

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
внести зміни до правил
добровільного страхування
шляхом
їх викладення в новій редакції

**ГОЛОВА ПРАВЛІННЯ
ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «БРОКБІЗНЕС»**

Арбузіна В.О.

НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ, ЩО ЗДІЙСЬЮЄ ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ	
ЗАРЕЄСТРОВАНО	
Місце запису в Єдиному державному реєстрі	
Найменування посади	
Підпис	Прізвище, ім'я та по батькові
Дата	Регістраційний номер
19.04.2017	2117003



**ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ
(нова редакція)**

Код Правил – 012

від « 22 » 12 2016 р.

Київ-2016

1. ТЕРМІНИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ПРАВИЛАХ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

1.1. В даному розділі наведені терміни, що використовуються в цих Правилах і значення, в якому їх слід розуміти в контексті цих Правил:

Термін	Визначення терміну в цих Правилах
Вигодонабувач	юридична або фізична особа, призначена Страхувальником для одержання страхового відшкодування при настанні страхового випадку.
Договір страхування	письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання в разі настання страхового випадку здійснити страхове відшкодування закладу, який надав лікувально-діагностичні, профілактичні, транспортні або інші послуги, передбачені договором страхування Страхувальнику (Застрахованій особі) або через Спеціалізовану службу Страховика (Асистанс), або безпосередньо Страхувальнику, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені терміни та виконувати інші умови договору страхування.
Застрахована особа	дієздатний громадянин, резидент або нерезидент України, на користь якого укладений договір страхування.
Ліміт відповідальності	граничний розмір страхового відшкодування в межах страхової суми, який за згодою Сторін може встановлюватись при укладанні договору страхування по опціях страхування та / або окремих видах страхових послуг.
Медичний заклад	заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, із яким Страховиком або Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом) укладена угода про надання медичних послуг Застрахованим особам.
Найближчі родичі Застрахованої особи	його (її) дружина (чоловік), діти (в тому числі – всиновлені), його (її) матір, батько, рідні сестри та брати, а також інші особи, які спільно проживають з Застрахованою особою, пов'язані спільним побутом.
Нещасний випадок	раптова, короткочасна та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась

	внаслідок впливу різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних і т. ін.) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я ((травматичне пошкодження; випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами, ліками; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), поліомієлітом; розриви (поранення) органів або їх вилучення внаслідок невірних медичних маніпуляцій) Застрахованої особи та/або її загибелі (смерті)
Правила страхування	Правила добровільного страхування медичних витрат (нова редакція), документ, який розроблено Страховиком для даного виду страхування й зареєстровано в Уповноваженому органі.
Програми страхування	перелік лікувально-діагностичних, транспортних та інших послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі відповідно до умов договору страхування.
Гостре захворювання	раптове погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, що загрожує життю та здоров'ю цієї особи і вимагає надання невідкладної медичної допомоги.
Спеціалізована служба Страховика (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. Назва, адреса та телефони Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) зазначаються у договорі страхування. Спеціалізована служба Страховика (Асистанс) може здійснювати виплати по страховому випадку за Страхувальника та вимагати відповідної компенсації від Страховика.
Страховик	ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «БРОКБІЗНЕС».
Страхувальник	юридична особа незалежно від форм власності та/або дієздатний громадян України, іноземні громадяни, або особи без громадянства, які уклали договір страхування зі Страховиком.

Страховий ризик	певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
Страховий випадок	подія, передбачена договором страхування, яка відбулась під час дії договору страхування та на території дії договору страхування і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Застрахованій особі або іншій третій особі (медичному, транспортному або іншому закладу, що надав допомогу, виконав послугу відповідно до договору страхування).
Страхова виплата (виплата страхового відшкодування)	грошова сума, яка виплачується Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов договору страхування.
Страхова сума	грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов договору страхування, зобов'язаний провести виплату страхового відшкодування при настанні страхового випадку.
Страховий платіж (страхова премія)	плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику відповідно до умов договору страхування.
Страховий захист	сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно з умовами договору страхування.
Страховий тариф	ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування відповідно до умов договору страхування.
Франшиза	частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування.

2. Загальні положення

2.1. Правила добровільного страхування медичних витрат (далі – *Правила*) регулюють загальні умови і порядок здійснення добровільного страхування медичних витрат, укладення договорів страхування у відповідності до чинного законодавства України.

За згодою Сторін у договір страхування можуть бути внесені додаткові умови, що не суперечать цим Правилам та законодавству України.

2.2. Страховик відповідно до Закону України «Про страхування» та на умовах цих Правил укладає зі Страхувальниками договори добровільного страхування медичних витрат. Страхувальник може укладати договори щодо страхування особистих медичних витрат або медичних витрат третіх осіб (Застрахованих осіб), за згодою цих осіб, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

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

2.4. Страхувальник, який уклав договір страхування на свою користь, набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з договором страхування.

2.5. Відповідно до цих Правил Застрахованими можуть бути особи, що є резидентами та нерезидентами України.

2.6. Вік Застрахованої особи на момент укладання договору страхування не повинен бути меншим ніж 1 рік та старшим за 70 років, якщо інше не передбачене договором страхування.

3. Предмет договору страхування

3.1. Предметом договору страхування - 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).

4. Порядок визначення розмірів страхових сум та розмірів страхових відшкодувань

4.1. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання договору страхування або внесення змін до договору страхування.

4.2. Страхові суми за цими Правилами встановлюються в залежності від обраних Страхувальником та передбачених договором страхування програм страхування.

4.3. Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, договору страхування у цілому.

4.4. В межах страхової суми, договором страхування можуть встановлюватися ліміти відповідальності Страховика щодо страхових виплат за окремими опціями обраних програм страхування та окремими видами медичної, медико-санітарної та медично-транспортної допомоги й послуг.

4.5. Загальна сума виплат страхового відшкодування по страхових випадках за окремими опціями програм страхування та послугами не може перевищувати відповідних лімітів, а також загальної страхової суми, що встановлені договором страхування.

4.6. Сума страхового відшкодування не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнав Страхувальник. Непрямі збитки можуть бути врахованими при розрахунку суми страхового відшкодування, якщо це передбачено конкретним договором страхування.

4.7. Договором страхування в залежності від ризиків, що беруться на страхування, може бути передбачена умовна та/або безумовна франшиза, вид і розмір якої визначається за згодою сторін.

4.8. Якщо страхування було здійснено Страхувальником у кількох Страховиків за кількома договорами, страхове відшкодування, що виплачується усіма Страховиками, не може перевищувати дійсних розмірів витрат, понесених Страхувальником (Застрахованою особою). При цьому кожний Страховик виплачує страхове відшкодування пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування.

5. Страхові ризики та страхові випадки

5.1. Відповідно до цих Правил, страховими ризиками є:

5.1.1. Гостре захворювання;

5.1.2. Загострення хронічної хвороби;

5.1.3. Розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком нещасного випадку, який трапився із Застрахованою особою під час дії договору страхування та на території дії договору страхування;

5.1.4. Смерть Застрахованої особи внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку;

5.1.5. Необхідність звернення до медичного закладу та/або Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) у інших випадках, передбачених конкретним договором страхування;

5.2. Договором страхування можуть передбачатись інші страхові ризики.

5.3. Страховим випадком є документально підтверджені витрати Страхувальника (Застрахованої особи та/або Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу)) на оплату вартості наданої йому медичної, медико-санітарної, медично-транспортної допомоги та інших послуг, обраних відповідною програмою страхування.

5.4. Якщо інше не передбачено договором страхування, Страховик відшкодовує витрати на медичну, медико-санітарну, та медично-транспортну допомогу та послуги, пов'язані з гострим захворюванням, загостренням хронічної хвороби, розладом здоров'я внаслідок нещасних випадків, смертю Застрахованої особи, що сталися із Застрахованою особою на території країни, зазначеної в договорі страхування, а саме витрати на:

5.4.1. Амбулаторне лікування;

5.4.2. Стаціонарне лікування;

5.4.3. Лікування в стаціонарі строком до 15 діб після закінчення періоду страхування, якщо це необхідно за медичними показаннями;

5.4.4. Швидку (невідкладну) медичну допомогу на місці виклику;

5.4.5. Невідкладну стоматологічну допомогу;

5.4.6. Оплату вартості призначених лікарем медикаментів або компенсація витрат на їх придбання;

5.4.7. Транспортування до лікувального закладу у разі, якщо стан здоров'я не дозволяє пересуватися самостійно;

5.4.8. Транспортування Застрахованої особи, що перебуває на стаціонарному лікуванні, з-за кордону до медичного закладу, найближчого до місця постійного проживання (медична евакуація);

5.4.9. Репатріацію останків до місця постійного проживання у разі смерті;

5.4.10. Поховання в країні за місцем смерті;

5.4.11. Проїзд в обидва кінці та проживання в готелі одного з повнолітніх близьких родичів Застрахованої особи, якщо тривалість її лікування в стаціонарі в країні тимчасового перебування перевищує 5 діб;

5.4.12. Оплату витрат на перебування за кордоном після закінчення терміну дії Договору на період не більше 5 діб, якщо повернення в країну постійного проживання неможливо відразу після виписки з лікарні;

5.4.13. Проїзд економічним класом в країну постійного проживання після лікування в стаціонарі по закінченню періоду страхування;

5.4.14. Дострокове повернення неповнолітніх дітей Застрахованої особи до місяця їх постійного проживання та, у разі необхідності, їх супровід третьою особою;

5.4.15. Витрати на пошук та рятування Застрахованої особи;

5.4.16. Надання послуг адвоката у порушенні справи про захист прав Застрахованої особи, якщо нещасний випадок стався з вини третьої особи.

5.5. Перелік, зміст та обсяг витрат, що відшкодовуються Страховиком, залежить від обраних Страхувальником Програм страхування та зазначається в конкретному договорі страхування.

5.6. Перераховані витрати по кожній Застрахованій особі не можуть перевищувати в цілому страхової суми, зазначеної в договорі страхування.

6. Виключення із страхових випадків і обмеження страхування

6.1. Виключеннями із страхових випадків за цими Правилами є:

6.1.1. Лікування хронічних захворювань, вроджених аномалій, деформацій та хромосомних порушень, спадкових хвороб;

6.1.2. Новоутворення, хвороби ендокринної системи та органів (цукровий діабет, тиреоїдит тощо);

6.1.3. Нервові захворювання (крім невритів), психічні захворювання та пов'язані з ними травматичні пошкодження (психопатії, неврози, астено-депресивні стани, соматоформні вегетативні розлади тощо), психотерапія, логопедична та фоніатрична допомога, застосування нейролептиків, транквілізаторів, антидепресантів, снодійних та заспокійливих препаратів;

6.1.4. Венеричні захворювання та захворювання, що передаються переважно статевим шляхом, імунодефіцитний стан, СНІД, порушення імонологічного стану. Системні захворювання сполучної тканини, дегенеративно-дистрофічні зміни, хвороби та їх ускладнення;

6.1.5. Хвороби крові та кровотворних органів (хронічні хвороби периферійних судин (варикозна хвороба, облітеруючий ендартеріїт та атеросклероз, хронічна венозна/лімфатична недостатність, геморої);

6.1.6. Епідемічні та пандемічні хвороби, особливо небезпечні інфекції, хронічні персистуючі інфекції (ЕCHO. TORCH тощо);

6.1.7. Гостра та хронічна променева хвороба;

6.1.8. Будь-які розлади здоров'я, ускладнення або смерть в результаті невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічні дії ліків, що не були призначені лікарем;

6.1.9. Захворювання або наслідки (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити та туберкульоз;

6.1.10. Захворювання та розлади органів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води) крім гострого захворювання;

6.1.11. Грибкові та дерматологічні хвороби, алергічний дерматит, викликаний впливом ультрафіолетового випромінювання, сонячні опіки I-го та II-го ступеню, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

6.1.12. Захворювання, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, що призвели до медичних чи додаткових витрат під час подорожі; а також захворювання, які виникли після повернення з подорожі;

6.1.13. Подальше лікування, якщо Застрахована особа відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання;

6.1.14. Медичний огляд та надання послуг, що не є обгрунтовано необхідними або невідповідними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування;

6.1.15. Послуги та лікування, яке можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до закінчення подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування;

6.1.16. Проведення вакцинацій, лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;

6.1.17. Всі види пластичних, реконструктивних та косметичних операцій і процедур, всі види протезування та трансплантації органів. Діагностика та лікування целюліту, ожиріння, метаболічного синдрому;

6.1.18. Стоматологічне лікування, окрім невідкладної допомоги;

6.1.19. Фізіотерапевтичне лікування, ЛФК та лікування нетрадиційними методами, використання лазерних технологій;

6.1.20. Штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи по запобіганню вагітності;

6.1.21. Лікування травм, отриманих через скоєння самою Застрахованою особою умисних правопорушень;

6.1.22. Лікування травм, одержаних в результаті керування Застрахованою особою транспортним засобом, якщо вона не має права керувати ним;

6.1.23. Самолікуванням, лікуванням особою або закладом, що не мають відповідних дозволів на здійснення медичної діяльності у країні тимчасового перебування, а також лікуванням захворювання чи травми, викликаних власними навмисними діями Застрахованої особи, у тому числі, спроб самогубства або навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень;

6.1.24. Лікування захворювання чи травм, що виникли внаслідок дії іонізуючої радіації, радіоактивного забруднення будь-якого походження або токсичних чи вибухонебезпечних речовин ядерного виробництва або компонентів цих речовин;

6.1.25. Надання транспортних послуг (таксі, громадських транспорт тощо), окрім надання послуг Невідкладного стаціонару або транспортування зі стаціонару в стаціонар в рамках медичного транспортування.

6.2. Страховик не оплачує вартість лікування й не відшкодовує витрати на медичну, медико-санітарну та медично-транспортну допомогу та інші послуги:

6.2.1. Якщо Застрахована особа перед мандрівкою була визнана невиліковно хворою;

6.2.2. У випадках, що сталися під час подорожі, яку було здійснено всупереч порадам лікаря, або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном;

6.2.3. Які були понесені на лікування алкоголізму та його наслідків, наркотичної залежності та на оплату ліків, необхідних для лікування алкогольної та наркотичної залежності;

6.2.4. Які пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: телевізору, телефону, кондиціонеру, послуг перукаря, масажиста, косметолога, таксі і т. ін.;

6.2.5. Які прямо чи побічно понесені внаслідок військових дій, вторгнень, або нападів інтервентів (незалежно від того, були проголошені військові дії чи ні), громадянських війн, революцій, заворушень, узурпаторських дій влади, антитерористичної операції тощо;

6.2.7. Пов'язані із керуванням мотоцикла чи мопеда, якщо об'єм його двигуна перевищує 50 кубічних сантиметрів;

6.2.8. Що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показниками), що вона сама, чи в супроводі іншої особи, може повернутися до країни постійного місця проживання;

6.2.9. На будь-яке протезування, в тому числі забезпечення зубними протезами або штучними зубами (крім екстреної допомоги з метою запобігання ускладнень при прийнятті їжі);

6.2.10. На лікування на території країни тимчасового перебування після дати, коли на думку лікаря, призначеного Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом), медичне транспортування є можливим за медичними показаннями;

6.2.11. На коригуюче або реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших курортних закладах;

6.2.12. На 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 захворювання не перешкоджає продовженню подорожі;

6.2.13. На лікування на території країни постійного проживання Застрахованої особи;

6.2.14. На оплату проживання та інші витрати близького родича Застрахованої особи у випадку його приїзду до країни її тимчасового перебування, у разі знаходження Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні менше 10 (десяти) діб внаслідок гострого

захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку.

6.2.15. Що пов'язані з вагітністю (окрім позаматкової), пологами, перериванням вагітності. Порушенням менструального циклу, ендометріозом, клімактеричним синдромом;

6.3. Не відшкодовуються витрати передбачені Розділі 5, якщо вони здійснені без попереднього узгодження із Страховиком або із уповноваженою Спеціалізованою службою Страховика (Асистиансом).

6.4. Страховими випадками не вважаються та виплата страхового відшкодування не здійснюється якщо події, зазначені у Розділі 5 цих Правил сталися у наслідок будь-яких дій Страхувальника (Застрахованої особи) здійснених нею у стані алкогольного сп'яніння або під впливом наркотичних чи токсичних речовин, якщо інше не передбачено договором страхування.

6.5. Страхове відшкодування не сплачується, якщо встановлено факт підробки Страхувальником (Застрахованою особою) документів чи навмисного перекручення фактів, що мають відношення до страхового випадку.

6.6. Окремі виключення із числа перелічених у п.п. 6.1. - 6.2. цих Правил можуть бути скасовані за особливих умов, передбачених програмами страхування та конкретним договором страхування.

6.7. Договором страхування можуть бути передбачені й інші виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству та цим Правилам і зазначені у договорі страхування.

7. Строк та місце дії договору страхування

7.1. Строк дії договору страхування визначається за згодою сторін та вказується у договорі страхування.

7.2. Договір страхування набирає чинності з дати, зазначеної в договорі страхування, як день початку дії договору страхування, але не раніше 00 годин дня, наступного за днем надходження на рахунок або внесення в касу Страховика страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування.

7.3. Дія договору страхування закінчується о 24-00 годині дати, визначеної в договорі страхування як дата закінчення дії договору страхування.

7.4. В договорі страхування може встановлюватися максимальна кількість днів, протягом яких Страховик несе відповідальність, а саме: в цілому (сумарний ліміт перебування за кордоном) та за однією подорожжю за кордон (тривалість однієї подорожі).

7.5. Договір страхування набирає чинності:

7.5.1. для подорожуючих по території України - з моменту виїзду з території населеного пункту, що є місцем постійного проживання та припиняється аналогічно після повернення Страхувальника (Застрахованої особи) на територію населеного пункту, що є місцем постійного проживання.

7.5.2. для подорожуючих закордон - з моменту перетинання Застрахованою особою кордону країни постійного проживання, але не раніше дати початку дії договору страхування, та за умови сплати страхового платежу в повному обсязі. Припиняється аналогічно після повернення Страхувальника (Застрахованої особи) на території країни постійного місця проживання.

7.6. Якщо на час закінчення строку дії договору страхування повернення Застрахованої особи з-за кордону (або з подорожі по Україні до місця постійного проживання) внаслідок нещасного випадку або захворювання при наявності відповідного медичного висновку лікарів (у разі стаціонарного лікування), відповідальність Страховика в цьому випадку продовжується додатково на період не більше 15 діб з моменту закінчення строку дії договору страхування. За іншими страховими випадками, що виникли в цей період, Страховик відповідальності не несе.

7.7. Територія дії договору страхування визначається при його укладанні і вказується в договорі страхування. Територією дії договору страхування може бути територія будь-якої

країни світу, за виключенням території країн, де ведуться військові дії та/або запроваджений особливий стан, якщо інше не обумовлено договором страхування.

8. Порядок укладення договору страхування

8.1. Договір страхування укладається на підставі письмової чи усної заяви Страхувальника відповідно до цих Правил страхування.

8.2. Договір страхування повинен містити:

8.2.1. назву документа;

8.2.2. назву та адресу Страховика;

8.2.3. прізвище, ім'я, по батькові або назву Страхувальника та Застрахованої особи, їх адреси та дати народження;

8.2.4. прізвище, ім'я, по батькові, дату народження або назву Вигодонабувача та його адресу;

8.2.5. зазначення предмета договору страхування;

8.2.6. розмір страхової суми;

8.2.7. перелік страхових випадків;

8.2.8. розміри страхових внесків (платежів, премій) і строки їх сплати;

8.2.9. страховий тариф;

8.2.10. строк дії договору;

8.2.11. порядок зміни і припинення дії договору;

8.2.12. умови здійснення страхової виплати;

8.2.13. причини відмови у страховій виплаті;

8.2.14. права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору;

8.2.15. інші умови за згодою сторін;

8.2.16. підписи сторін.

8.3. При укладанні договору страхування Страхувальник на вимогу Страховика повинен надати всі документи які необхідні для оцінки страхового ризику.

8.3.1. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

8.3.2. Якщо після укладання договору страхування буде встановлено, що Страхувальник надав свідомо невірні відомості, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

8.4. На підставі даних, отриманих від Страхувальника, Страховик приймає рішення про укладання договору страхування. Укладання договору страхування засвідчується підписами Страхувальника та уповноваженої особи Страховика і печаткою Страховика, а у випадку, коли Страхувальником виступає юридична особа – підписом уповноваженої особи Страхувальника і печаткою Страхувальника.

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

8.6. Договір страхування укладається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться (по одному примірнику) у кожній із сторін.

9. Права та обов'язки сторін

9.1. Сторони зобов'язані:

9.1.1. Дотримуватись умов договору страхування та цих Правил;

9.1.2. В період укладання та дії договору страхування будувати взаємовідносини на ~~найвищій~~ найвищій порядності;

9.1.3. Не розголошувати конфіденційну інформацію один про одного, що стала їм відома під час виконання договору страхування, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

9.2. Страхувальник має право:

9.2.1. Отримати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов укладеного між ними договору страхування;

9.2.2. Звертатися до Страховика при настанні страхового випадку за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги;

9.2.3. Отримати страхове відшкодування при настанні страхового випадку на умовах цих Правил та договору страхування;

9.2.4. На зміну умов договору та на дострокове припинення дії договору на умовах, передбачених цими Правилами та договором страхування;

9.2.5. У випадку втрати договору у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката. Після видачі дубліката втрачений примірник договору вважається недійсним і страхове відшкодування за ним не здійснюється;

9.2.6. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у виплаті страхового відшкодування або розмір виплаченого страхового відшкодування.

9.3. Страхувальник зобов'язаний:

9.3.1. Ознайомитись з цими Правилами та умовами договору страхування;

9.3.2. Виконувати умови договору страхування в період його дії;

9.3.3. При укладенні договору страхування надати Страховику всю необхідну достовірну інформацію, що має істотне значення для оцінки страхового ризику;

9.3.4. Повідомляти Страховика про всі інші діючі договори, щодо предмету договору страхування;

9.3.5. Вчасно сплатити страховий платіж в розмірі та порядку, що обумовлені договором страхування;

9.3.6. При зміні ступеню ризику або інших істотних обставин щодо предмету договору страхування, при виявленні будь-яких обставин, що призвели чи можуть призвести до настання страхового випадку, протягом 2 (двох) робочих днів письмово сповістити про них Страховика;

9.3.7. Протягом строку, передбаченого договором страхування, в письмовій формі повідомити Страховика про настання події, що може бути визнана страховим випадком;

9.3.8. Погоджувати зі Страховиком або зі Спеціалізованою службою Страховика (Асистентом) всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі раптової хвороби, нещасного випадку та інших подій, обумовлених договором страхування;

9.3.9. У випадку повного чи часткового відшкодування збитків третіми особами або зменшення збитків будь-яким іншим способом негайно (але не пізніше 5 (п'яти) робочих днів (не враховуючи вихідні та святкові дні) письмово повідомити про це Страховика;

9.3.10. Сприяти Страховику в розслідуванні обставин настання випадку, що має ознаки страхового;

9.3.11. В межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої особи та провадити усі можливі заходи, спрямовані на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

9.4. Страховик має право:

9.4.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеню ризику, а також перевіряти виконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог і умов договору страхування та цих Правил;

9.4.2. У випадку підвищення ступеня ризику щодо предмету Договору страхування вимагати від Страхувальника внести зміни в цей Договір, включаючи сплату додаткового страхового платежу або припинити дію цього Договору після його відмови, на умовах, передбачених договором страхування та цими Правилами;

9.4.3. Самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку, вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин страхового випадку або розміру страхового відшкодування, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею;

9.4.4. Робити запити у компетентні органи для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт і причину настання страхового випадку та розмір завданих збитків (при цьому укладання договору страхування звільняє працівників, медичних закладів від дотримання таємниці щодо хвороби та обставин її виникнення та лікування, якщо таке лікування має ознаки страхового випадку за договором страхування);

9.4.5. Повністю або частково відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках, передбачених договором страхування та цими Правилами;

9.4.6. Відстрочити виплату страхового відшкодування у випадку якщо:

9.4.6.1. У Страховика є мотивовані сумніви в достовірності наданих документів (Розділ 11. Правил), що підтверджують страховий випадок та розмір збитків – до з'ясування достовірності таких документів, але на строк, що не перевищує 6 (шести) місяців з дати їх отримання, якщо інше не передбачено договором страхування;

9.4.6.2. Розпочато кримінальне провадження, що має безпосереднє відношення до страхового випадку – до ухвалення остаточного рішення по даному кримінальному провадженню, ухвалення вироку судом, зупинення, закриття кримінального провадження, але на строк не більше 6 (шести) місяців, якщо інше не передбачено договором страхування.

9.4.7. Ініціювати внесення змін та доповнень до умов договору та дострокове припинення дії договору страхування в порядку та на умовах, передбачених цими Правилами та умовами конкретного Договору страхування;

9.4.8. Виступати від імені Страхувальника (Застрахованої особи) за його дорученням у судових органах, або перед заявниками претензій;

9.4.9. Пред'явити позов відповідно до чинного законодавства до особи, яка винна у настанні страхового випадку у разі, коли Страховик здійснив страхову виплату постраждалій Застрахованій особі;

9.4.10. Протягом трьох років від дня виплати страхового відшкодування вимагати його повернення, якщо на це будуть причини, передбачені чинним законодавством України або цими Правилами та договором страхування.

9.5. Страховик зобов'язаний:

9.5.1. Ознайомити Страхувальника з умовами цього Договору та Правилами;

9.5.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхового відшкодування Страхувальнику;

9.5.3. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у розмірі та строки передбачені цими Правилами та договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами конкретного договору страхування.

9.5.4. В разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування письмово повідомити про це Страхувальника (Застраховану особу) з мотивованим обґрунтуванням причин відмови, не пізніше 10 днів з дня прийняття такого рішення, якщо інше не передбачено договором страхування.

9.5.5. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку, щодо запобігання або зменшення шкоди, якщо це передбачено умовами договору страхування.

9.6. Умовами конкретного договору страхування також можуть бути передбачені інші права та обов'язки Страхувальника та Страховика.

10. Дії Страхувальника (Застрахованої особи) в разі настання страхового випадку

10.1. Якщо інше не обумовлено договором страхування, при настанні випадку, що може бути визнаний страховим, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

10.1.1. Негайно, але в будь-якому разі не пізніше 24 годин звернутися до уповноваженої Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) за телефоном, який зазначений у Договорі, та отримати рекомендації щодо подальших дій.

10.1.2. Якщо Страхувальнику та/або Застрахованій особі необхідна невідкладна екстрена медична допомога, а повідомити про це не можливо до початку її отримання, таке повідомлення передається не пізніше 24 годин з моменту отримання необхідної допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Страхувальника та/або Застрахованої особи. Неможливість повідомлення Страховика та/або уповноважену Спеціалізовану службу Страховика (Асистанс) повинна бути підтверджена документально.

10.1.3. Повідомити уповноваженій Спеціалізованій службі Страховика (Асистансу):

- назву страхової компанії;
- номер договору страхування;
- ПІБ Страхувальника та/або Застрахованої особи;
- термін дії договору страхування;
- місце знаходження, телефон;
- докладний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги.

10.1.4. Після звернення до уповноваженої Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) виконувати всі її рекомендації щодо подальших дій.

10.1.5. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання випадку, який має ознаки страхового.

10.1.6. Сприяти Страховику або Спеціалізованій службі Страховика (Асистансу) в розслідуванні обставин настання випадку, що має ознаки страхового та у необхідних заходах щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат та ін.

10.1.7. Документально підтвердити термін свого перебування за кордоном.

10.1.8. Якщо Страхувальник (Застрахована особа), за узгодженням із Страховиком, сам сплатив вартість наданих медичних послуг чи придбав медикаменти за виписаними довіреним лікарем Страховика або уповноваженої Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) рецептами, Страховик відшкодовує витрачену суму на підставі документів, які підтверджують розмір збитку на умовах передбачених Договором страхування.

10.1.9. Передати представнику Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) або Страховику невикористані авіа- або залізничні квитки в період їх чинності, а у разі неможливості це зробити за станом здоров'я - при першій нагоді.

10.1.10. У разі бажання Страхувальника (Застрахованої особи) продовжити лікування за свій рахунок – письмово повідомити Страховика, або Спеціалізовану службу Страховика (Асистанс). У іншому випадку - Страхувальник (Застрахована особа) не може відмовитися від переводу в лікувальний заклад по місцю постійного проживання для подальшого лікування з того моменту, коли лікар визначає, що його (її) стан здоров'я за медичними показниками дозволяє повернутися до постійного місця проживання.

10.1.11. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) відмовляється від переводу в лікувальний заклад по місцю постійного проживання, Страховик припиняє оплату витрат на медичну, медико-санітарну та медично-транспортну допомогу та інші послуги.

10.2. Договором страхування може бути передбачений інший порядок звернення Застрахованих осіб за медичною допомогою.

11. Перелік документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків

11.1. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) на підставі документів:

11.1.1. довідок-рахунків з медичних закладів (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти в тому числі - із зазначенням їх кількості та вартості;

11.1.2. рецептів, які виписані Страхувальнику (Застрахованій особі) та завірені лікуючим фахівцем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного необхідного препарату;

11.1.3. деталізованих рахунків (оригіналів) за інші медичні послуги з розбивкою їх за датами та вартістю;

11.1.4. документів, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, розписка про отримання коштів, банківські квитанції, тощо);

11.1.5. документів уповноваженої Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком;

11.1.6. документів компетентних органів, що підтверджують факт настання події (причини її виникнення), що має ознаки страхового випадку, відповідно до її характеру;

11.1.7. копії вітчизняного паспорту (свідчення про народження) Страхувальника (Застрахованої особи);

11.1.8. копії закордонного паспорту (проїзний документ дитини) Страхувальника (Застрахованої особи);

11.1.9. копії довідки про при присвоєння ідентифікаційного номеру Страхувальника (Застрахованої особи);

11.1.10. договору страхування (оригіналу свого примірника);

11.1.11. проїзних документів (оригіналів);

11.1.12. заяви на виплату страхового відшкодування за формою Страховика;

11.1.13. у разі смерті Страхувальника (Застрахованої особи) – свідчення про смерть та документів щодо послуг перевезення тіла або поховання за кордоном;

11.1.14. інших документів за вимогою Страховика для визначення характеру, обставин події, яка має ознаки страхового випадку та розміру збитку.

11.2. В спірних випадках Страховик має право провести медичне чи клінічне обстеження Застрахованої особи у зазначених ним медичних закладах та звертатися до послуг експертів.

11.3. Перелічені у п. 11.1. цих Правил документи можуть бути надані російською, англійською, французькою, німецькою мовами. Якщо документи складені іншими мовами, Страхувальник (Застрахована особа) має надати Страховику офіційний переклад українською мовою.

11.4. Всі зазначені документи надаються в повному обсязі в оригінальних примірниках, або в завірених належним чином копіях, з наданням оригіналів для звірки їх достовірності.

11.5. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик може скоротити або розширити перелік документів, які мають суттєве значення для підтвердження настання страхового випадку та розміру збитку.

12. Порядок і умови здійснення страхових виплат (страхового відшкодування)

12.1. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування шляхом:

12.1.1. Перерахування коштів на рахунок уповноваженої Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу), медичного або іншого закладу, який надав послуги, якщо інше не передбачено договором страхування, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги. Строки таких розрахунків та форма зазначених документів погоджуються між Страховиком, Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом) або іншим закладом, що надав послуги.

12.1.2. Відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) вартості отриманих нею медичних послуг у разі самостійної їх сплати за погодження зі Страховиком, за умови надання документів зазначених у Розділі 11 цих Правил у повному обсязі.

12.1.3. Відшкодування Вигодонабувачу, правонаступникам або третій особі, яка оплатила витрати на репатріацію тіла Страхувальника (Застрахованої особи), у випадку, якщо оплата вартості цієї послуги не здійснювалась уповноваженою Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом).

12.2. Страховик відшкодовує витрати на екстрену медичну, медико-санітарну та медично-транспортну допомогу та інші послуги, які були надані Страхувальнику (Застрахованій особі), в тому числі під час її перебування за кордоном та/або під час подорожі по Україні, в межах страхової суми або ліміту відповідальності Страховика відповідно до програм та умов конкретного договору страхування.

12.3. При розрахунку розміру страхового відшкодування враховується франшиза, якщо вона передбачена договором страхування.

12.4. Якщо загальна сума виплат по наданих рахунках перевищує зазначену в договорі страхування страхову суму, то в першу чергу відшкодовуються витрати на лікування, а в разі смерті Страхувальника (Застрахованої особи) - витрати на перевезення її тіла або витрати на поховання за кордоном.

12.5. Здійснення виплат страхового відшкодування проводиться Страховиком на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи, його (її) правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) і Страхового Акту, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

13. Строк прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхових виплат (виплати страхового відшкодування)

13.1. Страховик приймає рішення про виплату страхового відшкодування (складає та підписує Страховий Акт з визначенням розміру відшкодування) або про відмову у виплаті страхового відшкодування протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів (не враховуючи вихідних і святкових днів) з дати отримання всіх документів, необхідних для встановлення факту, обставин, причин настання страхового випадку та/або розміру завданих збитків, зазначених в п. 11. цих Правил.

13.2. Після прийняття відповідного рішення та підписання Страхового Акту, Страховик протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів (не враховуючи вихідних і святкових днів) виплачує страхове відшкодування;

13.3. У разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника/Вигодонабувача у письмовій формі з обґрунтуванням причин такої відмови;

13.4. Страховик має право прийняти рішення відстрочити виплату страхового відшкодування з причин, перелічених у п. 9.4.6. цих Правил, про що письмово повідомляє Страхувальника (Вигодонабувача) протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів (не враховуючи вихідних і святкових днів) з дати отримання документів, необхідних для встановлення факту, обставин, причин настання страхового випадку та/або розміру завданих збитків, зазначених в п. 11. цих Правил,

14. Причини відмови у виплаті страхового відшкодування

14.1. Підставами для відмови у виплаті страхового відшкодування є:

14.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), 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 та здоров'я. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

14.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

14.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;

14.1.4. Шахрайство або інші дії Страхувальника (Застрахованої особи), направлені на отримання незаконної вигоди від страхування;

14.1.5. Отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування витрат від особи, винної у їх заподіянні.

14.1.6. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованої особою, Вигодонабувачем, правонаступниками) про настання події, що має ознаки страхового випадку, без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у з'ясуванні обставин настання страхового випадку, у визначенні характеру та розміру збитків;

14.1.7. Невиконання Страхувальником (Застрахованої особою) своїх обов'язків, передбачених цими Правилами та умовами конкретного договору страхування.

14.1.8. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) рекомендацій представника Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) або лікуючого фахівця, що призвело до погіршення стану його (її) здоров'я.

14.1.9. Неподання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, правонаступниками) документів, необхідних для встановлення факту, обставин, причин настання страхового випадку та/або розміру завданих збитків, зазначених в п. 11 цих Правил

14.1.11. Вживання алкогольних, наркотичних або токсичних речовин та лікарських препаратів, без призначення лікаря;

14.1.11. Самолікування або випадки лікуванні особою, яка не має відповідної медичної освіти, при порушенні лікувального режиму та недотриманні рекомендацій лікаря;

14.1.12. Несвоєчасна сплата страхового платежу;

14.1.13. Отримання Страхувальником (Застрахованою особою) послуг, що належать до обмежень страхування та виключень із страхових випадків, зазначених у п. 6 цих Правил.

14.1.14. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

14.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені й інші підстави для відмови у виплаті страхового відшкодування, якщо вони не суперечать чинному законодавству України.

15. Умови припинення договору страхування

15.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

15.1.1. При закінченні строку дії Договору.

15.1.2. При виконанні Страховиком своїх зобов'язань за Договором у повному обсязі – з дня остаточного розрахунку між Сторонами Договору.

15.1.3. При несплаті Страхувальником страхової премії, у строки, передбачені Договором.

15.1.4. У випадку ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності.

15.1.5. При ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України.

15.1.6. При прийнятті судового рішення про визнання Договору недійсним.

15.1.7. При достроковому припиненні Договору за вимогою хоча б однієї із Сторін – з дня, наступного за днем, що вказаний в письмовому повідомленні про факт припинення дії. Про намір достроково припинити дію Договору Сторони зобов'язані письмово повідомити одна одну не пізніше, як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору.

15.1.8. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

15.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, або за згодою сторін.

15.2.1. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніш як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

15.2.2. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи,

визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за договором страхування.

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

15.2.3. У разі дострокового припинення договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за договором страхування.

15.2.4. Норматив витрат на ведення справи за цим видом страхування становить 40% від страхового внеску.

15.2.5. Сторони дійшли згоди, що не допускається повернення грошових коштів готівкою, якщо страхові платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення Договору.

15.3. Зміна умов договору страхування проводиться за згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї з сторін протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту одержання заяви другою стороною та оформлюється додатковою угодою, що стає невід'ємною частиною договору страхування з моменту її підписання сторонами (якщо інше не передбачено додатковою угодою). Якщо сторони не досягли згоди про внесення змін та доповнень до договору страхування протягом цього строку, сторона, що вимагає внесення таких змін, має право в односторонньому порядку достроково припинити дію договору страхування. Такий договір страхування достроково припиняє свою дію на 30 (тридцятий) календарний день з дати письмового повідомлення будь-якої із сторін про реалізацію іншою стороною договору свого права на дострокове припинення дії договору страхування.

15.4. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладення і не підлягає виконанню:

15.4.1. Якщо його було укладено після страхового випадку;

15.4.2. Якщо договір страхування визнається недійсним у судовому порядку;

15.4.3. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України,

16. Порядок вирішення спорів

16.1. Будь-які спори та розбіжності, що виникають між Страхувальником і Страховиком за договорами страхування, укладеними відповідно до цих Правил, підлягають врегулюванню шляхом переговорів.

16.2. При недосягненні згоди за результатами переговорів, Сторони вирішують спори в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

16.3. За невиконання або неналежне виконання прийнятих на себе за договором страхування, укладеним відповідно до цих Правил, зобов'язань сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

17. Страхові тарифи, страховий платіж

17.1. Страхувальник зобов'язаний внести Страховику страховий платіж в якості плати за страхування.

17.2. Страховий платіж визначається згідно зі страховим тарифом, розмір якого встановлюється у договорі страхування залежно від предмету договору страхування, обраних програм страхування, страхових сум (лімітів відповідальності), розміру франшизи, строку страхування та інших чинників, в залежності від конкретних умов страхування.

17.3. Страховий тариф встановлюється в відсотках від страхової суми. При укладанні договору страхування Страховик визначає конкретний розмір страхового тарифу на підставі

базових річних страхових тарифів, які наведені у Додатку №1 до цих Правил і є їх невід'ємною частиною. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування.

17.4. Страховий платіж може бути сплачений готівкою в касу Страховика або безготівковим перерахуванням на поточний рахунок Страховика (його представника).

17.5. Страхувальники - резиденти згідно з укладеним договором страхування мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент - у іноземній вільно конвертованій валюті по курсу НБУ на дату сплати страхового платежу або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

17.6. У разі сплати страхового платежу у строки передбачені договором страхування, але не в повному обсязі, Страховик несе відповідальність за цим договором пропорційно сплаченим платежам, якщо інше не передбачено конкретним договором страхування.

17.7. Зазначений в договорі страхування страховий платіж за узгодженням Сторін може сплачуватися одноразово або частинами. Конкретні умови та строки сплати страхового платежу встановлюються договором страхування.

17.8. Договір страхування набирає чинності, за умови сплати Страхувальником страхового платежу або першої його частини, в строки, зазначені в конкретному договорі страхування.

17.9. Якщо дія договору страхування поширюється на територію іноземної держави відповідно до укладених угод з іноземними партнерами (Страхувальник – нерезидент), то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

18. Особливі умови

18.1. Ці Правила є невід'ємною частиною кожного договору страхування, що укладений на їх підставі.

18.2. 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.

18.3. У разі розбіжностей між умовами страхування, узгодженими в договорі страхування, умовами, зазначеними в цих Правилах, слід керуватись умовами договору страхування, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

18.4. Всі повідомлення, заяви та документи, що направляються сторонами одна одній у зв'язку з договором страхування, укладеного згідно з цими Правилами, повинні бути здійснені в письмовій формі і будуть вважатись поданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом з повідомленням, або подані особисто за вказаною адресою та врученні під розписку відповідальній особі, або надіслані телеграфом, телефаксом.

18.5. На додаток до основних вимог і положень страхування, зазначених в цих Правилах, Страхувальник і Страховик при укладанні відповідних договорів страхування використовують: Додаток №1: Базові річні страхові тарифи.

Додаток 1
до Правил добровільного страхування
медичних витрат
від « 22 » 12 2016 р.

СТРАХОВІ ТАРИФИ
при страхуванні медичних витрат

За цими Правилами страхування Страховик відшкодовує документально підтверджені витрати на отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з її захворюванням, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, або смертю Застрахованої особи внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).

Розмір базового тарифу в залежності від виду допомоги та лімітів відповідальності Страховика, при страхуванні одноразових поїздок за кордон, наведені в Таблиці 1.

Таблиця 1

№ п/п	Види медико-санітарної та іншої допомоги, що відшкодовується	Ліміти відповідальності (EUR, % від страхової суми), інші обмеження	Базовий тариф (Євро / день)
1	Амбулаторне лікування	100%	0,09
2	Стационарне лікування	100%	0,11
3	Лікування в стаціонарі строком до 15 діб після закінчення періоду страхування, якщо це необхідно за медичними показаннями	100%	0,04
4	Швидка (невідкладна) медична допомога на місці виклику	10%	0,03
5	Невідкладна стоматологічна допомога	200 EUR	0,02
6	Оплата вартості призначених лікарем медикаментів або компенсація витрат на їх придбання	100%	0,05
7	Транспортування до лікувального закладу у разі, якщо стан здоров'я не дозволяє пересуватися самостійно	300 EUR	0,02
8	Транспортування Застрахованої особи, що перебуває на стаціонарному лікуванні, з-за кордону до медичного закладу, найближчого до місця постійного проживання (медична евакуація)	10 000 EUR. Проїзд залізничним та/або морським транспортом першим класом або літаком економічним класом	0,04
9	Репатріація останків до місця постійного проживання у разі смерті	100%	0,04
10	Поховання в країні за місцем смерті	10%	0,03
11	Проїзд в обидва кінці та проживання в готелі одного з повнолітніх близьких родичів Застрахованої особи, якщо тривалість її лікування в стаціонарі в країні тимчасового перебування перевищує 5 діб	Проїзд економічним класом. Проживання в готелі терміном до 5 (п'яти) діб з оплатою не більше 75 EUR/доба.	0,03
12	Оплата витрат на перебування за кордоном після закінчення терміну дії Договору на термін не більше 5 діб, якщо повернення в країну постійного проживання неможливо відразу після виписки з лікарні	В межах 75 EUR/доба	0,05

13	Проїзд економічним класом в країну постійного проживання після лікування в стаціонарі по закінченню періоду страхування	Різниця між фактичною вартістю проїзду та компенсаціями, отриманими при поверненні попередньо придбаного квитка	0,02
14	Дострокове повернення неповнолітніх дітей Застрахованої особи до місяця їх постійного проживання та, у разі необхідності, їх супровід третьою особою	Проїзд економічним класом.	0,04
15	Витрати на пошук та рятування Застрахованої особи	10%	0,1
16	Надання послуг адвоката у порушенні справи про захист прав Застрахованої особи, якщо нещасний випадок стався з вини третьої особи	10% від страхової суми	0,1

В залежності від тривалості здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) застосовується коефіцієнт K1 впливу терміну страхування (Таблиця 2.):

Таблиця 2

Термін страхування (дів, включно)	До 3	До 7	До 15	До 23	До 30	До 60	До 90	До 180	До 270	До 365
K1	1,35	1,15	1,07	1,03	1,00	0,96	0,93	0,87	0,83	0,81

У разі переривчастого страхування з строком дії договору, пов'язаним з терміном мультивізи, наведені значення коефіцієнту K1 (що беруться згідно з терміном перебування за кордоном) коригуються коефіцієнтом K2 відповідно до співвідношення терміну перебування за кордоном до загального строку дії договору (друге та перше число у позначенні мультивізи). Значення коригуючого коефіцієнта K2 при укладанні договору на умовах мультивіз наступні:

для мультивіз 90/30, 180/60, 365/90 K2= 0,98;

для мультивіз 365/180, 180/90 K2= 0,96;

для мультивіз 180/30, 365/60 K2= 1,13;

для мультивізи 365/30 K2= 1,24.

Сторони договору можуть домовитися також про інші терміни мультивіз. Розмір премії при цьому розраховується шляхом інтерполяції або екстраполяції.

В залежності від розміру страхової суми по договору страхування застосовується коефіцієнт K3 впливу розміру страхової суми (Таблиця 3.):

Таблиця 3

Страхова сума, EUR	3 000	5 000	10 000	15 000	30 000	50 000	60 000	UNLIMITED
K3	0,26	0,45	0,53	0,64	1,00	1,20	1,33	1,43

Зазначені коефіцієнти діють для значень лімітів відповідальності, встановлених в Таблиці 1. У разі встановлення в договорі страхування інших лімітів відповідальності зазначені коефіцієнти коригуються в межах $\pm 20\%$. У разі страхових сум, відмінних від наведених, допускається застосування коефіцієнтів, отриманих шляхом інтерполяції або екстраполяції.

Країни, до яких Застрахована особа здійснює подорож (поїздку), поділяються на 4 групи/класи ризику, а саме: А - низького ризику, В – нормального (середнього) ризику, С - високого ризику, D - надзвичайно високого ризику. Значення коригуючого коефіцієнту K3 території дії договору страхування зазначені в Таблиці 4.

Таблиця 4

Клас ризику країни подорожі	A	B	C	D
K4	0,9	1,0	2,0	3,0

Якщо територія страхування охоплює країни різного ризику, застосовується найбільше значення коефіцієнта K4 або значення, зважене на час перебування у країнах різного ризику.

В залежності від виду діяльності при здійсненні Застрахованою особою подорожі (поїздки) застосовується коефіцієнт K5 мети подорожі (Таблиця 5.):

Таблиця 5

Мета подорожі	Туризм, відпочинок	Робота, навчання	Службова /Бізнес поїздка	Приватна подорож	Спортивний відпочинок	Гірськолижний відпочинок	Професійний спорт	Фізична робота	Робота підвищеної небезпеки
K5	1,00	1,00	0,95	0,90	2,00	5,00	6,00	2,50	3,00

В залежності від кількості одночасно застрахованих осіб та типу групи застосовується коефіцієнт K6 кількості застрахованих осіб (Таблиця 6.):

Таблиця 6

Група, кількість осіб	Туристичні групи				Родина з 4 осіб і більше	Офіційна делегація
	від 10 до 25 осіб	від 26 до 50 осіб	від 51 до 75 осіб	понад 75 осіб		
K6	0,90	0,85	0,8	0,70	0,8	0,9

В залежності від віку Застрахованої особи застосовується коефіцієнт K7 вікової групи (Таблиця 7.):

Таблиця 7

Вікова група	Від 1 до 3 років включно	4 - 16 років включно	17 - 64 років включно	До 1 року та старше 65 років
K7	2,00	1,1	1,00	3,00

В залежності від розміру франшизи (безумовної) застосовується коефіцієнт K8 впливу франшизи (Таблиця 8.):

Таблиця 8

Франшиза	0,00	50 EUR	100 EUR	150 EUR
K8	1,00	0,80	0,70	0,60

У разі франшиз, відмінних від наведених, допускається застосування коефіцієнтів, отриманих шляхом інтерполяції або екстраполяції.

Страхування осіб, які не є громадянами України, здійснюється, за рішенням Страховика, з застосуванням поправочного коефіцієнта 1,5.

У разі довгострокових стосунків Страхувальника і Страховика застосовується коефіцієнт (знижка) за відсутність претензій, що враховує кількість останніх беззбиткових договорів страхування. Розмір знижки не може перевищувати 20%.

За комплексність страхування за рішенням Страховика застосовується коефіцієнт (знижка) наявності договорів з інших видів страхування, що не може бути меншим за 0,8.

Страховик має право враховувати актуальну ситуацію в країні подорожі та змінювати приналежність країни подорожі до того чи іншого класу ризику, враховувати індивідуальні умови для окремих груп та станів Застрахованих осіб, формувати програми страхування, що включають вищезазначені або інші види медико-санітарної та іншої допомоги, застосовувати актуальні ліміти відповідальності, франшизи.

У зв'язку з цим Страховик має право застосовувати додаткові індивідуальні коригуючі коефіцієнти у діапазоні значень 0,5-1,5.

Ліміти відповідальності та страхові премії можуть виражатися в американських доларах (USD). При цьому тарифи залишаються незмінними. Також можливе застосування іншої валюти; в цьому випадку застосовується перерахунок з однієї валюти в іншу за офіційним курсом НБУ.

Розмір страхового платежу (внеску, премії) встановлюється Страховиком самостійно шляхом добутку базового тарифу за один день подорожі з врахуванням курсу НБУ на дату укладання договору, кількості днів подорожі та відповідних коригуючих коефіцієнтів. У разі неактуальності окремого коригуючого коефіцієнта, його значення приймається рівним 1.

При страхуванні медичних витрат у разі здійснення одноразових поїздок в межах України розмір базового тарифу в залежності від виду допомоги та лімітів відповідальності Страховика наведено в Таблиці 9:

Таблиця 9

№ п/п	Види медико-санітарної та іншої допомоги, що відшкодовується	Ліміти відповідальності (% від страхової суми), інші обмеження	Базовий тариф (грн./ день)
1	Амбулаторне лікування	100%	1,0
2	Стационарне лікування терміном не більше 10 діб	100%	0,8
4	Швидка (невідкладна) медична допомога на місці виклику	10%	0,6
5	Невідкладна стоматологічна допомога	10%	0,3
6	Оплата вартості призначених лікарем медикаментів або компенсація витрат на їх придбання	100%	0,5
7	Транспортування до лікувального закладу у разі, якщо стан здоров'я не дозволяє пересуватися самостійно	10%	0,3
9	Репатріація останків до місця постійного проживання у разі смерті	100%	0,2
14	Дострокове повернення неповнолітніх дітей Застрахованої особи до місяця їх постійного проживання та, у разі необхідності, їх супровід третьою особою	Проїзд економічним класом.	0,3
16	Оплата залізничних та/або автобусних квитків (в обидві сторони) для візиту одного родича (батько, мати, чоловік, дружина) у випадку перебування у стаціонарі більше 10 діб, але не більше 30 діб	10%	0,4
15	Витрати на пошук та рятування Застрахованої особи	10%	0,8

В залежності від розміру страхової суми по договору страхування застосовується коефіцієнт K10 впливу розміру страхової суми (Таблиця 10.):

Таблиця 10

Страхова сума, грн.	3 000	5 000	10 000	15 000	20 000	25 000	30 000	40 000	50 000
K10	0,18	0,26	0,33	0,5	0,67	0,83	1,0	1,33	1,67

У разі страхових сум, відмінних від наведених, допускається застосування коефіцієнтів, отриманих шляхом інтерполяції або екстраполяції.

З метою індивідуалізації тарифів за рішенням Страховика застосовуються коригуючі коефіцієнти K5, K6, K7, K8, а також коригуючі коефіцієнти для не громадян України, за відсутності претензій, за комплексність страхування, та додаткові індивідуальні коригуючі коефіцієнти, значення яких наведено вище.

Норматив витрат на ведення справи становить 40%.

Актуарій

Кудра Д.Ю.

Свідоцтво № 01-010
виг 25.07.2013 р.