

**ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «СПЕЙР»**

« ЗАТВЕРДЖЕНО »
Загальними зборами учасників
Протокол №16 від 01.12.2016 року
Голова зборів
_____ / **Левчук С.А.**



ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

м. Київ, 2016р.

1.ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Правила добровільного страхування медичних витрат (надалі – **Правила**) розроблені відповідно до Закону України „Про страхування” №85/96-ВР від 07 березня 1996 р. зі змінами і доповненнями, норм цивільного та іншого законодавства України;

1.2. На підставі цих Правил, договорів добровільного страхування медичних витрат (надалі – **Договори**) Страховик здійснює добровільне страхування медичних витрат юридичних та фізичних осіб;

1.3. Ці Правила регулюють порядок укладання Договорів між Страховиком та Страхувальником у сфері страхування майнових інтересів фізичних та юридичних осіб, пов'язаних з життям, здоров'ям Застрахованої особи (надалі – ЗО), а саме з непередбаченими медичними витратами, понесеними у зв'язку з необхідністю надання медичної та медико-транспортної допомоги при настанні визначених договором страхування страхових випадків;

1.4. За договором добровільного страхування медичних витрат, укладеним відповідно до цих Правил, Страховик приймає на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування, в межах обумовленої договором страхування страхової суми, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору страхування;

1.5. У разі невідповідності окремих положень цих Правил нормам законодавства України, в тому числі внаслідок внесення змін до законів України, такі окремі положення перестають діяти. У договорі страхування Страхувальником та Страховиком може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в договір страхування і не діють у конкретних умовах страхування. У випадку, коли конкретні умови договору страхування не узгоджуються з положеннями цих Правил, застосовуються умови, визначені Сторонами договору страхування;

1.6. Терміни, що використовуються в цих Правилах:

1.6.1. **АСІСТАНС** – спеціалізована служба, що виконує координаційні, диспетчерські, організаційні, консультаційні та інші функції, яка діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку та організовує безпосереднє надання медичних послуг Застрахованій особі (Далі-ЗО) та організовує їх оплату;

1.6.2. **БЛИЗЬКІ РОДИЧІ** – дружина/чоловік, діти (в т.ч. всиновлені), мати/мачуха, батько/вітчим, рідні сестри/брати ЗО;

1.6.3. **ГОСТРИЙ БІЛЬ** - реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, яка суб'єктивно проявляється важким неприємним відчуттям, та у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю ЗО;

1.6.4. **ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ** - письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору страхування;

1.6.5. **КРАЇНА ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ** – країна, в якій ЗО проживає не менше 183 (ста вісімдесяти трьох) днів у календарному році;

1.6.6. **МЕДИЧНІ ВИТРАТИ** - витрати на амбулаторне, стаціонарне лікування та придбання ліків за призначенням лікаря, необхідність яких виникла внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання;

1.6.7. **МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД** - заклад охорони здоров'я, що надає медичну допомогу та послуги відповідно до вимог законодавства України;

1.6.8. **МЕДИЧНА ПОСЛУГА** - дія, спрямована на діагностику та лікування захворювань ЗО із залученням персоналу медичного закладу або Представника Страховика. Поняття медичної послуги включає в себе:

- огляд та консультацію лікаря;
- проведення лабораторних та інструментальних досліджень;

- виконання діагностичних та лікувальних процедур і маніпуляцій;
- проведення оперативних втручань;
- забезпечення лікарськими засобами, призначеними лікарем;
- послуги при перебуванні в медичному закладі (харчування, надання ліжка, тощо).

1.6.9. **НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК** - раптова, непередбачена подія, що не залежить від волі ЗО, що відбулась під час дії договору страхування та призвела до тілесних ушкоджень ЗО або її смерті;

1.6.10. **ПРЕДСТАВНИК СТРАХОВИКА** - довірена особа, якій доручається забезпечити отримання ЗО своєчасної медичної допомоги у разі нещасного випадку або раптового захворювання, організацію евакуації (репатріації) ЗО до місця постійного проживання;

1.6.11. **ПРИВАТНИЙ ЛІКАРЬ** - особа, яка отримала у встановленому законодавством порядку право на надання медичної допомоги та послуг;

1.6.12. **РАПТОВЕ ЗАХВОРЮВАННЯ** - гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або гострим станом ЗО, що становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання невідкладної медичної допомоги. Під загрозою здоров'ю та/або життю ЗО в цих Правилах розуміється стан ЗО, при якому ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання, або смерті ЗО;

1.6.13. **СТРАХУВАЛЬНИКИ** – дієздатні фізичні особи та юридичні особи, які уклали із Страховиком Договір;

1.6.14. **СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ (ПРЕМІЯ, ВНЕСОК)** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування;

1.6.15. **СТРАХОВА СУМА** - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату страхового відшкодування при настанні страхового випадку;

1.6.16. **СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ** - страхова виплата, яка здійснюється Страховиком у межах страхової суми за договором страхування при настанні страхового випадку;

1.6.17. **СТРАХОВИЙ ВИПАДОК** - подія, передбачена договором страхування, що відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Страхувальнику або іншій третій особі;

1.6.18. **СТРАХОВИЙ РИЗИК** - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності і випадковості настання;

1.6.19. **СТРАХОВИЙ ТАРИФ** - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування;

1.6.20. **СТРАХОВИК** – фінансова установа (юридична особа), яка одержала у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності та приймає на себе за договором страхування за певну винагороду (страхова премія) зобов'язання відшкодувати Страхувальнику заподіяну шкоду внаслідок настання страхового випадку;

В цих Правилах Страховик – Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «СПЕЙР».

1.6.21. **ТІЛЕСНІ УШКОДЖЕННЯ** - травми, поранення, опіки, що були отримані ЗО внаслідок нещасного випадку, який мав місце під час дії договору страхування, та потребують надання медичних послуг;

1.6.22. **ФРАНШИЗА** - частина збитків Страхувальника, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Страхування медичних витрат - вид страхування, за яким 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)

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Страховим ризиком за Правилами визнаються події, що мають ознаки імовірності та випадковості настання, а саме: раптове захворювання, нещасний випадок або інші надзвичайні події, передбачені програмами страхування, які мали місце під час перебування Застрахованої особи за кордоном,

3.2. Страховим випадком є подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась під час дії Договору страхування, документально підтверджена, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування відповідно до умов Договору страхування.

3.3. За Правилами страховим випадком є здійснення Застрахованою особою, асистантом або третьою особою непередбачених медичних витрат в зв'язку з нещасним випадком чи раптовим захворюванням, що сталися з Застрахованою особою під час та на території дії Договору страхування.

3.4. Витрати Застрахованої особи, які відшкодовуються Страховиком.

3.4.1. Витрати на медичну допомогу Застрахованій особі:

3.4.1.1. швидку медичну допомогу:

- на місці події спеціалізованою бригадою невідкладної медичної допомоги;
- у відділенні невідкладної допомоги медичного закладу (послуги медичного персоналу, невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження, вартість перебування у відділенні швидкої допомоги медичного закладу);

3.4.1.2. невідкладне (екстрене) амбулаторне лікування:

- на місці події: візит та послуги лікаря (первинний огляд і консультація, призначення лікування, медичні маніпуляції та експрес-діагностика), невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження, призначений лікарем догляд;

- в умовах медичного закладу - послуги лікаря (консультація, огляд, призначення лікування), невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження;

3.4.1.3. невідкладну (екстрену) госпіталізацію, у тому числі:

- невідкладні діагностичні (лабораторні, інструментальні) дослідження;
- хірургічне та/або медикаментозне лікування в стаціонарі;
- послуги медичного персоналу;
- готельні послуги (вартість перебування у палаті стандартного типу та/або реанімаційній палаті);
- медичний догляд (за призначенням лікаря).

У разі необхідності при невідкладній (екстреній) госпіталізації Страховик сплачує додатково:

- візит та медичні послуги лікаря-спеціаліста вузького профілю до Застрахованої особи у разі, якщо лікування не дає результату, а Застрахована особа за медичним висновком є нетранспортабельною;

- витрати, які пов'язані з необхідністю продовження перебування Застрахованої особи на території страхування у разі її невідкладної госпіталізації, якщо Застрахована особа визнана нетранспортабельною та виїзд Застрахованої особи до країни постійного проживання повинен бути організований у більш пізній строк (сума відшкодування зазначається у договорі страхування);

3.4.1.4. невідкладну стоматологічну допомогу при гострому зубному болю (стоматологічний огляд, рентген, видалення або пломбування тільки природних зубів);

3.4.1.5. невідкладну гінекологічну та акушерську допомогу у строк вагітності до 6 місяців;

3.4.1.6. медичний контроль за станом госпіталізованої Застрахованої особи та інформування сім'ї про стан її здоров'я (на суму, зазначену в договорі страхування);

3.4.1.7. оплату лікарських засобів та засобів медичного призначення, призначених лікарем.

3.4.1.8. Якщо лікарські засоби не можна придбати на місці і якщо це можливо та дозволено законодавством країни, де перебуває Застрахована особа. Страховик додатково сплачує витрати на доставку лікарських засобів на місце події, а саме:

- витрати на послуги кур'єрської, експрес-пошти, фактичні витрати агента (відрядження, проїзд) Представника Страховика;

- адміністративні витрати.

3.4.2. За умови безперервного перебування на території страхування строком, який перевищує 90 днів підряд, Страховик відшкодовує витрати тільки на невідкладну (екстрену) госпіталізацію Застрахованої особи або її репатріацію (медичну, посмертну), якщо інше не зазначене у договорі та/або програмі страхування.

3.4.3. Страховик залишає за собою право оплачувати лікування Застрахованої особи на території страхування у межах встановленої у договорі страхової суми до тих пір, доки стан здоров'я Застрахованої особи не дозволить перевезти його в Україну (країну постійного проживання, громадянства) з дотриманням умов п. 3.4.4.2 для продовження лікування.

3.4.4. Витрати на транспортні послуги ЗО:

3.4.4.1. на медичну евакуацію Застрахованої особи у найближчу лікувальну установу спеціалізованим медичним транспортом з подальшою госпіталізацією у випадках, якщо вона не може пересуватись самостійно;

3.4.4.2. на медичну репатріацію ЗО у випадках, якщо:

- за висновком лікаря Представника Страховика та місцевого лікаря, стан хворої Застрахованої особи дозволяє здійснити її перевезення у країну постійного проживання (у медичному супроводі або без нього);

- необхідна медична допомога, за висновком лікаря Представника Страховика та місцевого лікаря, не може бути надана на місці події;

- витрати на стаціонарне лікування можуть перевищити встановлений у договорі страхування страхову суму (ліміт страхової суми) за умови відсутності медичних протипоказань для здійснення медичної репатріації.

Витрати на медичну репатріацію включають в себе:

- витрати на транспортування (вартість проїзду у якості пасажира авіа-, залізничного, автотранспорту/вартість перевезення спеціалізованим авіатранспортом);

- витрати на медичний супровід лікаря та/або середнього медичного персоналу Представника Страховика за умови, якщо медичний супровід рекомендований лікарем;

- витрати на оплату додаткової ваги багажу переносного медичного обладнання;

- витрати медичної бригади або лікаря Представника Страховика;

- оплату вартості використання реанімаційного / не реанімаційного обладнання під час медичної репатріації.

3.4.4.3. на посмертну репатріацію тіла (праху) ЗО у випадку її смерті протягом строку та на території дії договору страхування:

- оплату послуг похоронного бюро та/або агента Представника Страховика;

- витрати на труну для міжнародного перевезення;

- оплату вартості перевезення тіла (праху) ЗО;

- витрати агента Представника Страховика на відрядження до місця страхового випадку.

3.4.4.4. поховання (кремацію) на території страхування. Страховик відшкодовує:

- витрати на послуги похоронного бюро та /або агента Представника Страховика;

- витрати на труну або кремацію тіла;

- витрати на перевезення до місця поховання;

- витрати на ритуальні послуги.

3.4.5. Якщо Застрахована особа - громадянин іноземної держави, особа без громадянства або особа з подвійним громадянством, Страховик відшкодовує вартість транспортної допомоги Застрахованій особі у обсязі, визначеному п.3.3.4.1 Правил (витрати на медичну евакуацію), за винятком випадків, якщо сплачено додатковий страховий платіж по ризику репатріації (медичної, посмертної) до митного пункту країни постійного проживання або громадянства Застрахованої особи.

3.4.6. У випадках, визначених пунктами 3.4.4.2-3.4.4.4, 3.4.5 Правил, невикористаний квиток на зворотній проїзд в Україну (країну постійного проживання) здається Представнику Страховика або безпосередньо Страховику.

3.4.7. Якщо Застрахована особа не мала зворотного квитка, не надала його або надала

після терміну можливого його використання, у випадках, визначених пунктами 3.4.4.2-3.4.4.4, 3.4.5 Правил, Страховик має право на відшкодування Застрахованою особою суми, яка дорівнює вартості квитка в один бік для проїзду Застрахованої особи в Україну (країну постійного проживання та/або громадянства Застрахованої особи). Ця сума обчислюється, виходячи із вартості проїзду у тій категорії транспорту, якою користувалася Застрахована особа, від'їжджаючи у подорож.

3.5. Перелік страхових ризиків і страхових випадків узгоджується Страховиком та Страхувальником при укладанні договору страхування.

3.6. Не підлягають страхуванню:

- громадяни, вік яких на день закінчення поїздки за кордон перевищує 75 років та діти молодше 1 року, якщо інше не передбачене Договором;
- особи, які мають медичні протипоказання відносно поїздки за кордон;
- вагітні жінки, строк вагітності яких перевищує 6 місяців;
- недієздатні та обмежено дієздатні особи.

3.7. Не є страховими випадками вимоги на плату медичної допомоги Застрахованій особі у випадках, якщо така допомога пов'язана із:

3.7.1. погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи внаслідок захворювання або травмування, яке було діагностовано до початку дії договору страхування, незалежно від того, проводилось його лікування чи ні, а також якщо були медичні протипоказання для здійснення Застрахованою особою подорожі за кордон;

3.7.2. хронічним захворюванням та загостреннями та/або ускладненнями хронічних захворювань, які не становлять загрозу життю Застрахованої особи;

3.7.3. будь-якою хворобою в стадії ремісії;

3.7.4. лікування будь-яких побічних, супутніх захворювань та/або симптомів;

3.7.5. станом здоров'я, який виник внаслідок самолікування, а також лікування у медичному закладі та/або у окремих лікарів без попереднього погодження із Представником Страховика;

3.7.6. погіршенням стану здоров'я, травмуванням або смертю Застрахованої особи внаслідок вживання наркотичних, токсичних речовин та/або алкоголю, а також у зв'язку із необґрунтованими зверненнями до Представника Страховика внаслідок перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

3.7.7. нервовими, психічними захворюваннями та їх загостреннями, а також пов'язаним з ними травмуванням;

3.7.8. вродженими вадами та захворюваннями;

3.7.9. медичними станами, що виникли внаслідок свідомого спричинення шкоди здоров'ю, травмування Застрахованою особою саму себе, спроб самогубства;

3.7.10. медичними станами, які виникли внаслідок скоєння Застрахованою особою умисного правопорушення або злочину за законами, які діють на території страхування та в країні постійного проживання;

3.7.11. відмови Застрахованої особи від обстеження та/або призначеного лікування лікарем Представника Страховика, недотримання призначень медичного персоналу або порушення лікувального режиму медичного закладу;

3.7.12. венеричними захворюваннями та захворюваннями, що передаються статевим шляхом;

3.7.13. навмисного наражання невиправданому ризику (за винятком випадків рятування життя іншої особі);

3.7.14. ВІЛ-інфікуванням, СНІДом та медичними станами, пов'язаними з ВІЛ-інфікуванням, а також будь-якими іншими імунодефіцитними розладами і станами;

3.7.15. захворюванням вірусними гепатитами, за винятком гепатиту «А»;

3.7.16. пологами, штучними абортами та їх наслідками (за винятком переривання вагітності по медичним показанням внаслідок нещасного випадку);

3.7.17. чоловічим та жіночим безпліддям та заходами по регулюванню народжуваності;

3.7.18. сонячними опіками або іншими гострими змінами шкіри внаслідок впливу ультрафіолетового випромінювання;

3.7.19. онкологічними захворюваннями;

3.7.20. медичними станами, пов'язаними з участю у будь-яких формах польотів, за винятком здійснення перельоту у якості пасажирів регулярного авіарейсу або ліцензованого чартерного перельоту за встановленим маршрутом;

3.7.21. погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи, якщо подорож було здійснено навмисне з наміром отримати лікування на території страхування;

3.7.22. захворюванням, травмуванням або смертю Застрахованої особи, які сталися внаслідок керування транспортним засобом (включаючи водні, наземні, повітряні види транспорту) без посвідчення на право керування даним засобом, внаслідок алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння Застрахованої особи та/або внаслідок передачі керування транспортним засобом особі, яка не має відповідного посвідчення або перебуває у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

3.7.23. погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи, які стали наслідками подорожей до країн, які перебувають у стані війни або громадянської війни, участі Застрахованої особи у війні (оголошеній або неоголошеній), військових діях, повстаннях, заколотах, бунтах, революціях, страйках, порушеннях громадського порядку, у будь-якому терористичному акті, військовому перевороті або у спробі узурпації влади, при вчиненні заколоту, під час та внаслідок перебування у закладах пенітенціарної системи;

3.7.24. медичними станами, що виникли під час служби в збройних силах будь-якої країни, а також під час роботи в правоохоронних структурах, воєнізованій пожежній охороні, чи охороні комерційних структур;

3.7.25. захворюваннями, що є наслідками раптового погіршення екологічної ситуації з причини радіаційного, хімічного та бактеріологічного забруднення навколишнього середовища;

3.7.26. погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи внаслідок виконання будь-яких форм небезпечної роботи у зв'язку з будь-яким ремеслом, професією, якщо додатковий ризик не був сплачений додатковою страховою премією; погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи у зв'язку із заняттями організованим або професійним спортом, екстремальними видами спорту, участю у будь-яких формах польотів (за винятком перельоту у якості пасажирів регулярного авіарейсу або чартерного перельоту), якщо додатковий ризик не був сплачений додатковою страховою премією.

3.8. Страховик не відшкодовує:

3.8.1. витрати у розмірі франшизи;

3.8.2. витрати, які Застрахована особа сплатила готівкою понад ліміт суми, встановлений у договорі страхування для оплати медичної допомоги готівкою;

3.8.3. витрати, понесені ЗО без відома Страховика і його Представника або не узгоджені з ними;

3.8.4. витрати, понесені Представником Страховика без узгодження із Страховиком;

3.8.5. витрати, здійснені Застрахованою особою поза строком та територією дії договору страхування, а також у період, що перевищує зазначену у страховому полісі кількість днів дії страхового захисту;

3.8.6. витрати на лікування, не передбачені договором страхування;

3.8.7. витрати на евакуацію/репатріацію, стаціонарне лікування, невідкладну (швидку) медичну допомогу, не узгоджену з Представником Страховика;

3.8.8. витрати на медичну евакуацію/репатріацію Застрахованої особи у випадку незначних захворювань або травм, які, на думку лікаря Представника Страховика та за погодженням Страховика, підлягають лікуванню на території страхування та/або не перешкоджають продовженню подорожі;

3.8.9. витрати на медичну евакуацію та/або репатріацію у випадку, коли, на думку лікаря Представника Страховика, Застрахована особа фізично спроможна повернутися у країну постійного проживання самостійно, у якості звичайного пасажирів;

3.8.10. витрати на лікування зубів, заміну або ремонт коронок, містків, окрім заходів, спрямованих на негайну (екстрену) стоматологічну допомогу при гострому зубному болю природних зубів;

- 3.8.11. витрати на придбання окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, будь-яке протезування, очне та зубне включно;
- 3.8.12. витрати на хірургічне втручання на серці та судинах (аорто-коронарне шунтування, тощо) навіть при наявності медичних показань для їх проведення;
- 3.8.13. витрати на відновлювальну та фізіологічну терапію, санаторно-курортне лікування, опікунський догляд;
- 3.8.14. витрати, що пов'язані з вагітністю та пологами, за винятком випадків ускладнень, які вимагають негайного медичного втручання та строк вагітності не перевищує 28 тижнів;
- 3.8.15. витрати на косметичну та пластичну хірургію, косметичне лікування, геліотерапію, водолікування;
- 3.8.16. витрати на медичне обстеження з профілактичною метою; витрати на медичне обстеження (лабораторне, інструментальне) та/або медичний огляд лікарем, після якого не було призначене лікування;
- 3.8.17. витрати на лікування, яке не відповідає поставленому діагнозу;
- 3.8.18. витрати на оплату медичних послуг, не підтверджених висновком лікаря;
- 3.8.19. витрати на медичні послуги, які, за висновком Представника Страховика та за погодженням Страховика, не є обов'язковими для діагностики та лікування;
- 3.8.20. витрати на лікування, не призначене лікарем, на медичний огляд та обстеження, після якого не було призначене лікування;
- 3.8.21. витрати на послуги, надані медичним закладом, який не має відповідної ліцензії;
- 3.8.22. витрати на проведення планових і позапланових щеплень та витрати на лікування захворювань, які виникли внаслідок порушення вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень;
- 3.8.23. витрати на проведення медичної експертизи;
- 3.8.24. витрати на лікування методами народної та нетрадиційної медицини;
- 3.8.25. витрати на індивідуальне посилене/дієтичне харчування;
- 3.8.26. витрати на забезпечення поліпшених побутових умов перебування в медичному закладі;
- 3.8.27. витрати на догляд за хворим з боку родичів незалежно від їх професійної кваліфікації;
- 3.8.28. Витрати на проведення курсу лікування захворювання, що виникло (загострилось або ускладнилось) внаслідок здійснення Застрахованою особою подорожі на територію страхування всупереч медичним рекомендаціям;
- 3.8.29. витрати на медичну реабілітацію;
- 3.8.30. витрати на лікування у випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування;
- 3.8.31. витрати на оплату будь-яких нематеріальних збитків;
- 3.8.32. витрати немедичного характеру, наприклад, телефонні розмови, які не мають відношення до страхового випадку, а також збитки, понесені в зв'язку з заподіянням шкоди майну страхувальника (застрахованої особи);
- 3.8.33. витрати, понесені в зв'язку з професійною помилкою лікаря, або іншої особи, яка надавала послуги страхувальнику (застрахованій особі).
- 3.9. Договором страхування можуть бути встановлені інші виключення та обмеження страхування.

4. СТРАХОВА СУМА

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

4.2. Страхова сума встановлюється Страхувальником за домовленістю зі Страховиком при укладанні Договору страхування.

4.3. В межах страхової суми договором можуть бути встановлені обмеження страхової суми (ліміти) на окремі види медичної допомоги.

5. СТРАХОВІ ТАРИФИ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

5.1. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

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

5.3. Страхові тарифи встановлюються Страховиком самостійно на підставі актуарних розрахунків. Базові страхові тарифи наведені у Додатку № 1 до Правил.

5.4. Конкретний розмір страхового тарифу за окремим договором страхування визначається на підставі таблиці базових страхових тарифів і страхових премій з урахуванням обставин, які впливають на страховий ризик, наявності додаткових умов страхування із застосуванням понижуючих або підвищуючих коефіцієнтів. Обчислений таким чином страховий тариф зазначається у договорі страхування.

5.5. Конкретний розмір страхового платежу за окремим договором страхування визначається на підставі таблиці базових страхових тарифів і страхових платежів залежно від обраної страхової суми, строку та території дії договору страхування, кількості днів дії страхового захисту, наявності додаткових умов страхування шляхом множення базового страхового платежу за один день страхування на кількість днів перебування Застрахованої особи на території дії договору страхування та на поправочні коефіцієнти. Обчислена таким чином сума страхового платежу зазначається у договорі страхування.

5.6. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово при оформленні договору страхування у безготівковій формі на розрахунковий рахунок або готівкою до каси Страховика, якщо інший порядок його сплати не передбачений договором.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Строк дії договору страхування визначається за згодою його Сторін;

6.2. Договір страхування набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування;

6.3. Договір страхування припиняє свою дію у випадках, передбачених розділом 8 цих Правил;

6.4. Місце дії Договору страхування визначається за згодою його Сторін.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування укладається у письмовій формі на підставі усної або письмової заяви Страхувальника. Факт укладання договору страхування може посвідчуватись страховим Свідоцтвом (Полісом, Сертифікатом);

7.2. При укладанні договору страхування Страхувальник зобов'язаний надати Страховику всю наявну інформацію та документи, які є підставою для визначення страхового ризику;

7.3. Страхувальник несе відповідальність за повноту, достовірність та своєчасність надання інформації, зазначеної в п.7.2. цих Правил, як за невиконання прийнятих на себе зобов'язань;

7.4. У випадку втрати договору або страхового Свідоцтва (Полісу, Сертифікату) в період дії договору страхування, Страховик видає Страхувальнику дублікат. Після видачі дублікату втрачений договір страхування або страхове Свідоцтво (Поліс, Сертифікат) є недійсними і виплати страхових відшкодувань за ним не здійснюються;

7.5. Будь-які зміни та доповнення до Договору страхування вносяться письмово за згодою Страхувальника і Страховика шляхом укладання Додаткових угод;

7.6. Договором страхування можуть бути передбачені умови страхування інші, ніж викладені в цих Правилах, якщо це не суперечить законодавству України;

7.7. У Договорі страхування Страхувальником та Страховиком може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в договір страхування і не діють у конкретних умовах страхування. У разі, якщо конкретні умови договору страхування не узгоджуються з положеннями цих Правил, застосовуються умови, визначені Сторонами договору страхування.

8. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Дія договору страхування припиняється та договір страхування втрачає чинність за

згодою Сторін, а також у разі:

- 1) закінчення строку дії;
- 2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 3) несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором страхування строки. При цьому, договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;
- 4) ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи, за винятком випадків, передбачених ст. 22, 23, 24 Закону України "Про страхування";
- 5) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 6) прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
- 7) з моменту виникнення обставин, що змінюють страховий ризик, якщо Сторонами не погоджено інше і це передбачено в Договорі ;
- 8) в інших випадках, передбачених законодавством України;

8.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити другу Сторону не пізніше, як за 10 календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування;

8.2.1. При достроковому припиненні договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії договору страхування з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю;

8.2.2. При достроковому припиненні дії договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування;

8.3. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним Кодексом України.

8.4. У разі визнання договору страхування недійсним або неукладеним, кожна із Сторін зобов'язана повернути іншій Стороні все отримане за цим договором страхування, якщо інше не передбачено законодавством України;

8.5. Договір страхування може бути визнаним недійсним у судовому порядку з інших підстав.

9. ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

9.1.1. ознайомитися з Правилами та ознайомити з ними Застраховану особу, одержати роз'яснення щодо умов страхування та порядок виплати страхової суми;

9.1.2. вимагати від Страховика виконання умов договору;

9.1.3. достроково припинити дію договору;

9.1.4. змінити умови договору;

9.1.5. отримати від Страховика протягом строку дії договору дублікат страхового полісу у разі його втрати, при цьому загублений Страхувальником оригінал втрачає юридичну чинність;

9.1.6. одержати страхове відшкодування витрат, здійснених ним самостійно у обсягах та порядку, передбаченому умовами договору,

- 9.2. Страхувальник зобов'язаний:
- 9.2.1. дотримуватись виконання умов договору;
 - 9.2.2. вчасно та у повному обсязі сплачувати страхову премію, визначену договором;
 - 9.2.3. ознайомити кожную Застраховану особу з умовами договору та Правилами; забезпечити отримання кожною Застрахованою особою страхового полісу;
 - 9.2.4. при укладанні договору надати Страховику письмову інформацію про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;
 - 9.2.5. на вимогу Страховика під час укладання договору надати результати медичного обстеження особи, що страхується;
 - 9.2.6. при настанні випадку, який має ознаки страхового, протягом 24 годин сповістити про те, що сталося, Представника Страховика (безпосередньо Страховика) через зазначений у договорі страхування номер телефону або будь-яким іншим доступним способом, який надає змогу об'єктивно зафіксувати факт повідомлення, та виконувати всі його рекомендації та розпорядження;
 - 9.2.7. документально підтвердити Страховику або його Представнику, що на момент звернення за медичною та іншою допомогою дія договору страхування не припинилась;
 - 9.2.8. на вимогу Страховика або його Представника надати документи, що стосуються характеру, причин, обставин настання страхового випадку;
 - 9.2.9. дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком;
 - 9.2.10. вчасно вживати запобіжних заходів щодо зменшення ймовірності настання страхових випадків та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
 - 9.2.11. повідомити Страховика про інші діючі договори, укладені стосовно відповідної Застрахованої особи з іншими Страховиками;
 - 9.2.12. упродовж дії договору письмово сповіщати Страховика про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються Страхувальника і Застрахованої особи;
 - 9.2.13. письмово повідомити Страховика про реорганізацію' або ліквідацію Страхувальника-юридичної особи.
- 9.3. Страховик має право:
- 9.3.1. перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію;
 - 9.3.2. достроково припинити дію договору;
 - 9.3.3. вимагати від Страхувальника виконання умов договору;
 - 9.3.4. вимагати від Представника Страховика та ЗО попереднього узгодження витрат по подіям, заявленим як страхові;
 - 9.3.5. відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках, визначених у розділі 12 Правил;
 - 9.3.6. протягом терміну позовної давності, визначеного законодавством України, із дня здійснення страхової виплати вимагати повернення суми страхового відшкодування або його частини, якщо на те виникнуть підстави, передбачені законодавством України або умовами договору;
 - 9.3.7. вимагати медичного освідчення Застрахованої особи у разі виникнення сумнівів у правдивості інформації стосовно обставин страхового випадку;
 - 9.3.8. змінити умови договору;
 - 9.3.9. самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, а в разі необхідності отримувати від компетентних органів висновки про обставини страхового випадку;
 - 9.3.10. у разі необхідності звільнити лікарів від зобов'язання зберігати лікарську таємницю особи;
 - 9.3.11. вимагати від Страхувальника/ Застрахованої особи або Вигодонабувача інші документи для підтвердження факту настання страхового випадку, крім зазначених у п.п.11.17, 11.19 Правил;
 - 9.3.12. відстрочити виплату страхового відшкодування у випадку виникнення сумнівів щодо факту настання страхового випадку;
- 9.4. Страховик зобов'язаний:
- 9.4.1. ознайомити Страхувальника з Правилами;

- 9.4.2. дотримуватись виконання умов договору;
- 9.4.3. видати Страхувальнику примірник договору;
- 9.4.4. як тільки стане відомо про настання страхового випадку, протягом 24 годин вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхового відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі);
- 9.4.5. у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у встановлений договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за невчасну виплату страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику/ Представнику, який за дорученням Страховика здійснював урегулювання збитку, пені, розмір якої визначається договором страхування або законом;
- 9.4.6. відшкодувати здійснені Страхувальником (Застрахованою особою) витрати при настанні страхового випадку щодо запобігання та зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору;
- 9.4.7. тримати в таємниці відомості про Страхувальника і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України, забезпечити конфіденційність інформації медичного характеру про Застраховану особу, крім випадків, коли розголошення такої інформації зумовлене необхідністю надання медичної допомоги;
- 9.4.8. надавати роз'яснення з усіх питань, що виникають у Страхувальника або Застрахованої особи за договором.
- 9.4.9. у випадку звернення Страхувальника або Застрахованої особи з приводу втрати примірника договору протягом терміну його дії оформити та видати дублікат втраченого документу.
- 9.5. Застрахована особа має право:
- 9.5.1. скористатися правами Страхувальника, передбаченими Правилами;
- 9.5.2. якщо Застрахована особа є недієздатною або обмежено дієздатною, права здійснюють її законні представники.
- 9.6. Застрахована особа зобов'язана:
- 9.6.1. дотримуватись виконання умов договору;
- 9.6.2. надійно зберігати договір та не передавати його іншим особам;
- 9.6.3. у разі втрати договору протягом 24 годин звернутись до Страховика із заявою про видачу дублікату;
- 9.6.4. при настанні страхового випадку повідомити про свій стан Представника Страховика або безпосередньо Страховика з додержанням вимог розділу 10 Правил та узгодити з ними свої дії та витрати;
- 9.6.5. при отриманні медичних послуг виконувати всі розпорядження Представника Страховика за кордоном або безпосередньо Страховика;
- 9.6.6. у разі необхідності та за умови обов'язкового попереднього погодження з Представником Страховика та якщо це передбачено умовами договору, особисто сплатити вартість медичних послуг, отриманих амбулаторно;
- 9.6.7. на вимогу Страховика пройти медичне обстеження для підтвердження або спростування обґрунтованості наданої допомоги у зв'язку із страховим випадком;
- 9.6.8. звільнити лікарів від зобов'язання зберігати лікарську таємницю перед Страховиком;
- 9.6.9. вчасно інформувати Страховика про зміни адреси місця постійного проживання, контактних телефонів, паспортних даних.
- 9.7. Умовами договору можуть бути передбачені також інші права та обов'язки сторін.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. В строк не пізніше 24 годин після настання випадку, який згідно з умовами розділу 3 Правил може бути визнаний страховим, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повідомити Представника Страховика за телефонами, зазначеними у договорі та узгодити з ним свої подальші дії. Якщо неможливо зробити повідомлення Представнику Страховика, то допускається зробити його безпосередньо Страховику.

10.2. Якщо ЗО фізично не спроможна звернутись до Представника Страховика (безпосередньо Страховика) перед початком надання їй медичних послуг, вона або її представник повинні при першій можливості, але не пізніше 2-х (двох) діб з моменту початку надання медичних послуг, повідомити про це Представника Страховика або безпосередньо Страховика та узгодити витрати та подальші свої дії.

10.3. Повідомлення Представника Страховика або безпосередньо Страховика має містити:

- найменування страхової компанії, з якою укладено договір;
- прізвище, ім'я ЗО та найменування Страхувальника;
- номер договору страхування;
- дату початку та дату закінчення строку дії договору страхування;
- кількість днів дії договору страхування;
- інформацію про випадок, що стався;
- адресу і телефон місця, де перебуває ЗО.

10.4. Представник Страховика надсилає інформацію про заявлену подію Страховику у порядку та строк, визначений договором доручення, і після узгодження із Страховиком витрат організує надання медичних та інших послуг Застрахованій особі згідно з умовами договору страхування, контролює своєчасність, адекватність, адресність, якість надання цих послуг та гарантує їх оплату за дорученням та за рахунок коштів Страховика.

10.5. У будь-якому випадку надання медичної та іншої допомоги Застрахованій особі розпочинається тільки після пред'явлення Застрахованою особою (наявності у неї) договору.

10.6. У будь-якому випадку всі, здійснені Застрахованою особою, витрати на оплату медичної та іншої допомоги повинні бути узгоджені із Представником Страховика або Страховиком безпосередньо.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ ВИПЛАТ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ ТА ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. Оплата медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні випадків протягом та на території дії договору, може здійснюватись:

11.1.1. Представником за дорученням та за рахунок коштів Страховика на рахунок закладів, які надавали допомогу Застрахованій особі;

11.1.2. Застрахованою особою самостійно (готівкою або шляхом безготівкового перерахування) в межах, визначених договором, якщо такий порядок оплати допомоги передбачений його умовами.

11.2. При настанні випадків згідно з умовами договору в межах страхової суми Страховик здійснює страхове відшкодування витрат за надану медичну допомогу Застрахованій особі:

11.2.1. Представнику Страховика, який сплатив вартість наданих Застрахованій особі послуг на території та у строк дії договору;

11.2.2. Застрахованій особі, якщо за погодженням із Представником Страховика (безпосередньо Страховика) вона сплатила вартість медичних послуг особисто.

11.3. Рішення про здійснення виплати страхового відшкодування Представнику Страховика або Застрахованій особі приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів із дати отримання всіх необхідних документів, зазначених у п. 11.17 та п.11.19 Правил.

11.4. У випадку, зазначеному у п.11.2.1 цих Правил, Страховик складає страховий акт та відшкодовує витрати на рахунок Представника Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дати його підписання сторонами; при цьому копія страхового акту передається ЗО (у випадку посмертної репатріації ЗО -її спадкоємцю за законом);

11.5. У випадку, зазначеному у п. 11.2.2, Страховик складає страховий акт та відшкодовує витрати Застрахованій особі через касу або у безготівковому порядку відповідно до бажання Застрахованої особи, викладеного нею у заяві про страхове відшкодування, протягом 10 (десяти) робочих днів з дати підписання страхового акту сторонами; при цьому примірник страхового акту передається Застрахованій особі (у випадку посмертної

репатріації Застрахованої особи - її спадкоємцю за законом).

11.6. Днем здійснення страхової виплати вважається день списання коштів з поточного рахунку Страховика.

11.7. Договором доручення із Представником Страховика може бути передбачений інший порядок та строк прийняття рішення про виплату страхового відшкодування.

11.8. Розмір страхових виплат визначається згідно з рахунками, виставленими установами, які надали послуги Застрахованій особі.

11.9. Умови виплати страхового відшкодування:

- страхове відшкодування не може перевищувати розміру прямих витрат, яких зазнала Застрахована особа;

- страхове відшкодування сплачується Страховиком у межах ліміту страхової суми, якщо він встановлений договором страхування, та за вирахуванням безумовної франшизи, якщо вона передбачена умовами страхування;

- загальна сума виплат для кожної Застрахованої особи за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми для цієї Застрахованої особи, встановленої договором страхування.

11.10. У випадку, коли сума можливих витрат по страховому випадку може перевищити страхову суму, Страховик в першу чергу сплачує витрати на невідкладні медичні заходи, спрямовані на усунення загрози життю та стабілізацію медичного стану Застрахованої особи.

11.11. У випадку, коли згідно висновку лікаря Представника Страховика та місцевого лікаря, можливо здійснити транспортування ЗО до місця постійного проживання, Страховик сплачує через Представника витрати на медичну репатріацію.

11.12. У випадку смерті Застрахованої особи на території дії договору Страховик сплачує у першу чергу витрати на репатріацію її тіла згідно п. 3.4.4.3 Правил. Для Застрахованих осіб - іноземних громадян та осіб без громадянства Страховик сплачує вартість медично - транспортної допомоги у обсязі медичної евакуації у межах території страхування, якщо не сплачено додатковий страховий платіж за ризиком медичної або/та посмертної репатріації у країну постійного проживання.

11.13. Якщо договір укладено на строк безперервного перебування Застрахованої особи на території дії договору більше 90 діб, у період, що перевищує зазначену кількість днів, Страховик сплачує витрати на екстрену госпіталізацію або на медичну репатріацію потерпілої Застрахованої особи у межах встановленої договором страхової суми, якщо договором не зазначене інше.

11.15. При здійсненні ЗО багаторазових подорожей на територію дії договору страхування сплата страхового відшкодування здійснюється не більше ніж за ту кількість днів безперервного перебування ЗО на цій території у межах кожної подорожі, яка зазначена у договорі страхування.

11.16. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) одержав відшкодування за збиток від третіх осіб, Страховик виплачує тільки різницю між сумою, що підлягає виплаті у вигляді страхового відшкодування, і сумою, яка одержана від третіх осіб. Застрахована особа повинна протягом п'яти робочих днів повідомити Страховика про одержання таких сум.

11.17. У випадку, коли медичні та інші послуги ЗО були оплачені Представником Страховика, медичний заклад або лікар, який надавав послуги ЗО, надсилає Представнику Страховика рахунок на сплату вартості наданих послуг та оригінали документів, що підтверджують обставини страхового випадку і розмір збитку, а саме:

11.17.1. копію договору;

11.17.2. копію документу, що підтверджує особу Застрахованої особи;

11.17.3. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру;

11.17.4. рахунки на оплату медичних послуг, наданих Застрахованій особі;

11.17.5. оригінал медичного рапорту на фірмовому бланку та/або з оригінальною печаткою лікувально-профілактичної установи, у якій була надана допомога (або лікаря який надавав допомогу), із зазначенням імені та прізвища Застрахованої особи, номеру договору,

дати звернення Застрахованої особи медичного закладу (лікаря), попереднього та клінічного діагнозу, переліку та вартості призначеного лікування; медичні висновки лікарів, які надавали допомогу, результати лабораторних та інструментальних досліджень. Медичний звіт або довідка лікаря повинна бути засвідчена підписом Застрахованої особи про отримання зазначених в ній послуг;

11.17.6. оригінали рецептів на призначені лікарські засоби;

11.17.7. офіційний протокол про факт настання нещасного випадку з інформацією про посадових осіб, які засвідчили факт нещасного випадку, їх адреси і телефони, опис обставин нещасного випадку, стан Застрахованої особи у відношенні алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння; довідку з медичної установи із зазначенням діагнозу, та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої Застрахованої особи на момент нещасного випадку або протягом 10 годин після нього;

11.17.8. довідку авіаперевізника, рахунки (квитанції) за оплату додаткової ваги багажу, мита, вартості перевезення (квитки за проїзд) до митного пункту країни постійного проживання у разі медичної репатріації Застрахованої особи;

11.17.9. довідку консульської установи на території страхування про смерть у разі загибелі (смерті) Застрахованої особи на території страхування; рахунки за послуги, передбачені пп.3.4.4.2-3.4.4.4 Правил, висновки і довідки установ, які надавали ці послуги, транспортні накладні, митні декларації, довідка авіаперевізника та ін.;

11.17.10. невикористані ЗО квитки на зворотній проїзд до місця постійного проживання;

11.18. Зазначені у п.11.17 цих Правил документи, а також завірені копії платіжних документів про сплату Представником Страховика вартості наданих ЗО послуг Представник Страховика передає Страховику. На підставі отриманих від Представника Страховика документів Страховик приймає рішення про виплату страхового відшкодування та складає страховий акт.

11.19. У разі, якщо за погодженням із Представником Страховика безпосередньо Страховиком та якщо це передбачено умовами договору, Застрахована особа особисто оплатила вартість медичної допомоги, то для отримання страхового відшкодування вона зобов'язана у строк не пізніше доби з моменту настання страхового випадку подати Страховику заяву про страхове відшкодування здійснених нею на території страхування витрат.

До заяви Застрахованої особи додаються:

11.19.1. оригінал договору;

11.19.2. документ, що підтверджує особу Застрахованої особи;

11.19.3. рахунки на оплату медичних послуг, наданих Застрахованій особі, та фіскальні чеки (платіжні доручення), що посвідчують факт їх сплати;

11.19.4. оригінал медичного рапорту на фірмовому бланку та/або з оригінальною печаткою лікувально-профілактичної установи, у якій була надана допомога Застрахованій особі (або лікаря, який надавав допомогу), із зазначенням імені та прізвища Застрахованої особи, номеру договору, дати звернення Застрахованої особи до медичного закладу (лікаря), попереднього та клінічного діагнозу, переліку та вартості призначеного лікування; медичні висновки лікарів, які надавали медичні послуги, результати лабораторних та інструментальних досліджень. Медичний звіт або довідка лікаря повинна бути засвідчена підписом Застрахованої особи про отримання зазначених в ній послуг;

11.19.5. медична довідка про факт настання нещасного випадку;

11.19.6. оригінали рецептів на придбані ліки та фіскальні чеки про їх сплату;

11.19.7. сплачений чек за дзвінок до Представника Страховика або безпосередньо Страховика з відмітками про дату дзвінка, абоненту та тривалості розмови;

11.19.8. платіжні реквізити для перерахування страхового відшкодування.

11.20. На підставі отриманих від Застрахованої особи документів Страховик приймає рішення про страхову виплату і складає страховий акт.

11.21. Якщо наведених у п. 11.17 та п. 11.19 Правил документів недостатньо для підтвердження факту настання страхового випадку, визначення причин та обставин настання страхового випадку, а також розміру завданого збитку, Страховик письмово повідомляє

Страхувальника (Застраховану особу) про необхідність проведення додаткового розслідування обставин страхового випадку, отримання додаткових експертних висновків про розмір завданого збитку або інших документів та/або інформації, необхідних для здійснення страхової виплати. При цьому Страховик направляє офіційні запити в компетентні органи про надання відповідних документів та/або інформації, що підтверджують факт та причину настання страхового випадку, а також розмір завданого збитку. В такому випадку рішення приймається після дослідження всіх обставин за яких настав страховий випадок, але не пізніше ніж через 6 місяців з дати звернення.

11.22. Страховик залишає за собою право в спірних випадках вимагати проведення додаткового медичного або клінічного обстеження Застрахованої особи у визначених ним медичних закладах. Строк такого обстеження не повинен перевищувати 90 (дев'яносто) днів.

11.23. Умовами договору можуть бути передбачені інші документи, необхідні для підтвердження чинності договору на момент настання страхового випадку (туристичний ваучер (путівка), проїзні документи, посвідчення про відрядження тощо).

11.24. Кожна із сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи за рахунок Сторони, яка вимагає такої експертизи.

12. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. Підставами для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є:

12.1.1. 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, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

12.1.2. вчинення Страхувальником-громадянином або Застрахованою особою умисного злочину, що спричинив страховий випадок;

12.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про Застраховану особу та/або про факт настання страхового випадку;

12.1.4. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної в їх заподіянні;

12.1.5. невчасне повідомлення або неповідомлення Застрахованою особою Представника Страховика або Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин, створення Страховикові або Представнику Страховика перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

12.1.6. ненадання або невчасне надання на вимогу Страховика Застрахованою особою документів, які підтверджують факт настання страхового випадку та/або його обставини;

12.1.7. відмова Страхувальника (Застрахованої особи) від виконання розпоряджень Представника Страховика;

12.1.8. якщо Застрахована особа діяла на свій розсуд без попередньої згоди Страховика або його закордонного Представника;

12.1.8. якщо ЗО діяла на свій розсуд без попередньої згоди Страховика або його Представника;

12.1.9. настання випадків, що зазначені в Правилах як винятки;

12.1.10. інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

12.2. При наявності сумнівів у підставах для виплати страхового відшкодування Страховик може відстрочити її (із письмовим повідомленням Застрахованої особи до отримання результатів перевірки цих підстав, але на термін не більше 6 (шести) місяців).

12.3. Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дати отримання всіх необхідних документів, передбачених пп.11.17, 11.19, 11.21 Правил та договором.

12.4. Рішення про відмову у здійсненні виплати страхового відшкодування Страховик повинен обґрунтувати у письмовому вигляді з викладенням причин відмови та надати оригінал ЗО, а копії - Представнику Страховика.

12.5. Відмова Страховика у виплаті страхового відшкодування Застрахованій особі може бути оскаржена Страхувальником (Застрахованою особою) у судовому порядку.

12.6. Якщо рішення Страховика про відмову у страховій виплаті визнано законним у судовому порядку або визнається Застрахованою особою, вона самостійно відшкодовує вартість отриманих послуг особам, що надавали їй допомогу.

12.7. У разі порушення кримінального провадження у зв'язку із страховим випадком прийняття рішення про страхову виплату або про відмову у ній здійснюється Страховиком після закінчення розслідування або після винесення вироку суду.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

13.1. Суперечності та розбіжності, що впливають із умов договору страхування, вирішуються сторонами шляхом переговорів.

13.2. У випадку, якщо не досягнуто згоди шляхом переговорів, суперечності вирішуються у порядку, установленому чинним законодавством України.

14. ОСОБЛИВІ УМОВИ

14.1. Будь - які повідомлення приймаються Страховиком/Страхувальником лише в письмовому вигляді (прийнятним є обмін повідомленнями із використанням факсимільного зв'язку та електронної пошти з подальшим надсиланням оригіналів документів).

14.2. За згодою сторін умови договору можуть змінюватися та доповнюватися, якщо ці зміни не суперечать законодавству України та відповідають Правилам.

14.3. Все, що не урегульовано Правилами та договором, укладеного відповідно до Правил, регулюється чинним законодавством України.

Зміни та доповнення до Правил здійснюються у відповідності до чинного законодавства України. Нова редакція Правил набирає чинності після дати їх реєстрації.

Додаток 1
До Правил добровільного страхування
медичних витрат

Страхові тарифи

При укладанні Договорів добровільного страхування медичних витрат застосовуються тарифи (у % від страхової суми), які наведені у Таблиці 1.

Таблиця 1

Базові річні тарифи	
Страхові випадки	Тариф, %
Транспортування до лікарні, витрати на медичну допомогу, вартість короткочасного або тривалого курсу лікування	0,25
Витрати на невідкладну стоматологічну допомогу	0,15
Витрати на проведення медичної репатріації	0,05
Витрати на транспортування тіла або попелу до місця поховання в країні постійного проживання	0,05

При укладанні Договору страхування на термін до одного року розмір тарифу розраховується виходячи з розміру річного страхового тарифу з урахуванням коефіцієнтів короткостроковості до річного страхового тарифу, що наведені нижче. При цьому неповний місяць дії Договору страхування вважається за повний.

Таблиця 2

Коефіцієнт короткостроковості			
Термін страхування	Коригуючий коефіцієнт до страхового тарифу	Термін страхування	Коригуючий коефіцієнт до страхового тарифу
до 5-ти днів	0,05	4 місяці	0,50
до 10-ти днів	0,07	5 місяців	0,60
до 15-ти днів	0,10	6 місяців	0,70
до 20-ти днів	0,15	7 місяців	0,75
до 25-ти днів	0,20	8 місяців	0,80
1 місяць	0,25	9 місяців	0,85
2 місяці	0,30	10 місяців	0,90
3 місяці	0,40	11 місяців	0,95

В залежності від величини франшизи по договору страхування Страховиком застосовуються наступні коригуючі коефіцієнти

Корегування тарифу за франшизою

Франшиза, % від страхової суми	Коефіцієнт/ франшиза умовна	Коефіцієнт/ франшиза безумовна
0-0,1	1,10	1,05
0,1-0,5	1,05	1,00
0,5-1,0	0,90	0,95
1,0-3,0	0,95	0,90
3,0 та більше	0,90	0,85

В окремих випадках Страховик, в залежності від додаткових особливих умов договору страхування, може застосувати інші коригуючі коефіцієнти в діапазоні від 0,1 до 0,4.

Реальний страховий тариф за договором страхування розраховується шляхом множення базового страхового тарифу на коригуючі коефіцієнти.

Норматив витрат на ведення справ становить 35% від величини страхового тарифу.

Актуарій

Клименко Юлія
(Свідоцтво № 01-018 від 19.11.2015 р.)