

ЗАТВЕРДЖУЮ
Голова правління
ПрАТ «СК «Каштан»
Захарків Р.М.

«06» жовтня 2014 р.

ПРАВИЛА
добровільного страхування
медичних витрат
(нова редакція)

№ 23/2014

м. Київ – 2014 р.

ЗМІСТ

1.	ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
2.	ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	6
3.	ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. ФРАНШИЗА	6
4.	СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	7
5.	ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	8
6.	СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ	11
7.	СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	11
8.	ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	13
9.	ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЗМІНА СТУПЕНЯ РИЗИКУ	13
10.	ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	14
11.	ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	16
12.	ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ	17
13.	ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	18
14.	СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	19
15.	ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	21
16.	УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	21
17.	НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	22
18.	ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	22
19.	ДОДАТКОВІ УМОВИ	23
	Додаток №1	24
	Додаток № 2	31

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Правила добровільного страхування добровільного страхування медичних витрат, далі – Правила, розроблені відповідно до Закону України «Про страхування» та інших нормативних документів чинного законодавства України.

1.2. На умовах цих Правил та чинного законодавства України Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Каштан» (далі – Страховик), укладає договори добровільного страхування медичних витрат, далі – договір страхування, з дієздатними фізичними особами (в т.ч. фізичними особами – підприємцями) та юридичними особами, незалежно від форм власності, резидентами та нерезидентами України (далі – Страхувальники).

1.3. За договором страхування, укладеним на підставі цих Правил, Страховик зобов'язується за встановлену договором страхування плату (страховий платіж), у разі настання страхового випадку, здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з захворюванням Застрахованої особи, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або її смертю внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки), а Страхувальник зобов'язується вчасно і в повному обсязі сплачувати страхові платежі і виконувати інші умови договору страхування.

1.4. Страхувальники мають право укладати договори добровільного страхування медичних витрат себе або третіх осіб за їх згодою (далі – Застраховані особи).

1.5. У випадку, коли Страхувальник уклав договір добровільного страхування медичних витрат себе, він одночасно є і Застрахованою особою.

1.6. Якщо інше не передбачено договором страхування, обов'язки Страхувальника, зазначені в цих Правилах та/або договорі страхування, можуть бути поширені на Застрахованих осіб. Вчинення Застрахованою особою дій (діяльності або бездіяльності) породжує ті ж самі правові наслідки, як би такі дії (діяльність або бездіяльність) були вчинені Страхувальником.

1.7. Страхувальник має право при укладенні договору страхування, за згодою Застрахованої особи, призначити Вигодонабувача (Вигодонабувачів) для отримання страхової виплати. Страхувальник може змінити Вигодонабувача за договором страхування до настання страхового випадку, якщо інше не передбачене договором страхування.

Якщо інше не передбачено договором страхування, Вигодонабувачем є Застрахована особа з урахуванням умов, зазначених в п. 13.6 Правил.

1.8. При укладанні договору страхування Сторони можуть домовитися щодо незастосування окремих положень цих Правил, а також щодо доповнення договору страхування положеннями, відмінними від викладених у тексті цих Правил, за умови, що це не суперечить чинному законодавству України.

1.9. У цих Правилах терміни вживаються в такому значенні:

1.9.1. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої провадиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

1.9.2. Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

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

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

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

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

1.9.7. **Застрахована особа** – фізична особа, майнові інтереси якої, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю, є предметом договору страхування, та на користь якої Страхувальником укладений із Страховиком договір страхування, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

1.9.8. **Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медико-санітарної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

1.9.9. **Хронічне захворювання** – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин і органів.

1.9.10. **Загострення хронічного захворювання** – це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії, яке у випадку ненадання медико-санітарної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

1.9.11. **Нещасний випадок** – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок впливу різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованої особи та/або її загибелі (смерті).

До зовнішніх факторів можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб (в т.ч. згвалтування), напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.

Під розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травма, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля тощо), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження (за виключенням простудного захворювання), тепловий удар, раптове удушення, анафілактичний шок, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газами, ліками, неякісними харчовими продуктами тощо.

1.9.12. **Заклади охорони здоров'я** (далі – медичні заклади) – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, а саме: травмпункти, поліклініки, лікарні, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, аптеки тощо.

1.9.13. **Програма страхування** – перелік видів медико-санітарної допомоги та іншої допомоги (послуг), що надаються Застрахованій особі згідно з договором страхування. Базові програми страхування наведені у Додатку 1 до цих Правил. При укладанні договору страхування до Базових програм страхування можуть бути внесені зміни з урахуванням

індивідуальних побажань Страхувальника (Застрахованої особи) або передбачена індивідуальна Програма страхування для конкретної Застрахованої особи.

1.9.14. Ліміт відповідальності – сума (у грошову вираженні або у відсотках від страхової суми), що не перевищує встановлену в договорі страхування страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку, яка за згодою Сторін може встановлюватись по окремій Програмі страхування, по окремих видах медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг), передбаченої Правилами та/або договором страхування, по одному страховому випадку тощо.

1.9.15. Асистуюча компанія (Асистанс) – юридична або фізична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) в разі настання страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика.

1.9.16. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування. Величина франшизи визначається у відсотках, в абсолютній грошовій величині або в днях. Франшиза може бути умовною або безумовною.

1.9.17. Безумовна франшиза – відсоток від страхової суми або абсолютна грошова величина, в розмірі якої Страховик звільняється від здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку.

1.9.18. Умовна франшиза – відсоток від страхової суми або абсолютна грошова величина, в розмірі якої Страховик звільняється від здійснення страхової виплати в разі, якщо витрати, що виникли внаслідок настання страхового випадку, які підлягають виплаті на умовах укладеного договору страхування, не перевищують розміру умовної франшизи.

1.9.19. Медико-санітарна допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих.

1.9.20. Страховий захист – зобов'язання Страховика, визначені договором страхування, щодо відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку, який стався в обумовлений договором страхування відрізок часу.

1.9.21. Країна (місце) постійного проживання – країна (місце), в якій (якому) Застрахована особа проживає у цілому.

1.9.22. Країна (місце) тимчасового перебування – країна (місце), зазначена (-е) в договорі страхування, на території якої Застрахована особа знаходиться під час подорожі та діє страховий захист за договором страхування. Під час здійснення подорожі Застрахована особа може відвідувати декілька місць і страховий захист за договором страхування за згодою Сторін може діяти на території кожного з них.

1.9.23. Подорож (поїздка) – пересування Застрахованої особи територією та (або) за маршрутом, зазначеними в договорі страхування, з будь-якою метою (праця, відпочинок, спортивні змагання, відвідування родичів тощо).

1.9.24. Члени сім'ї Застрахованої особи (близькі родичі) – її дружина (чоловік), діти (в т. ч. всиновлені), її матір, батько (матір, батько його (її) дружини, чоловіка), рідна сестра чи брат, також інші особи, які спільно проживають зі Застрахованою особою, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки.

1.9.25. Період очікування – передбачений договором страхування період часу, який починається з моменту початку дії договору страхування та протягом якого події, що передбачені п. 4.3 цих Правил та/або договором страхування та виникли під час такого періоду, не вважаються страховими випадками. Період очікування за згодою Сторін договору страхування може встановлюватись за всіма страховими випадками (ризиками), передбаченими договором страхування, певним страховим випадком (ризиком), певним захворюванням тощо

1.9.26. Період відстрочки – передбачений договором страхування період часу, який

починається з моменту виникнення гострого захворювання, загострення хронічного захворювання та / або розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку та після закінчення якого отримання Застрахованою особою медико-санітарної допомоги (послуг) у зв'язку з таким захворюванням (розладом здоров'я) Застрахованої особи буде визнаватися страховим випадком. Період відстрочки за згодою Сторін договору страхування може встановлюватися за всіма страховими випадками (ризиками), передбаченими договором страхування, певним страховим випадком (ризиком), певним захворюванням тощо

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору добровільного страхування медичних витрат є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованої особи та медичними витратами Застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).

2.2. Застрахованими особами згідно з цими Правилами можуть бути особи до 70 років, якщо інше не передбачене договором страхування.

2.3. Якщо договором страхування не передбачене інше, застрахованими не можуть бути:

2.3.1. Особи, які на час укладання договору страхування є інвалідами I, II груп;

2.3.2. Особи, визнані у встановленому порядку недієздатними;

2.3.3. Особи, які знаходяться на обліку в спеціалізованих диспансерах (наркологічному, протитуберкульозному, психоневрологічному, онкологічному тощо), центрах з профілактики та боротьби із СНІД.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. ФРАНШИЗА

3.1. Страхова сума встановлюється за погодженням Сторін при укладанні договору страхування та зазначається в договорі страхування.

3.2. В межах страхової суми, за згодою Сторін у договорі страхування можуть встановлюватися ліміти відповідальності Страховика по окремій Програмі страхування, по окремих видах медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг), передбаченої Правилами та/або договором страхування, по одному страховому випадку тощо.

3.3. Якщо Страхувальник укладає договір страхування у відношенні декількох осіб, страхова сума (ліміти відповідальності) встановлюється для кожної Застрахованої особи, а в договорі вказується як загальна страхова сума за договором, так і страхова сума (ліміти відповідальності) на кожну Застраховану особу.

3.4. Протягом строку дії договору страхування страхова сума може бути змінена за згодою Сторін, якщо інше не передбачене договором страхування.

3.5. Загальна сума страхових виплат по страхових випадках не може перевищувати страхової суми (лімітів відповідальності) за договором страхування.

3.6. Якщо Застрахованій особі (інша особа, яка має право на отримання страхової виплати) здійснена страхова виплата, то з дати настання страхового випадку, за яким здійснена виплата, Страховик несе зобов'язання за договором страхування тільки в межах різниці між страховою сумою за договором страхування та сумою здійсненої Застрахованій особі (іншій особі, яка має право на отримання страхової виплати) страхової виплати, якщо інше не передбачено договором страхування.

3.7. Договором страхування може бути встановлена франшиза, вид та розмір якої зазначається у договорі страхування. За згодою Сторін може встановлюватися загальна франшиза за договором страхування, окрема франшиза за кожним страховим випадком

(групою страхових випадків), страховим ризиком, Програмою страхування тощо.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

4.1. За цими Правилами до страхових ризиків відносяться:

4.1.1. Гостре захворювання.

4.1.2. Загострення хронічного захворювання.

4.1.3. Розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком нещасного випадку.

4.1.4. Смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання або нещасного випадку.

4.2. За згодою сторін та за наявності у Страховика чинних ліцензій на проведення добровільного страхування фінансових ризиків, вантажів та багажу договором страхування може бути передбачене страхування ризиків виникнення у Застрахованої особи додаткових витрат при здійсненні подорожі (поїздки) внаслідок:

4.2.1. Смерті, розладу здоров'я члена сім'ї Застрахованої особи (близького родича) внаслідок захворювання або нещасного випадку, а також настання інших обставин, передбачених договором страхування, при виникненні яких виникає необхідність повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання.

4.2.2. Затримання (арешту) Застрахованої особи, позбавлення волі, загрози виникнення таких випадків, а також будь-яких ускладнень, викликаних офіційними претензіями третіх осіб, у тому числі внесенням застави.

4.2.3. Відкладення або відміни авіарейсу, яким подорожує Застрахована особа.

4.2.4. Втрати або пошкодження багажу Застрахованої особи.

4.2.5. Затримки доставки багажу Застрахованої особи.

4.2.6. Втрати або викрадення документів Застрахованої особи.

4.2.7. Інших подій, що мають ознаки імовірності та випадковості настання, що можуть статися з Застрахованою особою під час подорожі (поїздки) територією, зазначеною в договорі страхування.

4.3. Страховим випадком визнається звернення Страхувальника (Застрахованої особи, іншої особи) під час дії договору страхування до Страховика, Асистансу, медичного або іншого закладу, передбаченого договором страхування, та отримання Застрахованою особою медико-санітарної допомоги та іншої допомоги (послуг) у межах та в обсязі Програми страхування у зв'язку з настанням подій, передбачених 4.1 – 4.2 цих Правил страхування та/або договорі страхування, що сталися під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).

4.4. Якщо інше не передбачено договором страхування, Страховик відшкодовує витрати на медико-санітарну допомогу та іншу допомогу (послуги), отримані Застрахованою особою у зв'язку з настанням подій, передбачених 4.1 – 4.2 цих Правил страхування та/або договорі страхування, а саме витрати на:

4.4.1. Невідкладну допомогу.

4.4.2. Амбулаторне лікування.

4.4.3. Стаціонарне лікування.

4.4.4. Стоматологічну допомогу.

4.4.5. Медико-транспортну допомогу (послуги), а саме:

4.4.5.1. Евакуацію Застрахованої особи з місця події до найближчого медичного закладу.

4.4.5.2. Перевезення Застрахованої особи до спеціалізованого медичного закладу, якщо цього вимагає стан її здоров'я.

4.4.5.3. Медичну репатріацію Застрахованої особи через кордон.

4.4.6. Репатріацію останків Застрахованої особи до місця її постійного проживання або витрати на її поховання на території країни (місця) тимчасового перебування у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання або нещасного випадку.

4.4.7. Позапланове повернення Застрахованої особи до країни (місця) постійного

проживання через розлад здоров'я.

4.4.8. Повернення неповнолітніх дітей, які подорожують разом із Застрахованою особою, до місця постійного проживання.

4.4.9. Проїзд та проживання в готелі одного з повнолітніх близьких родичів Застрахованої особи.

4.4.10. Проживання в готелі однієї особи, яка подорожує разом з Застрахованою особою, після закінчення строку дії договору страхування у разі стаціонарного лікування Застрахованої особи.

4.4.11. Дострокове повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання, за наявності обставин, передбачених договором страхування.

4.4.12. Допомогу (послуги) у разі відкладення авіарейсу.

4.4.13. Допомогу (послуги), пов'язані з багажем Застрахованої особи.

4.4.14. Юридичну допомогу Застрахованій особі.

4.4.15. Допомогу (послуги) з відновлення втрачених або викрадених документів Застрахованої особи.

4.4.16. Інформаційну допомогу (послуги).

4.4.17. Телефонні переговори.

4.4.18. Інші види допомоги (послуг), передбачені у договорі страхування, які будуть надаватися Застрахованій особі у зв'язку із настанням страхового випадку, передбаченого договором страхування, під час подорожі (поїздки) Застрахованої особи.

4.5. Детальний опис медико-санітарної допомоги та / або іншої допомоги (послуг) наведено в додатку 1 до цих Правил страхування.

4.6. За цими Правилами страхування може бути здійснене на випадок настання одного, декількох або всіх страхових ризиків, передбачених в п. 4.1 та 4.2 цих Правил.

4.7. За згодою сторін договір страхування може включати одну або декілька видів медико-санітарної допомоги та / або іншої допомоги (послуг), передбачених у п. 4.4 цих Правил.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страховик не відшкодує витрати, пов'язані з:

5.1.1. Лікуванням розладу здоров'я Застрахованої особи або її смертю внаслідок скоєння або спроби скоєння нею умисних правопорушень як за законом, що діє у країні перебування, так і за законом, що діє у країні постійного проживання.

5.1.2. Самолікуванням або іншим медичним втручанням, що здійснювалося самою Застрахованою особою або іншими особами, які не мають медичної освіти, відповідної кваліфікації та (або) ліцензії (без медичного призначення лікаря).

5.1.3. Навмисним заподіянням Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, самогубством, замахом на самогубство або їхніми наслідками.

5.1.4. Керуванням Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом на керування яким Застрахована особа не мала права.

5.1.5. Вживанням Застрахованою особою алкоголю, наркотичних або токсичних речовин. При цьому стан алкогольного сп'яніння визначається на основі норм вживання спиртних напоїв, чинних у країні перебування.

5.1.6. Лікування захворювання або травм, викликаних дією форс-мажорних обставинами, включаючи:

- участі Застрахованої особи у війні, вторгненні, терористичному акті, громадянській війні, революції, діях військової влади чи узурпаторських режимів, повстаннях, бунтах, народних заворушеннях, якщо Застрахована особа була співучасником дій, що згідно з чинним законодавством країни

перебування кваліфікуються як злочин проти громадського порядку та моральності, а також служби Застрахованої особи в будь-яких військових структурах або формуваннях;

- стихійні лиха і їхні наслідки, епідемії, карантин, несприятливі метеорологічні умови за умови, що територія де знаходиться Застрахована особа, офіційно визнана (має статус) компетентними державними органами зоною можливого стихійного лиха, територією карантину тощо, якщо таке оголошення було зроблено до набрання чинності договором страхування (початку дії страхового захисту за договором страхування).

5.1.7. Лікуванням захворювання чи травм, що виникли внаслідок дії іонізуючої радіації, радіоактивного забруднення будь-якого походження.

5.1.8. Невиконанням Застрахованою особою вимог країни (місця) тимчасового перебування щодо обов'язкових вакцинацій та (або) щеплень.

5.2. Страховик звільняється від виконання зобов'язань по договору страхування, якщо Застрахована особа:

5.2.1. Свідомо не виконує призначення лікаря, відмовляється від медичних приписів або порушує встановлений для неї режим.

5.2.2. Створює перешкоди лікувальному та/або діагностичному процесу.

5.2.3. Надає Страховику завідомо неправдиву інформацію щодо обставин настання страхового випадку та/або процесу лікування.

5.3. Страховик звільняється від виконання зобов'язань по договору страхування, якщо випадок пов'язаний з лікуванням та/або діагностикою:

5.3.1. Венеричних захворювань; захворювань, що передаються переважно статевим шляхом або будь-яких їх наслідків, СНІДу чи іншого подібного синдрому.

5.3.2. Психічних захворювань, пограничних станів та психологічних проблем.

5.3.3. Наркоманії, токсикоманії та алкоголізму.

5.4. Страхуванням не покриваються та не підлягають відшкодуванню Страховиком витрати на:

5.4.1. Медико-санітарну допомогу та іншу допомогу (послуги) у разі загострення захворювання, яке за попередні 6 (шість) місяців перед датою поїздки лікувалося або вимагало лікування. Винятками є випадки, коли загострення цієї хвороби пов'язане з гострою смертельною небезпекою для життя Застрахованої особи або може спричинити стійку втрату працездатності. При цьому обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком медичних витрат є підтвердження лікарем або Асистансом критичного стану Застрахованої особи.

5.4.2. Медико-санітарну допомогу, не призначену лікарем та/або не погоджені з Асистансом, та іншу допомогу (послуги), не погоджену з Асистансом та Страховиком.

5.4.3. Надання засобів та послуг додаткового комфорту, а саме: палати типу „люкс”, радіоприймача, кондиціонера, зволожувача повітря, телевізора, телефону, а також послуг перукаря, масажиста, косметолога, перекладача тощо.

5.4.4. На платне лікування у медичному закладі, а також будь-які витрати у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування.

5.4.5. Діагностичні маніпуляції (у т. ч. консультації та лабораторні дослідження) та лікувальні процедури, що не є обов'язковими, необхідними у разі настання нещасного випадку або захворювання, або не пов'язані з ними.

5.4.6. Медико-санітарну допомогу та іншу допомогу (послуги), не передбачені договором страхування (Програмою страхування).

5.4.7. На отримання медико-санітарної допомоги та / або іншої допомоги (послуг) у випадках, що сталися під час подорожі (поїздки), яка була протипоказана Застрахованій особі за станом здоров'я, або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном.

5.4.8. На усунення косметичних дефектів, реконструктивні та пластичні операції.

5.4.9. На стоматологічні послуги, крім екстреної допомоги у випадку гострого зубного болю або допомоги, необхідної для лікування наслідків нещасного випадку, якщо це передбачено умовами договору страхування.

5.4.10. На будь-яке протезування, в т.ч. протезування очей, забезпечення зубними протезами або штучними зубами (крім екстреної допомоги з метою запобігання ускладнень при прийнятті їжі).

5.4.11. На проведення профілактичних заходів, вакцинації, дезінфекцій будь-яких предметів, загальних медичних оглядів, лікарської експертизи, видачу медичних довідок і свідчень, допоміжні медичні засоби (окуляри, лінзи, слухові апарати, медичні термометри, милиці, інвалідні коляски, протези тощо).

5.4.12. На лікування на території країни (місця) постійного проживання Застрахованої особи та країни, громадянином якої є Застрахована особа.

5.4.13. На лікування на території країни (місця) тимчасового перебування після дати, коли на думку лікаря, призначеного Асистансом (Страховиком), медична репатріація є можливою за медичними показаннями або Застрахована особа сама чи у супроводі іншої особи може повернутися у країну (місце) постійного проживання, крім тих витрат, що були понесені з метою здійснення медичної репатріації Застрахованої особи.

5.4.14. На лікування, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну (місце) постійного проживання.

5.4.15. На проведення відновлювальної терапії, фізіотерапії, коригувальне або реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших курортних закладах.

5.4.16. На обстеження і лікування методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та іншими методами недоказової медицини.

5.4.17. На проведення абортів, крім випадків, коли це необхідно внаслідок настання нещасного випадку або захворювання, а також надання медичних послуг, пов'язаних з вагітністю, її ускладненнями та пологами, якщо інше не передбачено договором страхування.

5.4.18. На штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи з запобігання вагітності.

5.4.19. Медико-санітарну допомогу та іншу допомогу (послуги), якщо вони не погоджені із Асистансом (Страховиком) у порядку, визначеному цими Правилами та/або договором страхування.

5.4.20. Медичну репатріацію, якщо хвороба або тілесне ушкодження не є досить серйозними за медичними показаннями і лікування може бути здійснене за місцезнаходженням Застрахованої особи, та/або якщо розлад здоров'я не перешкоджає продовженню подорожі (поїздки).

5.4.21. На обстеження та консультації, якщо після цього не було призначено лікування.

5.5. Крім випадків, що потребують надання невідкладної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи, Страховик не відшкодовує медичні витрати на діагностику та лікування:

5.5.1. Онкологічних захворювань.

5.5.2. Вроджених, хронічних захворювань та хвороб, що почалися ще під час перебування в країні (місці) постійного проживання.

5.5.3. Лікуванням хвороб шкіри та підшкірної клітковини, включаючи, але не обмежуючись дерматитами, пов'язаними з дією сонячного випромінювання, алергічними контактними дерматитами).

5.6. Страховик не оплачує витрати:

5.6.1. Якщо страховий випадок стався внаслідок занять спортом, під час участі у змаганнях та тренуваннях, спортивного (активного) відпочинку, якщо договором

страхування не передбачене страхування під час занять спортом.

5.6.2. Якщо страховий випадок стався при виконанні роботи за наймом, якщо договором страхування не передбачене страхування під час виконання таких робіт.

5.6.3. Якщо страховий випадок стався під час або внаслідок перельоту, відмінного від польотів в якості білетного пасажира регулярних авіарейсів або зафрахтованого згідно з ліцензійним дозволом авіаційного транспортного засобу, керованого професійним пілотом.

5.7. Страховик не несе відповідальності за відшкодування моральної шкоди, заподіяної Застрахованій особі під час здійснення нею подорожі.

5.8. При укладанні договору страхування можуть передбачатись додатково інші особливі виключення із страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству та цим Правилам і зазначені у договорі страхування.

5.9. За згодою Сторін умови конкретного договору страхування можуть не передбачати деяких виключення із страхових випадків та обмеження страхування, зазначених у цьому розділі Правил.

6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ

6.1. Страхувальник зобов'язаний внести Страховику страховий платіж (страхову премію) в якості плати за страхування.

6.2. Страховий платіж визначається згідно зі страховим тарифом, розмір якого встановлюється у договорі страхування залежно від обраних Програм страхування, переліку медико-санітарної допомоги та іншої допомоги (послуг) у Програмах страхування, строку та місця дії договору страхування, віку та кількості Застрахованих осіб, інших чинників в залежності від конкретних умов страхування.

6.3. Страхові тарифи обчислюються страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків.

6.4. Базові страхові тарифи наведені в Додатку 2 до цих Правил.

6.5. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою Сторін.

6.6. Страховий платіж може бути сплачений готівкою в касу Страховика або безготівковим перерахуванням на поточний рахунок Страховика (його представника). Конкретні умови та строки сплати страхового платежу встановлюються у договорі страхування.

6.7. Страхувальники – резиденти згідно з укладеним договором страхування мають право вносити 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.

6.8. Зазначений в договорі страхування страховий платіж може сплачуватися за згодою Сторін одноразово або частинами згідно з умовами договору страхування.

6.9. Якщо договором страхування передбачена сплата страхового платежу частинами, Страховик при здійсненні страхової виплати внаслідок настання страхового випадку має право утримати частку страхової виплати у розмірі несплаченого страхового платежу в рахунок сплати несплачених Страхувальником частин страхового платежу за період дії договору страхування, якщо інше не передбачене договором страхування.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Строк дії договору страхування встановлюється за згодою Сторін і зазначається в договорі страхування.

7.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення страхового платежу або першої його частини, якщо інше не передбачено договором страхування.

7.3. Договором страхування може бути передбачено, що він набирає чинності з 00

год. 00 хв. дня, зазначеного в договорі страхування, як день початку дії договору страхування, але не раніше 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем надходження страхового платежу (першої його частини) на поточний рахунок або в касу Страховика.

7.4. Дія договору страхування закінчується о 24 год. 00 хв. дати, визначеної в договорі страхування як дата закінчення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

7.5. За згодою Сторін умовами договору страхування може бути передбачено використання періоду очікування та / або періоду відстрочки. Тривалість періоду очікування та / або періоду відстрочення (у днях) встановлюється у договорі страхування.

7.6. Договір страхування може бути укладено:

7.6.1. На строк перебування Застрахованої особи в конкретній подорожі (поїзді) – для осіб, яким потрібно здійснити одну подорож.

7.6.2. На один рік або інший строк, але не обмежуючись терміном однієї подорожі (поїздки) Застрахованої особи – для осіб, яким потрібно здійснити декілька подорожей протягом певного строку, зокрема, для власників мультівізи, власників банківських платіжних карток тощо. При цьому договором страхування може бути передбачено:

- максимальний загальний строк перебування Застрахованої особи в подорожі, протягом якого діє страховий захист за договором страхування;
- максимальний строк перебування Застрахованої особи в одній подорожі, протягом якого діє страховий захист за договором страхування.

При здійсненні кожної подорожі страховий захист за договором страхування діє протягом певного строку (певної кількості днів), зазначеного в договорі страхування. Після закінчення Застрахованою особою кожної подорожі визначений договором страхування загальний строк дії договору страхування та максимальний загальний строк перебування Застрахованої особи в подорожі, протягом якого діє страховий захист за договором страхування, зменшуються на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи в подорожі. Відповідальність Страховика за договором страхування припиняється з закінченням зазначеного в договорі страхування строку дії страхового захисту.

7.6.3. За іншим варіантом за згодою сторін.

7.7. Договором страхування може бути передбачено, що страховий захист за договором страхування починає діяти (залежно від умов договору страхування) з 00 годин 00 хвилин дати, зазначеної в договорі страхування як дата початку строку його дії, але на раніше:

- моменту проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю під час виїзду з країни проживання;
- моменту перетину кордону країни постійного проживання;
- з моменту посадки в транспортний засіб (приміський або міжміський автобус, електричку, потяг, літак), з метою розпочати заплановану подорож;
- з іншого моменту, зазначеного в договорі страхування.

7.8. Договором страхування може бути передбачено, що страховий захист за договором страхування припиняє діяти та договір страхування втрачає чинність (залежно від умов договору страхування), о 24 годині 00 хвилин дати, зазначеної в договорі страхування як дата припинення строку його дії, але не пізніше:

- моменту проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю під час в'їзду до країни постійного проживання;
- з моменту перетину кордону країни постійного проживання;
- з моменту висадки з транспортного засобу (приміського або міжміського автобусу, електрички, потягу, літака), з метою завершити здійснену подорож;
- з іншого моменту, зазначеного в договорі страхування.

7.9. Місце дії договору страхування визначається при укладанні договору страхування та вказується в ньому.

7.10. Місцем дії договору страхування може бути:

- 7.10.1. Територія будь-якої країни або декількох країн світу.
- 7.10.2. Територія всіх країн світу, крім України.
- 7.10.3. Територія України або міста, області тощо в межах території України.
- 7.10.4. Інший варіант за згодою Сторін.

7.11. Договором страхування може бути передбачено, що договір страхування:

- 7.11.1. Не діє в країні постійного проживання Застрахованої особи та (або) громадянином якої вона є;
- 7.11.2. На території країн, в яких ведуться військові дії.

8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, яка встановлена Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування.

8.2. Страховик вправі вимагати від Страхувальника надати будь-яку іншу додаткову інформацію, необхідну для оцінки страхового ризику та укладання договору страхування. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, в тому числі результати попереднього медичного обстеження Застрахованої особи.

8.3. Страхувальники можуть укласти договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством України. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

8.4. На підставі отриманих даних Страховик приймає рішення про укладання договору страхування. Договір страхування укладається шляхом його підписання Сторонами.

8.5. Договір страхування має бути оформлений у письмовій формі. Факт укладання договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

8.6. У випадку страхування групи осіб, договір страхування (поліс, сертифікат) може бути виданий як на кожного члена групи, так і на всю групу. В останньому випадку до договору страхування додається список Застрахованих осіб, із зазначенням розміру страхової суми, страхового тарифу та страхового платежу для кожної Застрахованої особи. Форму списку Застрахованих осіб визначає Страховик. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною договору страхування і підписується Сторонами договору.

8.7. Застрахованій особі забороняється передавати договір страхування (поліс, сертифікат) іншим особам з метою отримання ними медико-санітарної допомоги та/або іншої допомоги (послуг), передбачених договором страхування.

8.8. У випадку втрати оригіналу договору страхування в період його дії Страховик видає Страхувальнику дублікат. Після видачі дубліката втрачений примірник договору страхування вважається недійсним.

9. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЗМІНА СТУПЕНЯ РИЗИКУ

9.1. Зміни умов договору страхування в період його дії (зміни страхової суми, зміни у Переліку Застрахованих осіб тощо) за згодою Сторін вносяться шляхом укладання додаткової угоди до договору страхування або переукладання договору страхування.

9.2. Додаткова угода є невід'ємною частиною договору страхування і складається у кількості примірників договору страхування.

9.3. Протягом строку дії договору страхування Страхувальник зобов'язаний негайно, протягом 5 (п'яти) робочих днів, як тільки це стане йому відомо, якщо інший строк не

передбачено договором страхування, письмово повідомити Страховика про всі зміни страхового ризику.

9.4. Зміною страхового ризику вважається будь-яка зміна даних або/та обставин, які надані Страхувальником в заяві на страхування та/або зазначені у договорі страхування.

9.5. У разі надходження такої заяви Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів, якщо інший строк не передбачено договором страхування, оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до умов договору страхування, про дострокове припинення його дії (в т.ч. щодо конкретної Застрахованої особи) або про продовження дії договору страхування на попередніх умовах.

9.6. У разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення змін до умов договору страхування Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховикові додатковий страховий платіж.

9.7. У разі відмови Страхувальника внести зміни до умов договору страхування та/або сплатити додатковий страховий платіж Страховик має право достроково припинити дію договору страхування на підставі невиконання Страхувальником умов договору страхування відповідно до умов цих Правил страхування та договору страхування.

9.8. Якщо ступінь страхового ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то при настанні страхового випадку Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати за страховим випадком, що стався внаслідок такого змінення ступеня страхового ризику.

10. ПРАВА І ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН

10.1. Страхувальник має право:

10.1.1. Укласти зі Страховиком договір страхування про страхування майнових інтересів, пов'язаних з власним життям та здоров'ям та договори страхування майнових інтересів, пов'язаних з життям та здоров'ям третіх осіб (Застрахованих осіб) за їхньою згодою.

10.1.2. Перевіряти виконання Страховиком умов договору страхування.

10.1.3. На отримання суми страхової виплати при настанні страхового випадку на умовах цих Правил страхування та/або договору страхування.

10.1.4. При настанні страхового випадку вимагати від Страховика оплати наданої Застрахованій особі медико-санітарної допомоги та іншої допомоги (послуг) певного переліку і якості в обсязі Програм страхування, передбачених договором страхування.

10.1.5. Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов договору страхування, дострокове припинення дії договору страхування на умовах, передбачених цими Правилами та договором страхування.

10.1.6. У випадку втрати договору страхування у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката.

10.1.7. При укладенні договору страхування за згодою Застрахованої особи призначити Вигодонабувачів, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо це передбачено умовами договору страхування.

10.1.8. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у страховій виплаті або її розмір.

10.1.9. На проведення незалежної експертизи (розслідування) за власний рахунок в разі незгоди з висновком експертизи, комісії з розслідування страхового випадку.

10.2. Страхувальник зобов'язаний:

10.2.1. Вносити страхові платежі в розмірі та в строки, передбачені договором страхування.

10.2.2. При укладанні договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і далі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

10.2.3. При укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета договору страхування.

10.2.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення розміру шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку

10.2.5. Повідомити Страховика або Асистанс про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені договором страхування, і діяти відповідно до Розділу 11 цих Правил, якщо інше не передбачене договором страхування.

10.2.6. Проінформувати Застраховану особу про умови договору страхування, а також про дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку.

10.2.7. Повернути протягом 30 (тридцяти) календарних днів (якщо інший строк не передбачений договором страхування) Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо протягом строків позовної давності з дати настання страхового випадку виявиться така обставина, що за законом або за договором страхування повністю або частково позбавляє Застраховану особу (Вигодонабувача) права на отримання страхової виплати.

10.2.8. В межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованих осіб та провадити усі можливі заходи, направлені на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

10.2.9. Виконувати умови договору страхування та цих Правил.

10.3. Застрахована особа має право:

10.3.1. У разі настання страхового випадку, отримувати медико-санітарну допомогу або іншу допомогу (послуги), передбачені Правилами та/або договором страхування, в обсязі Програм страхування та в межах страхової суми (лімітів відповідальності), які передбачені договором страхування.

10.3.2. Повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі.

10.3.3. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права Застрахованої особи.

10.4. Застрахована особа зобов'язана:

10.4.1. Турбуватися про збереження договору страхування і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медико-санітарної допомоги та іншої допомоги (послуг).

10.4.2. У разі втрати страхових документів негайно сповістити про це Страховика.

10.4.3. Достовірно інформувати медичний заклад та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику.

10.4.4. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені договором страхування.

10.4.5. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи.

10.5. Страховик має право:

10.5.1. При укладанні договору страхування вимагати результатів медичного обстеження Застрахованої особи, та за їх результатами приймати рішення щодо прийняття Застрахованої особи на страхування.

10.5.2. Перевіряти достовірність повідомлених Страхувальником при укладанні договору страхування відомостей, перевіряти іншу надану Страхувальником інформацію, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеня ризику.

10.5.3. У випадку підвищення ступеня ризику щодо предмету договору страхування запропонувати Страхувальнику внести зміни в договір страхування, включаючи сплату додаткового страхового платежу або припинити дію договору страхування після відмови Страхувальника на умовах, передбачених цими Правилами та договором страхування.

10.5.4. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку: вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин страхового

випадку або розміру страхової виплати включаючи інформацію, що є комерційною таємницею.

10.5.5.Робити запити про відомості, пов'язані з настанням події, що за умовами договору страхування може бути визнана страховим випадком, до компетентних органів, підприємств, установ і організацій, що можуть володіти інформацією про обставини настання події, з питань, пов'язаних із розслідуванням причин, обставин настання страхового випадку і визначенням розміру заподіяної шкоди.

10.5.6.Отримати дозвіл від Застрахованої особи на отримання інформації від компетентних органів, підприємств, установ і організацій, пов'язаної з її здоров'ям.

10.5.7.Відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо для цього виникнуть підстави, передбачені договором страхування, Правилами страхування та/або чинним законодавством України.

10.5.8.Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов договору страхування, дострокове припинення дії договору страхування з письмовим повідомленням Страхувальника про причини прийняття такого рішення.

10.6.Страховик зобов'язаний:

10.6.1.Ознайомити Страхувальника з умовами та правилами страхування.

10.6.2.Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

10.6.3.При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату згідно з умовами та у строк, передбачені договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України на день прострочення платежу.

10.6.4.Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення розміру шкоди, якщо це передбачено умовами договору страхування.

10.6.5.За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним договір страхування.

10.6.6.Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

10.6.7.Виконувати умови договору страхування та цих Правил.

10.7.Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Сторін, які не суперечать умовам чинного законодавства України.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1.У разі настання події, передбаченої п. 4.1 – 4.2 Правил страхування та/або договором страхування, і може бути визнана страховим випадком, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний:

11.1.1.Негайно, але в будь-якому разі не пізніше 24 годин (якщо інший строк не передбачений договором страхування) звернутися до Асистансу або Страховика за вказаним у договорі страхування телефоном та отримати інформацію щодо подальших дій.

Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається Асистансу або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги (якщо інший строк не передбачений договором страхування). Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

Перевищення зазначеного строку щодо повідомлення Страховика про настання події, яку може бути визнано страховим випадком і є припустимим у випадку, коли Страхувальник (Застрахована особа) не мав можливості повідомити Страховика з об'єктивних причин (був непритомний, знаходився у стані амнезії тощо), що повинно бути підтверджено відповідним документом медичного закладу.

11.1.2. Повідомити Асистансу:

- а) назву Страхової компанії та номер договору страхування;
- б) прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- в) розмір страхової суми та Програму страхування;
- г) опис того, що трапилось, та характер необхідної допомоги;
- д) точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон.

11.1.3. Після звернення до Асистансу (Страховика) виконувати надані рекомендації щодо своїх подальших дій.

11.1.4. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

11.1.5. Проходити лікування, як призначено лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу в якому Застрахованій особі надається медико-санітарна допомога (послуги).

11.1.6. Достовірно інформувати лікаря та персонал медичної установи і Страховика про стан свого здоров'я та наявні ризики його погіршення;

11.1.7. Звільнити третіх осіб від обов'язків щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, на вимогу Страховика надати таким третім особам необхідні повноваження для надання Страховикові будь-якої інформації, пов'язаної з подією, що сталася, від третіх осіб (лікарів, медичних закладів, інших підприємств, організацій, установ, які надавали допомогу та (або) послуги Застрахованій особі або мають інформацію про подію, що сталася).

11.1.8. Передати представнику Асистансу (Страховику) невикористані квитки (авіа-, залізничні тощо) в період їх чинності, а у разі неможливості це зробити за станом здоров'я – при першій нагоді.

11.1.9. Якщо Застрахована особа за погодженням із Асистансом (Страховиком) самостійно оплатила медико-санітарну допомогу та / або іншу допомогу (послуги), в т.ч. придбала медикаменти та (або) витратні медичні матеріали, вона повинна протягом 10 (десяти) календарних днів з дня повернення з подорожі, якщо інший строк не передбачений договором страхування, надати Страховику документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку відповідно до Розділу 12 цих Правил страхування.

11.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника (Застрахованої особи) в разі настання страхового випадку.

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

12.1. Страховик сплачує (в межах страхової суми та лімітів відповідальності, передбачених договором страхування) вартість наданої медико-санітарної допомоги та / або іншої допомоги (послуг) на підставі рахунків, наданих Страховику через Асистанс або безпосередньо медичними закладами, іншими підприємствами, організаціями, установами, які надавали за погодженням Страховика Застрахованій особі допомогу (послуги).

12.2. Якщо Застрахована особа за узгодженням з Асистансом або Страховиком сама сплатила вартість наданих медико-санітарної допомоги та/або іншої допомоги (послуг), в т.ч. придбала медикаменти, витратні медичні матеріали тощо за виписаними довіреним лікарем Страховика або Асистансу рецептами, їй повертається витрачена сума на підставі наданих документів.

12.3. Документами, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат, у випадку надання медико-санітарної допомоги та / або іншої допомоги (послуг) Застрахованій особі внаслідок настання страхового випадку, можуть бути:

12.3.1. Довідка медичного закладу про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря.

12.3.2. Документи Асистансу щодо вартості здійснених медичних та інших витрат.

12.3.3. Оригінали деталізованих рахунків щодо наданої медичної та іншої допомоги та (або) послуг.

12.3.4. Рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем або медичного закладу.

12.3.5. Квитанції (чеки) про оплату наданої медико-санітарної допомоги та / або іншої допомоги (послуг), в т.ч. придбаних медикаментів та/або витратних медичних матеріалів.

12.3.6. Оригінали телефонних рахунків, що підтверджують факт звернення до абонентів, зазначених в договорі страхування, та вартість проведених переговорів.

12.3.7. Копія закордонного паспорту Застрахованої особи.

12.3.8. Оригінали проїзних документів.

12.3.9. Письмову заяву про страхову виплату;

12.3.10. Договір страхування (страховий поліс, сертифікат, свідоцтво) або його дублікат, що належить Страхувальникові;

12.3.11. Документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати одержувача страхової виплати (паспорт або інший документ, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою, копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера);

12.3.12. Документи, що підтверджують здійснені Страхувальником витрати щодо запобігання та зменшення розміру шкоди та інші витрати, якщо відшкодування таких передбачено договором страхування.

12.3.13. Інші документи або відомості на запит Страховика, враховуючи особливості конкретного страхового випадку, що необхідні для з'ясування обставин та причин страхового випадку, визначення розміру виплати.

12.4. Якщо документи складені іноземною мовою, Страхувальник (Застрахована особа) на вимогу Страховика повинен надати офіційний переклад українською мовою.

12.5. Документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надаються Страховикові у формі оригіналів, нотаріально завірених копій, простих копій за умови надання Страховикові можливості звірення копій цих документів з їхніми оригіналами.

12.6. Документи, які подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.

12.7. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані в неповному обсязі та (або) в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), рішення про здійснення виплати або відмову її здійснити приймається після отримання документів, оформлених у належній формі та наданих у необхідному обсязі. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє одержувача страхової виплати в письмовій формі протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання таких документів, якщо інший строк не передбачений договором страхування.

12.8. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку Страховик може зменшити або збільшити перелік документів, передбачених п. 12.3. цих Правил та/або договором страхування.

13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

13.1. Після отримання повідомлення і відповідних документів про страховий випадок

Страховик зобов'язаний:

- а) з'ясувати обставини страхового випадку, скласти страховий акт та визначити розмір збитку;
- б) зробити розрахунок суми страхової виплати;
- в) здійснити страхову виплату в термін, установлений цими Правилами та договором страхування.

13.2. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхову суму, встановлену для цієї Застрахованої особи у договорі страхування.

13.3. Якщо у договорі страхування передбачені ліміти відповідальності по окремій Програмі страхування, по окремих видах медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг), передбачені Правилами та/або договором страхування, по одному страховому випадку тощо, то Страховик здійснює страхову виплату в межах цих встановлених лімітів відповідальності.

13.4. Після здійснення Страховиком страхової виплати за страховим випадком ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика для конкретної Застрахованої особи зменшується на суму здійсненої страхової виплати.

13.5. Страхова виплата визначається виходячи з вартості фактично наданої Застрахованій особі медико-санітарної допомоги та/або іншої допомоги (послуг) в межах встановленої договором страхування страхової суми (лімітів відповідальності Страховика) з урахуванням франшизи та інших умов договору страхування.

13.6. Страхова виплата здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, визначають вартість фактично наданої медико-санітарної допомоги та/або іншої допомоги (послуг), інших документів, передбачених договором страхування, шляхом:

13.6.1. Перерахуванням грошових коштів на банківський рахунок Асистансу – у разі, якщо допомога (послуги) надавались Застрахованій особі за допомогою Асистансу.

13.6.2. Перерахуванням грошових коштів на банківський рахунок медичного закладу або іншого підприємства, організації, установі, які надали за погодженням Страховика Застрахованій особі медико-санітарну допомогу або іншу допомогу (послуги).

13.6.3. Виплати Страхувальнику або Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи у разі її смерті) – у разі, якщо Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатила вартість наданої медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг).

13.7. Якщо договором страхування передбачена безумовна франшиза, Застрахована особа (Страхувальник) повинна самостійно оплатити цю суму медичному закладу, лікарю або третій особі при наданні Застрахованій особі медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг), якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

13.8. Якщо інше не передбачене договором страхування, страхова виплата Страхувальникові (Застрахованій особі) здійснюється за офіційним обмінним курсом НБУ, встановленим на дату настання страхового випадку. У цьому ж порядку визначається розмір франшизи, встановленої договором страхування.

13.9. Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг), застраховані у кількох страховиків, то у разі настання страхового випадку страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати дійсних витрат. При цьому Страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування, якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

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

14.1. Страхова виплата здійснюється після того, як повністю будуть встановлені

обставини, причини і розмір шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку.

14.2. Здійснення страхових виплат проводиться Страховиком згідно з договором страхування на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи, іншої особи, яка має право на отримання страхової виплати) і страхового акта, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

14.3. З метою прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа, інша особи, яка має право на отримання страхової виплати) повинен надати Страховикові документи, передбачені розділом 12 Правил страхування та/або договором страхування.

14.4. Страховик з метою прийняття рішення про здійснення виплати або відмову у здійсненні страхової виплати робить запити про відомості, пов'язані з настанням страхового випадку, до компетентних органів, підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку:

14.4.1. Якщо у Страховика виникли обґрунтовані сумніви щодо достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою, іншою особою, яка має право на отримання страхової виплати) відомостей і документів, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а також розмір заподіяної шкоди.

14.4.2. Якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди. У такому разі з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку і розміру шкоди Страховик має право призначити розслідування або експертизу, яку проводить експерт незалежної експертної організації.

14.5. Якщо інше не передбачене договором страхування, протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком від Страхувальника (Застрахованої особи, іншої особи, яка має право на отримання страхової виплати) документів, передбачених розділом 12 Правил страхування та/або договором страхування, та відповідей на запити Страховика до підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку (зазначений строк рахується від дня одержання Страховиком останнього документа від Страхувальника (Застрахованої особи, іншої особи, яка має право на отримання страхової виплати), або відповіді підприємств, установ та організацій на запит), які необхідні для підтвердження факту, причин, обставин і наслідків настання страхового випадку та визначення розміру шкоди, Страховик:

14.5.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акта і протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня складення страхового акта, якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування, здійснює страхову виплату.

14.5.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу, іншу особу, яка має право на отримання страхової виплати) про прийняття рішення про відмову з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування.

14.6. Якщо відносно Страхувальника (Застрахованої особи, іншої особи, яка має право на отримання страхової виплати) за цим страховим випадком порушена кримінальна справа, рішення про здійснення виплати або відмову у здійсненні страхової виплати приймається після закінчення провадження у справі.

14.7. Страхувальник (Застрахована особа, інша особа, яка має право на отримання страхової виплати) зобов'язаний повернути протягом 30 (тридцяти) календарних днів (якщо інший строк не передбачений договором страхування) Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо протягом строків позовної давності з дати настання страхового випадку виявиться така обставина, що за законом або за договором страхування повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу) права на отримання страхової виплати.

15. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

15.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

15.1.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

15.1.2. Вчинення Страхувальником – громадянином або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

15.1.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку, приховування таких відомостей.

15.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру виплат.

15.1.5. Шахрайство або інші дії Страхувальника, направлені на отримання незаконної вигоди від страхування.

15.1.6. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником Страховика про підвищення ступеню ризику.

15.1.7. Інші випадки, передбачені законом.

15.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

16.1. Дія договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

16.1.1. Закінчення строку дії договору страхування.

16.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

16.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому дія договору страхування вважається достроково припиненою, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальникові, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

16.1.4. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування».

16.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України.

16.1.6. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

16.1.7. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування».

16.1.8. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

16.2. Дія договору страхування також може бути припинена на вимогу Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.

16.3. 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 передбачене умовами договору страхування та чинним законодавством України.

16.4. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення договору страхування, якщо інше ним не передбачене.

16.5. У разі дострокового припинення дії договору страхування на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

16.6. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

16.7. У разі дострокового припинення дії договору страхування на вимогу Страховика Страхувальникові повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

16.8. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних страхових виплат, здійснених за договором страхування.

16.9. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування здійснюється після врегулювання всіх заяв про здійснення страхової виплати, поданих Застрахованою особою (іншою особою, яка має право на отримання страхової виплати): здійснення страхових виплат або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову у здійсненні страхової виплати.

16.10. У випадку дострокового припинення дії договору страхування повернення страхового платежу не може бути здійснено в іншій формі, ніж та, в якій був сплачений платіж (безготівковий або готівковий розрахунок).

17. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

17.1. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.

17.2. Договір страхування визнається недійсним і не підлягає виконанню також у разі, якщо його укладено після страхового випадку.

17.3. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

18.1. Спори, що виникають із договору страхування, укладеного на підставі цих Правил, вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди, у судову порядку відповідно до чинного законодавства України.

18.2. Якщо інше не передбачене договором страхування, при виникненні розбіжностей між Страхувальником і Страховиком щодо факту, обставин та причин настання страхового випадку і розміру зазаної шкоди внаслідок настання страхового випадку, Сторони договору страхування можуть домовитися про те, що розмір шкоди буде визначений на підставі акта (висновку) експертизи, проведеного суб'єктом оціночної діяльності, який має право на проведення відповідного дослідження. Експертиза може проводитися за ініціативою будь-якої зі Сторін. Сторона, за ініціативи якої проводиться експертиза, оплачує витрати на її проведення, якщо інше не обумовлене договором

страхування.

19. ДОДАТКОВІ УМОВИ

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

БАЗОВІ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ.

1. Якщо інше не передбачено умовами договору страхування Програма А включає відшкодування Страховиком витрат на такі види медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг):

1.1. **Невідкладна допомога.** Цей вид медико-санітарної допомоги передбачає, якщо інше не зазначено в договорі страхування, надання невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі за медичними показниками, та включає:

- а) виїзд бригади невідкладної медичної допомоги (в т.ч. спеціалізованої);
- б) експрес-діагностику, первинний огляд хворого, встановлення попереднього діагнозу;
- в) надання екстреної допомоги по життєвих показниках;
- г) забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- ґ) транспортування каретою невідкладної медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.
- е) іншу медико-санітарна допомогу (послуги), передбачену договором страхування.

1.2. **Амбулаторне лікування.** Цей вид медико-санітарної допомоги передбачає, якщо інше не зазначено в договорі страхування, екстрене консервативне та оперативне лікування у лікаря, в умовах амбулаторій (поліклінік), та включає:

- а) консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в т. ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації.
- б) проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики.
- в) проведення лікувальних процедур та маніпуляцій.
- г) забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами, якщо це передбачене умовами договору страхування.
- ґ) іншу медико-санітарна допомогу (послуги), передбачену договором страхування.

1.3. **Стаціонарне лікування.** Цей вид медико-санітарної допомоги передбачає, якщо інше не зазначено в договорі страхування, екстрене лікування (в т. ч. перебування та харчування) у палаті стандартного типу в умовах стаціонару за наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування до моменту, коли стан Застрахованої особи за рішенням лікаря дозволить евакуювати її до країни (місця) постійного проживання, та включає:

- а) огляд, консультації та інші професійні послуги лікарів та спеціалістів;
- б) проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- в) консервативне та оперативне лікування, в т.ч. реанімаційні заходи, анестезіологічне забезпечення (наркоз);
- г) забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- ґ) перебування у відділенні інтенсивної терапії; використання операційного блоку

та післяопераційної палати;

- д) лікувальні маніпуляції (перев'язки, туалет ран, тощо);
- є) іншу медико-санітарна допомогу (послуги), передбачену договором страхування.

1.4. **Стоматологічна допомога.** Цей вид медико-санітарної допомоги передбачає, якщо інше не зазначено в договорі страхування, терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини (за виключенням: проведення косметичних процедур, протезування, ортодонтичних операцій), включаючи:

- а) огляд, консультації лікаря-стоматолога;
- б) діагностичні обстеження;
- в) знеболювання;
- г) медикаментозне забезпечення;
- г) встановлення тимчасових пломб;
- д) видалення зубів;
- е) ремонт зубних протезів, пов'язаним з усуненням ускладнень, що виникають при прийнятті їжі;
- є) іншу медико-санітарна допомогу (послуги), передбачену договором страхування.

1.5. **Медико-транспортна допомога (послуги).** Цей вид допомоги (послуг) передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, надання медико-транспортної допомоги (послуг) Застрахованій особі, а саме:

1.5.1. Евакуацію з місця події до найближчого медичного закладу.

1.5.2. Перевезення Застрахованої особи до спеціалізованого медичного закладу, якщо цього вимагає стан її здоров'я.

1.5.3. Медичну репатріацію Застрахованої особи до країни постійного проживання замість лікування за кордоном за умови, що стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє її транспортування та згідно з рішенням лікаря Асистансу існує необхідність проведення подальшого стаціонарного лікування Застрахованої особи) та (або) якщо витрати на перебування в стаціонарі можуть перевищити встановлену у договорі страхування відповідну страхову суму (ліміт відповідальності). Медична репатріація проводиться тільки за умови відсутності медичних протипоказань. Рішення про необхідність і можливість транспортування Застрахованої особи, а також про вибір засобу її здійснення, маршруту та кінцевого пункту доправлення приймає медичний заклад та лікар Застрахованої особи разом із Асистансом з урахуванням медичних показань.

У разі необхідності надання медико-транспортної допомоги (послуг), залежно від стану здоров'я Застрахованої особи її транспортування організовується відповідним транспортним засобом, включаючи медичний супровід (якщо такий супровід необхідний за рекомендацією лікаря):

- машиною „швидкої допомоги”;
- таксі або орендованим автомобілем;
- поїздом (в купе першого класу, в плацкартному чи спальному вагоні);
- рейсовим літаком (в т. ч. на спеціально обладнаному місці);
- літаком санітарної авіації тощо.

1.6. **Репатріація останків Застрахованої особи.** Цей вид допомоги (послуг) передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, посмертну репатріацію останків Застрахованої особи у разі її смерті внаслідок захворювання або нещасного випадку, а саме:

- відшкодування витрат, погоджених Страховиком (Асистансом) на посмертну репатріацію тіла до країни (місця) постійного проживання Застрахованої особи, або

- відшкодування витрат на поховання (кремацію) останків Застрахованої особи на території країни (місця) тимчасового перебування у разі відсутності родичів у Застрахованої особи або за їхньої згоди.

Кінцевий пункт маршруту репатріації визначається за згодою Страховика та Страхувальника (родичів у Застрахованої особи).

При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги на території країни постійного проживання Застрахованої особи, якщо інше не передбачене договором страхування.

Для організації репатріації родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховикові належним чином оформлені документи, що підтверджують їхній родинний зв'язок із Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло померлого після перевезення труни на митну територію України або на територію, погоджену зі Страховиком.

1.7. **Телефонні переговори**, що передбачає відшкодування витрат на телефонні переговори, здійснені Застрахованою особою з Асистансом з метою отримання або погодження отримання послуг, передбачених договором страхування.

2. Якщо інше не передбачено умовами договору страхування Програма В включає відшкодування Страховиком витрат, передбачених для Програми А, а також на такі види медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг):

2.1. **Позапланове повернення Застрахованої особи до країни (місця) постійного проживання через розлад здоров'я.** Цей вид допомоги (послуг) передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, організацію та оплату вартості проїзду Застрахованої особи до країни (місця) постійного проживання в один кінець, в т.ч. витрат на проїзд до транспортного вузла (аеропорту, вокзалу) у країні тимчасового перебування, у якого є пряме міжнародне сполучення з населеним пунктом у країні постійного проживання Застрахованої особи.

Зазначені послуги надаються у випадку, якщо від'їзд Застрахованої особи не відбувся вчасно, тобто в день, зазначений у проїзних документах, що перебувають на руках у Застрахованої особи, через розлад здоров'я внаслідок непередбаченого гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку, що потягнуло за собою необхідність перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні.

Застрахована особа зобов'язана вжити всіх залежних від неї заходів для повернення (здавання) невикористаних проїзних документів та відшкодування їхньої вартості. За недотримання цієї умови Страховик має право зменшити страхову виплату на вартість невикористаних проїзних документів.

Якщо інше не передбачене договором страхування, Страховик відшкодовує зазначені витрати на транспортування, здійснене:

- автобусом, залізничним або морським транспортом – другим класом;
- літаком – економічним класом;
- орендованим автомобілем – у розмірі витрат на його оренду.

2.2. **Повернення неповнолітніх дітей, які подорожують разом із Застрахованою особою, до місця постійного проживання.** Цей вид допомоги (послуг) передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, організацію та оплату вартості проїзду неповнолітніх дітей, які подорожують разом з Застрахованою особою, до місця їхнього постійного проживання та за необхідності їх супроводження третьою особою, якщо Застрахована особа неспроможна це зробити через розлад здоров'я або смерть

Застрахованій особі внаслідок непередбаченого гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку.

Страховик відшкодовує вартість проїзду дітей, які не досягли 14-річного віку (якщо інший вік не передбачений договором страхування), до місяця їхнього постійного проживання тільки у разі, якщо жодна із подорожуючих разом з ними осіб віком понад 18 років не в змозі про них піклуватися внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку або смерті.

Для отримання послуг, передбачених договором страхування Застрахована особа зобов'язана передати квитки дітей, які перебувають разом з нею, на зворотний проїзд представникові Асистансу або Страховикові (його представникові).

Якщо інше не передбачене договором страхування, Страховик відшкодовує зазначені витрати на транспортування, здійснене:

- автобусом, залізничним або морським транспортом – другим класом;
- літаком – економічним класом;
- орендованим автомобілем – у розмірі витрат на його оренду.

2.3. Інформаційна допомога (послуги). Цей вид допомоги (послуг) передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування:

2.3.1. Передавання термінових повідомлень протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин.

2.3.2. Надання консультативних послуг Застрахованій особі щодо продовження її візи у країні перебування в разі настання подій, передбачених договором страхування.

2.3.3. Надання юридичної інформації.

2.3.4. Бронювання, придбання, переоформлення квитків на рейсовий транспорт.

2.3.5. Бронювання місць в готелі.

2.3.6. Інформаційно-довідкові послуги.

2.3.7. Оформлення оренди засобів автотранспорту.

2.3.8. Надання послуг кваліфікованого перекладача.

2.3.9. Інші інформаційні послуги за згодою сторін.

Послуги з бронювання квитків, готелю, оренди автомобілю тощо надаються Асистансом за умови оплати зазначених послуг Застрахованою особою.

3. Якщо інше не передбачено умовами договору страхування Програма С включає відшкодування Страховиком витрат, передбачених для Програми В, а також на такі види медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг):

3.1. Проїзд та проживання в готелі одного з повнолітніх близьких родичів Застрахованої особи. Цей вид допомоги (послуг) передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, організацію та оплату вартості проїзду в обидва боки (з місця постійного проживання та назад) і вартості проживання в готелі одного близького родича Застрахованої особи, якщо строк стаціонарного лікування Застрахованої особи внаслідок розладу здоров'я перевищує 5 (п'яти) календарних днів, медична репатріація Застрахованої особи до країни постійного проживання є неможливою за медичними показниками та за умови, що поруч з Застрахованою особою не має особи старше 18 років, яка подорожує разом з нею.

Вид транспорту і маршрут проїзду, а також готель для проживання, кількість оплачуваних днів проживання та інші умови відвідування Застрахованої особи близьким родичем визначаються в договорі страхування.

При цьому інші витрати на відвідування Застрахованої особи близьким родичем Страховиком не відшкодовуються, якщо інше не передбачене договором страхування.

Якщо інше не передбачене договором страхування, Страховик відшкодовує зазначені витрати на транспортування, здійснене:

- автобусом, залізничним або морським транспортом – другим класом;
- літаком – економічним класом;
- орендованим автомобілем – у розмірі витрат на його оренду.

3.2. Проживання в готелі однієї особи, яка подорожує разом з Застрахованою особою. Цей вид допомоги (послуг) передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, організацію та оплату вартості проживання в готелі однієї повнолітньої особи, яка подорожує разом із Застрахованою особою, після закінчення строку дії договору страхування у разі стаціонарного лікування Застрахованої особи, якщо медична репатріація Застрахованої особи до країни постійного проживання є неможливою за медичними показниками.

Готель для проживання, кількість оплачуваних днів проживання та інші умови визначаються в договорі страхування.

При цьому інші витрати особи, яка подорожує разом з Застрахованою особою, Страховиком не відшкодовуються, якщо інше не передбачене договором страхування.

3.3. Дострокове повернення Застрахованої особи до країни (місця) постійного проживання. Цей вид допомоги (послуг) передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, організацію та оплату вартості проїзду Застрахованої особи у разі дострокового (позапланового) повернення Застрахованої особи до країни (місця) постійного проживання, якщо один з близьких родичів останньої помер, перебуває у стані, небезпечному для життя (за наявності документів, що підтверджують факт цієї події та родинний зв'язок із Застрахованою особою) або за наявності інших обставин, передбачених договором страхування.

Для отримання послуг, передбачених договором страхування Застрахована особа зобов'язана передати свої квитки на зворотний проїзд представникові Асистиансу або Страховикові (його представникові).

Страховик не відшкодовує витрати на дострокове повернення до країни (місця) постійного проживання у разі, якщо смерть близького родича Застрахованої особи сталася до початку подорожі (поїздки) Застрахованої особи або є наслідком захворювання або нещасного випадку, про яке Застрахованій особі було відомо до початку її подорожі (поїздки).

Якщо інше не передбачене договором страхування, Страховик відшкодовує зазначені витрати на транспортування, здійснене:

- автобусом, залізничним або морським транспортом – другим класом;
- літаком – економічним класом;
- орендованим автомобілем – у розмірі витрат на його оренду.

3.4. Допомога (послуги) у разі відкладення авіарейсу. Цей вид допомоги (послуг) передбачає, якщо інше не передбачено договором страхування, організацію та оплату вартості проживання Застрахованої особи в готелі, харчування, а також альтернативного транспорту в розмірі, передбаченому договором страхування, у разі відкладення відправлення літака на 6 (шість) та більше години через страйк, з технічних причин, через несприятливі погодно-кліматичні умови або поломку літака, а також якщо рейс було відмінено і Застрахованій особі не було запропоновано альтернативний транспортний засіб впродовж цього часу, якщо інше не передбачене договором страхування. Страховик відшкодовує зазначені витрати на підставі оригіналів документів, що їх підтверджують.

Страховик не відшкодовує витрати на послуги у випадку відкладення або відміни авіарейсу, якщо:

а) Застрахована особа не пройшла реєстрацію на рейс, крім випадків, коли не було можливості пройти реєстрацію через страйки або з технічних причин.

б) затримка рейсу стала наслідком страйку або виникла з технічних причин, про які Застрахованій особі було повідомлено до реєстрації.

в) Застрахована особа відмовилася від польоту до вильоту літака свого рейсу.

3.5. Допомога (послуги), пов'язані з багажем Застрахованої особи. Цей вид допомоги (послуг) передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування:

3.5.1. Оплату вартості предметів першої необхідності в розмірі, передбаченому договором страхування, у разі затримки або недоставки Застрахованій особі багажу, що перевозився повітряним транспортом, зареєстрованого відповідно до митних правил, впродовж 6 (шести) та більше годин після її прибуття в аеропорт (крім прибуття в країну (місце) постійного проживання). Страховик відшкодовує зазначені витрати на підставі оригіналів документів, що їх підтверджують.

3.5.2. Оплату вартості предметів першої необхідності в розмірі, передбаченому договором страхування (з вирахуванням сум, що виплачують авіаперевізник та інші Страховики, і сум, витрачених на відшкодування збитку від затримки доставки), у випадку, якщо багаж, що перевозиться повітряним транспортом і зареєстрований відповідно до митних правил, втрачено, пошкоджено або знищено в період, коли авіаперевізник відповідає за збереження багажу.

3.5.3. Організацію пересилання багажу за іншою адресою у разі госпіталізації або медичної репатріації Застрахованої особи або смерті Застрахованої особи.

3.5.4. Надання Асистансом консультативної допомоги в поверненні Застрахованій особі багажу, загубленого під час використання рейсового авіатранспорту.

Страховик не відшкодовує витрати на послуги у випадку затримки доставки багажу, якщо:

а) Застрахована особа не повідомила уповноваженому представникові авіалінії про затримку доставки багажу або його втрату;

б) затримка багажу Застрахованої особи викликана митним доглядом;

в) витрати на купівлю предметів першої необхідності були здійснені Застрахованою особою після доставки її багажу перевізником;

г) втрата багажу, його пошкодження або знищення сталися внаслідок конфіскації та/або знищення багажу митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;

г) пошкодження (псування) вантажу сталося внаслідок звичайного зносу, прихованих дефектів, дії комах, хімічних реактивів або інших несприятливих умов.

3.6. Юридична допомога (послуги). Цей вид допомоги (послуг) передбачає, якщо інше не передбачено в договорі страхування:

3.6.1. Організацію послуг практикуючого адвоката у разі затримання (арешту) Застрахованої особи, позбавлення волі, загрози виникнення таких випадків, а також будь-яких ускладнень, викликаних офіційними претензіями третіх осіб та оплати послуг практикуючого адвоката, який призначений безпосередньо Асистансом (Страховиком) або за його письмовим погодженням, якщо інше не передбачене договором страхування;

3.6.2. Організацію правової консультації при нещасному випадку, порушенні правил дорожнього руху, заподіянні третьою особою шкоди життю, здоров'ю та/або майну Застрахованої особи тощо, крім оплати вартості такої консультації.

3.6.3. Внесення грошової застави у судовий орган країни перебування за умови повернення Застрахованою особою суми застави протягом строку, передбаченого договором страхування. У разі невиконання цієї умови Страховик має право вимагати повернення суми застави у судовому порядку. Якщо сума цієї застави була повернута відповідними структурами країни тимчасового перебування до закінчення тримісячного

періоду, то вона має бути негайно повернута Застрахованою особою Страховикові. Якщо Застраховану особу викликають до суду, а вона ігнорує цей виклик, і заставу конфісковано, Страховик буде вимагати від Застрахованої особи негайної виплати наданої позики.

3.6.4. Інші види юридичної допомоги за згодою сторін, передбачені договором страхування.

3.7. **Допомога (послуги) з відновлення документів.** Цей вид допомоги (послуг) передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, допомогу при відновленні втрачених або викрадених підчас подорожі квитків на рейсовий транспорт та/або особистих документів Застрахованої особи:

- закордонного паспорту;
- проїзного документу дитини;
- банківської платіжної картки;
- посвідчення водія, свідоцтва, що посвідчує реєстрацію транспортного засобу, що належить Застрахованій особі на правах власності, повного господарського володіння, оперативного управління або на інших законних підставах (договір оренди, лізингу тощо);
- інших документів, передбачених договором страхування.

При цьому Страховик відшкодовує в межах встановленої в договорі страхування страхової суми (ліміту відповідальності) витрати, пов'язані із оформленням тимчасового посвідчення Застрахованої особи, а також із анулюванням втрачених і оформленням нових квитків на зворотний рейс до країни проживання, якщо це передбачене договором страхування.

Страховик не відшкодовує витрати Застрахованої особи, що виникли внаслідок незаконного проведення третіми особами транзакцій з використанням втраченої або викраденої у Застрахованої особи банківської картки.

Страховик не відшкодовує витрати Застрахованої особи на відновлення документів у разі:

- а) конфіскації документів митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;
- б) неповідомлення Застрахованою особою відповідних служб (зокрема, Консульства України) щодо втрачених або викрадених документів протягом 48 годин з моменту втрати (викрадення) або ненадання Застрахованою особою Страховику документу компетентних органів, що підтверджує факт втрати (викрадення) документів (зокрема, акт Консульства);
- в) заміни документів, якщо таке заміна викликана пошкодженням, утратою ними вигляду, придатного для використання, тощо.

4. Умовами договору страхування може бути передбачена оплата вартості інших видів медико-санітарної допомоги та іншої допомоги (послуг), які будуть надаватися Застрахованій особі у зв'язку із настанням страхового випадку, передбаченого договором страхування.

5. За згодою сторін договором страхування можуть бути передбачені інші Програми страхування. Конкретні умови Програм страхування зазначаються у договорі страхування

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ ЗІ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

1. Основні базові тарифи, подані у Таблиці 1, розраховані на один рік, виходячи з видів медико-санітарної допомоги, іншої допомоги (послуг), які в ній перелічені.

Базові страхові тарифи зі страхування медичних витрат

Таблиця 1

Вид медико-санітарної допомоги, іншої допомоги (послуг)	Базові страхові тарифи (Тб), %
Невідкладна допомога	0,083
Амбулаторне лікування	0,140
Стаціонарне лікування	0,125
Стоматологічна допомога	0,045
Медико-транспортна допомога (послуги)	0,033
Репатріація останків Застрахованої особи	0,017
Позапланове повернення Застрахованої особи до країни (місця) постійного проживання через розлад здоров'я	0,020
Повернення неповнолітніх дітей, які подорожують разом з Застрахованою особою, до країни (місця) постійного проживання	0,018
Проїзд та проживання в готелі одного з повнолітніх близьких родичів Застрахованої особи	0,015
Проживання в готелі однієї особи, яка подорожує разом з Застрахованою особою	0,012
Дострокове повернення Застрахованої особи до країни (місця) постійного проживання	0,014
Допомога (послуги) у разі відкладення рейсу	0,008
Допомога (послуги), пов'язані з багажем Застрахованої особи	0,010
Юридична допомога (послуги)	0,200
Допомога (послуги) з відновлення документів	0,015
Інформаційна допомога (послуги)	0,010
Телефонні переговори	0,010
Інші види допомоги (послуг)	0,050

2. Ставка страхового тарифу за договором добровільного страхування медичних витрат визначається з урахуванням за необхідності нижчезазначених коригуючих коефіцієнтів, що застосовуються до базового річного страхового тарифу:

2.1. Коригуючий коефіцієнт, що враховує вік Застрахованої особи, наведений у Таблиці 2.

Таблиця 2

Вік застрахованої особи	Коригуючий коефіцієнт
<i>до 1 року</i>	1,3 – 1,5
<i>від 1 до 3 років</i>	1,1 – 1,2
<i>від 4 до 17 років</i>	1,0 – 1,1
<i>від 18 до 60 років</i>	0,9 – 1,1
<i>від 61 до 65 років</i>	1,1 – 1,3
<i>старше 65 років</i>	1,3 – 2,0

2.2. Коригуючий коефіцієнт, що враховує кількість Застрахованих осіб, наведений у Таблиці 3.

Таблиця 3

Кількість застрахованих осіб	Коригуючий коефіцієнт
<i>До 10 осіб</i>	0,90 – 1,00
<i>11-50</i>	0,85 – 0,95
51-100	0,80 – 0,90
101-200	0,75 – 0,85
201-500	0,70 – 0,80
501 та більше	0,50 – 0,70

2.3. Коригуючий коефіцієнт, що враховує строк дії договору страхування (коефіцієнт короткостроковості), наведений у таблиці 4 цього додатку.

Таблиця 4

Строк дії договору страхування	Коефіцієнт короткостроковості
до 7 днів	0,03 – 0,05
до 10 днів	0,04 – 0,07
до 15 днів	0,06 – 0,09
до 21 дня	0,08 – 0,15
до 1 місяця	0,12 – 0,25
до 2 місяців	0,15 – 0,30
до 3 місяців	0,21 – 0,40
до 4 місяців	0,31 – 0,50
до 5 місяців	0,41 – 0,60
до 6 місяців	0,51 – 0,70
до 7 місяців	0,55 – 0,75
до 8 місяців	0,60 – 0,80
до 9 місяців	0,65 – 0,85
до 10 місяців	0,70 – 0,90
до 11 місяців	0,75 – 0,95
до 12 місяців	0,80 – 1,00


2.4. Корируючий коефіцієнт андерайтера: понижувальний (від 0,25 до 1,0) та підвищувальний (від 1,01 до 7) корируючий коефіцієнт, що залежить від ступеня страхових ризиків та обставин, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, зокрема:

- Програми страхування, переліку медико-санітарної допомоги та іншої допомоги (послуг) у Програмах страхування;
- розміру страхової суми (лімітів відповідальності);
- стану здоров'я Застрахованої особи;
- місця (території) дії договору страхування;
- видів спорту та активного відпочинку, яким займається Застрахована особа;
- інших чинників, що впливають на ступінь страхового ризику.

3. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою Сторін договору страхування.

4. Норматив витрат на ведення справи становить до 45 відсотків величини страхового тарифу.

Актуарій


Карташов Ю.М.

Свідоцтво №03-007 від «06» грудня, 2012р.

В цьому документі прошито, пронумеровано та
скріплено печаткою
33 (тридцять три)) аркушів
Згідно з оригіналом
Голова Правління
ПРАТ «СК «Капітан»

НАЦІОНАЛЬНИЙ КОДЕКС ЗАКОНІВ УКРАЇНИ, ЩО ЗДІЙСНУВ
ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ
Підпис: *Олександр Терещук*
Дата: 19.03.15

