"

Програма передбачає оплату вартості консультацій, лікування та діагностики в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Страхувальників (Застрахованих осіб) або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

1. Спостереження особистого довіреного лікаря-терапевта;
2. Консультації лікарів усіх спеціальностей;
3. Діагностичні дослідження та лікувальні процедури у повному обсязі в амбулаторних умовах;
4. Фізіотерапевтичне лікування в умовах поліклініки;
5. Медикаментозне забезпечення за призначенням лікаря в мережі договірних аптек;
6. Нетрадиційні методи лікування (гомеопатія, фітотерапія, голкорексфлексотерапія та ін.)

"СТОМАТОЛОГІЯ"

Програма передбачає оплату вартості консультацій, лікування і діагностики з приводу стоматологічних захворювань Страхувальника (Застрахованої особи) в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Страхувальників (Застрахованих осіб) або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

1. Діагностика;
2. Лікування зубів стоматологом – терапевтом;
3. Видалення зубу;
4. Лікування запальних захворювань слизової оболонки порожнини роту;
5. Реставрація зубів сучасними фотополімерними матеріалами;
6. Анестезія місцева або загальна;
7. Проведення амбулаторних стоматологічних операцій;
8. Протезування.

"ШВИДКА ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА"

Програма передбачає оплату вартості наступних видів медичної допомоги і послуг в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Страхувальників (Застрахованих осіб) або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

1. Виїзд бригади швидкої допомоги цілодобово;
2. Первинний огляд;
3. Медикаментозне забезпечення в обсязі швидкої та невідкладної допомоги;
4. Діагностика в умовах швидкої допомоги;
5. Госпіталізація, при необхідності, до профільного лікувального закладу;
6. Забезпечення медикаментами на першу добу при госпіталізації.

"МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ"

Програма передбачає оплату вартості реабілітаційних заходів за призначенням лікаря після перенесених гострих і загострення хронічних захворювань в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Страхувальників (Застрахованих осіб) або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

1. Фізіотерапевтичне лікування (масаж, електро-, водо-, грязелікування і т.ін.) в умовах стаціонару, денного стаціонару або поліклініки;
2. Бальнеологічне лікування (ванни, басейн, лікувальна сауна і т. і.);
3. Вітамінотерапія, імунокорекція, повторні курси медикаментозної терапії в амбулаторних або стаціонарних умовах; санаторно-курортне лікування в санаторіях відповідного профілю.

"КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА "

Програма передбачає оплату вартості консультацій, діагностики, лікування та медикаментозного забезпечення в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Страхувальників (Застрахованих осіб) або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

Амбулаторно-поліклінічна допомога:

1. Спостереження особистого довіреного лікаря-терапевта;
2. Консультації лікарів усіх спеціальностей;
3. Діагностичні дослідження та лікувальні процедури у повному обсязі в амбулаторних умовах;
4. Фізіотерапевтичне лікування в умовах поліклініки;
5. Денний стаціонар;
6. Медикаментозне забезпечення за призначенням лікаря в мережі договірних аптек;
7. Нетрадиційні методи лікування (гомеопатія, фітотерапія, голкорексфлексотерапія та ін.)

Стоматологічна допомога:

1. Консультація лікаря-стоматолога;
2. Діагностичні дослідження;
3. Терапевтичне та хірургічне лікування;
4. Знеболювання;
5. Протезування.

Стаціонарна медична допомога:

1. Госпіталізація при гострому захворюванні, травмі, отруєнні та інших невідкладних станах;
2. Планова госпіталізація при загостренні хронічних захворювань за направленням лікаря;
3. Медикаментозне забезпечення в умовах стаціонару за призначенням лікаря;
4. Проведення лабораторних досліджень;
5. Індивідуальне харчування в умовах перебування у стаціонарі;
6. Розміщення в палатах підвищеного рівня комфортності.

Швидка та невідкладна допомога:

1. Виїзд бригади швидкої допомоги цілодобово;
2. Первинний огляд;
3. Медикаментозне забезпечення в обсязі швидкої та невідкладної допомоги;
4. Діагностика в умовах швидкої допомоги;
5. Госпіталізація, при необхідності, до профільного лікувального закладу;
6. Забезпечення медикаментами на першу добу при госпіталізації.

Додаток №2
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)
від 30 квітня 2008 року

Страхові тарифи

1. Базові річні страхові тарифи (у % від страхової суми) у відповідності з Програмами медичного страхування (згідно Додатку №1 до Правил) наведені у таблицях №№1-5.

Таблиця №1 – «Стационар»

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф
до 18	6,7
18-40	5,3
41-55	7,2
56-60	9,3
60-65	11,0

Таблиця №2 – Поліклініка

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф
до 18	6,6
18-40	5,2
41-55	7,1
56-60	9,3
60-65	9,9

Таблиця №3 – «Стоматологія»

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф
до 18	-
18-35	8
36-50	12

Таблиця №4 – «Швидка та невідкладна допомога»

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф
до 18	6,0
18-40	4,8
41-55	6,9
56-60	9,5
60-65	12,0

Таблиця №5 – «Медична реабілітація»

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф
до 18	8,0
18-40	12,8
41-55	18,4
56-60	22,0
60-65	28,0

Тарифи по програмі «Комплексна програма» розраховуються у відповідності до наведених у Таблицях №1-№5 страхових тарифів з врахуванням віку Застрахованої особи, стану здоров'я при укладенні Договору, способу життя

та наявності шкідливих звичок, а також із огляду на кінцевий перелік медичних програм, включених до умов Договору страхування.

2. При укладенні договорів медичного страхування з юридичними особами по програмах страхування, вказаних в Додатку №1 до Правил можуть застосовуватись пільги:

Таблиця №6 – Пільги юридичним особам

Чисельність застрахованих	Знижка тарифу, %
50 – 80	5
80 – 110	6
110 – 200	8
200 – 250	9
більше 250	10

3. При укладанні договору страхування на строк менше одного року, в залежності від строку дії договору страхування застосовуються відповідні коригуючі коефіцієнти (при страхуванні на строк 1 рік застосовується коефіцієнт 1). При цьому, кожний неповний строк страхування при розрахунках страхового тарифу рахується як повний.

Таблиця №7. Коефіцієнт короткостроковості

Строк страхування	Коригуючий коефіцієнт	Строк страхування	Коригуючий коефіцієнт
до 15 днів	0,15	6 місяців	0,70
1 місяць	0,25	7 місяців	0,75
2 місяці	0,30	8 місяців	0,80
3 місяці	0,40	9 місяців	0,85
4 місяці	0,50	10 місяців	0,90
5 місяців	0,60	11 місяців	0,95

4. При укладанні Договору страхування можливе встановлення франшизи. При цьому базовий розмір страхового тарифу корегується за допомогою наступного корегувального коефіцієнта:

Таблиця №8. Коефіцієнт франшизи

Розмір франшизи, % від страхової суми	Коригуючий коефіцієнт	Розмір франшизи, % від страхової суми	Коригуючий коефіцієнт
0,00	1,00	2,00	0,88
0,25	0,98	2,50	0,85
0,50	0,95	3,00	0,82
1,00	0,92	4,00	0,80
1,50	0,90	5,00	0,70

5. В залежності від періодичності сплати страхового платежу протягом страхового року, базовий розмір страхового тарифу корегується за допомогою наступного корегувального коефіцієнта:

Таблиця №9. Коефіцієнт сплати страхового платежу

Періодичність сплати страхового платежу	Коригуючий коефіцієнт
одноразово	1,00
в два строки, з інтервалом не більше 4 місяців	1,02
в два строки, з інтервалом більше 4 місяців або в три строки	1,05
щоквартально	1,10
щомісячно	1,15

6. При укладенні окремого договору страхування в залежності від чинників, що впливають на настання страхового випадку і не передбачені відповідними коефіцієнтами (таблиці №6-№9), а саме: обмеження умов страхування чи переліку медичних послуг; стану здоров'я; професії Застрахованої особи; наявності/відсутності шкідливих умов праці на виробництві; проведення профілактичних заходів; додаткові виключення із страхових випадків тощо, коригуючий коефіцієнт може бути встановлено у розмірі від 0,1 до 5,0.

7. У будь-якому випадку при застосуванні корегувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 20% від страхової суми для практично здорових людей та 60% при страхуванні осіб із наявністю захворювання в анамнезі.

8. Норматив витрат на ведення справи складає 30% в структурі страхового тарифу.

Актуарій



О.О. Поплавський

(Диплом №014 від 17.09.1999 р.)

Державна комісія з регулювання ринку
фінансових послуг України
Член Комісії
директор департаменту страхування
В Коломийці
Підпис
Дата 05.06.2008

0380896

Пронумеровано,
прошнуровано та скріплено
печаткою

21 аркушів
Генеральний директор
ЗАТ СК "Мега-Поліс"



Бондар О.В.