

ЗАТВЕРДЖУЮ
Голова Правління
ПрАТ "СК "ПРЕСТИЖ"


Є.В. Бридун

30.07.2013



П Р А В И Л А
добровільного страхування медичних витрат
№ 21

Київ – 2013

ЗМІСТ

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ	3
1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	5
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	5
3. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ	5
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	6
5. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. ФРАНШИЗА	8
6. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ, УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	9
7. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЗМІНА СТУПЕНЯ РИЗИКУ	11
8. ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	11
9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	13
10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ.....	14
11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	15
12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	16
13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	16
14. ОСОБЛИВІ УМОВИ	16
Додаток 1 Опції страхування.....	17
Додаток 2 Особливі умови медичного страхування осіб, які здійснюють закордонні поїздки	19
Додаток 3 Базові страхові тарифи.....	24

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

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

Гостре захворювання – захворювання, що виникло несподівано, на тлі повного здоров'я та причини якого ніяк не пов'язані із станом здоров'я людини, що існував до моменту захворювання. Захворювання вважається гострим, якщо його тривалість від моменту початку не перевищує шести місяців.

Гострий біль - така реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

Договір страхування – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання в разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату безпосередньо (або через Асистуючу компанію (Асистанс) закладу, який надав лікувально-діагностичні, профілактичні, транспортні або інші послуги, передбачені договором страхування та Опціями страхування Страхувальнику (Застрахованій особі), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору страхування.

Застрахована особа – фізична особа, на користь якої Страхувальником укладений із Страховиком договір страхування лише за згодою цієї особи, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

Ліміт відповідальності – установлений у договорі страхування граничний розмір страхових виплат за одним з ризиків або їх сукупності, у разі досягнення якого договір страхування припиняє свою дію в цілому або відносно страхових ризиків, відповідно до яких здійснювалися страхові виплати. Ліміт може виражатися у грошових одиницях (грошовий ліміт), в кількості послуг або мати інші обмеження (квотний ліміт).

Медичний заклад – заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, із яким Страховиком або Асистуючою компанією (Асистансом)) укладена угода про надання медичних послуг Застрахованим особам.

Нешасний випадок – раптова, короткочасна, непередбачувана 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 Застрахованої особи та/або її загибелі (смерті), яка не підпадає під виключення згідно з цими Правилами.

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

Під розладом здоров'я слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травма, забій, рана, перелом, черепно – мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля і т. ін.), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу тощо); зараження інфекційним захворюванням, якщо інфекційна речовина потрапляє в тіло Застрахованої особи через поранення в результаті нещасного випадку, захворювання кліщовим енцефалітом або поліомелітом, вивих, розтягнення, розриви органів, у тому числі розрив хребетного стовпа тощо.

Правила страхування - Правила добровільного страхування медичних витрат № 21 ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА “СТРАХОВА КОМПАНІЯ “ПРЕСТИЖ”.

Опція страхування - перелік лікувально-діагностичних, транспортних та інших послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з договором страхування.

Асистуюча компанія (Асистанс) – юридична особа, що здійснює окремі страхові операції в межах дозволеної страхової діяльності, щодо допомоги страхувальнику, застрахованому чи вигодонабувачу, що потрапили в скрутне становище під час подорожі або ж знаходження далеко від місця проживання, у грошовому вигляді або в натурально - речовій формі через, медичне, організаційне (розміщення в готелі) сприяння, внаслідок настання страхового випадку, а також приймає участь у врегулюванні страхових випадків, приймає повідомлення, заяви про страхові випадки, експертизи, з'ясовує обставини страхової події, встановлює причини її настання, з'ясовує розмір збитків, здійснює страхову виплату.

Назва, адреса та телефони Асистуючої компанії (Асистансу) зазначаються у договорі страхування.

Асистуюча компанія (Асистанс) може здійснювати виплати по страховому випадку за Страхувальника та вимагати відповідної компенсації від Страховика.

Страховик – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ПРЕСТИЖ", від імені якого укладається договір (договори) добровільного страхування медичних витрат.

Страхувальник – юридична або дієздатна фізична особа, яка має право укласти договір страхування на випадок настання будь-якого одного або кількох страхових ризиків, зазначених в п. 3.2 цих Правил страхування.

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

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

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату у разі настання страхового випадку.

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

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

Близькі родичі Застрахованої особи – його (її) жінка (чоловік), діти (в тому числі – всиновлені), його (її) матір, батько (матір, батько його (її) жінки, чоловіка), рідна сестра чи брат, також інші особи, які спільно проживають з Застрахованою особою, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки.

Вартість проїзду - вартість квитка на проїзд залізничним та/або морським транспортом першим класом або авіаквитка - економічним класом.

Країна постійного проживання - країна, в якій Застрахована особа проживає у цілому не менше 183 днів у календарному році.

Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування. Франшиза може бути безумовною або умовною. Величина франшизи визначається у відсотках від страхової суми або в абсолютній грошовій величині.

Безумовна франшиза вираховується при розрахунку суми страхового відшкодування при кожному та будь – якому страховому випадку.

Умовна франшиза не вираховується при розрахунку суми страхового відшкодування у разі, якщо розмір збитку перевищує величину умовної франшизи, яка встановлена договором страхування. Якщо розмір збитку дорівнює або менше величини умовної франшизи, яка встановлена договором страхування, виплата страхового відшкодування не здійснюється.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

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

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

1.3. Якщо Страхувальником є юридична особа, яка уклала із Страховиком договір страхування на користь фізичних осіб, то Застрахованими особами є фізичні особи, які зазначені у договорі страхування.

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

1.5. За цими Правилами Застрахованими можуть бути особи, що є резидентами та нерезидентами України.

1.6. Вік Застрахованої особи на момент укладання договору страхування не повинен бути меншим ніж 1 рік та старшим за 75 років, якщо інше не передбачене договором страхування.

1.7. Ці Правила регулюють загальні умови та порядок укладення договору страхування. За згодою Сторін у договір страхування можуть бути внесені додаткові умови, що не суперечать цим Правилам та законодавству України.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. 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).

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ

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

3.2. Відповідно до цих Правил, страховим ризиком є:

3.2.1. непередбачуване гостре захворювання;

3.2.2. загострення хронічної хвороби, яке становить загрозу життю Застрахованої особи;

3.2.3. 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;

3.2.4. необхідність звернення до медичного закладу та/або Асистуючої компанії (Асистансу) у інших випадках, передбачених договором страхування;

3.2.5. смерть Застрахованої особи внаслідок непередбачуваного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку.

3.3. Страховим випадком є здійснення Застрахованою особою (Асистуючою компанією (Асистансом) або третьою особою) непередбачуваних витрат, пов'язаних з наданням медичної та медико-транспортної допомоги та послуг у межах та в обсязі Опцій та лімітів страхування, передбачених договором страхування в зв'язку із зверненням під час дії договору страхування до Асистуючої компанії (Асистансу) або медичного закладу, з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, смерті Застрахованої особи.

3.4. Якщо інше не передбачено договором страхування, Страховик відшкодовує витрати на медичну та медико-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:

3.4.1. Амбулаторне лікування Застрахованої особи в медичному закладі або у лікаря, який має відповідну ліцензію (Опція „А” - Амбулаторне лікування).

3.4.2. Стаціонарне лікування Застрахованої особи в медичному закладі доти, доки стан Застрахованої особи за рішенням лікаря не дозволить евакуювати його до країни постійного проживання (Опція „В” - Стаціонарне лікування).

3.4.3. Надання невідкладної допомоги (Опція „С” - Невідкладна допомога).

3.4.4. Надання стоматологічної допомоги (Опція „D” - Стоматологія).

3.4.5. Перевезення Застрахованої особи до спеціалізованого медичного закладу, якщо цього вимагає стан її здоров'я (Опція „Е” - Медичне транспортування).

3.4.6. Перевезення Застрахованої особи до медичного закладу за місцем її постійного проживання (медична евакуація) у разі необхідності проведення подальшого стаціонарного лікування, якщо стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє її транспортування (Опція „Е” - Медичне транспортування).

При необхідності перевезення Застрахованої особи, у випадках, зазначених у п.п. 3.4.5. - 3.4.6. цих Правил, Страховик оплачує витрати на проїзд залізничним та/або морським транспортом першим класом або літаком - економічним класом. Якщо використовується орендована машина, то Страховиком оплачуються витрати на її оренду.

3.4.7. Репатріацію останків Застрахованої особи до місця її постійного проживання або витрати на її поховання на території країни тимчасового перебування у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок непередбачуваного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку (Опція „F” - Репатріація останків).

3.5. Якщо це передбачено договором страхування, у разі настання страхового випадку Страховик відшкодовує додаткові витрати на транспортні послуги, а саме витрати на:

3.5.1. Оплату вартості проїзду в обидва кінці близького родича Застрахованої особи до країни її перебування, у разі знаходження Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні більше 10 (десяти) діб внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку (Опція „G” - Відвідування близьким родичем).

3.5.2. Оплату вартості проїзду неповнолітніх дітей Застрахованої особи до місяця її постійного проживання та в разі необхідності їх супровід третьою особою, якщо Застрахована особа неспроможна це зробити через гостре захворювання, загострення хронічної хвороби, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку або смерть (Опція „H” - Повернення додому неповнолітніх дітей Застрахованої особи).

3.5.3. Оплату вартості проїзду особи, яка заміщає Застраховану особу при виконанні нею виробничих обов'язків на території країни тимчасового перебування, до місця виконання виробничих обов'язків у тому разі, якщо Застраховану особу було перевезено до медичного закладу за місцем її постійного проживання (медична евакуація) у разі необхідності проведення подальшого стаціонарного лікування (Опція „I” - Проїзд робітника, що заміщає Застраховану особу).

3.6. Конкретний перелік, зміст та обсяг витрат, що відшкодовуються Страховиком, залежить від обраних Страхувальником Опцій страхування (додаток 1 до цих Правил) та зазначається в договорі страхування.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Страховик не несе відповідальності за витрати, пов'язані з:

4.1.1. Лікуванням травми, отриманої через скоєння самою Застрахованою особою умисних правопорушень як за законом, що діє у країні перебування, так і за законом, що діє у країні постійного проживання.

4.1.2. 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.

4.1.3. Лікуванням травми, одержаної в результаті керування Застрахованою особою транспортним засобом, якщо вона не має права керувати ним.

4.1.4. Лікуванням травм, які Застрахована особа отримала внаслідок будь-яких дій, здійснених нею у стані алкогольного сп'яніння (в т.ч. за умови вживання будь-яких речовин з метою сп'яніння) або під впливом наркотичних чи токсичних речовин.

4.1.5. Репатріацією чи лікуванням травм, які пов'язані з перельотом на літаку, що не входить до числа офіційно зареєстрованих або спеціальних рейсів, зареєстрованих у Міжнародному Реєстрі авіарейсів.

4.1.6. Лікуванням хвороб, які передаються переважно статевим шляхом.

4.1.7. Лікуванням будь-якої хвороби чи смерті, що спричинена СНІД.

4.1.8. Лікуванням захворювання чи травм, викликаних форс-мажорними обставинами: включаючи, але не обмежуючись війною, вторгненням, терористичними актами, громадянською війною, повстанням, революцією, діями військової влади чи узурпаторських режимів або активною участю Застрахованої особи у воєнних, насильницьких діях чи будь-яких громадських заворушеннях.

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

4.1.10. Лікуванням розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води).

4.1.11. Лікуванням хвороб шкіри та підшкірної клітковини, пов'язаних з дією сонячного випромінювання.

4.1.12. Лікуванням дерматитів, кропивниць та еритем, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи.

4.2. Страховик не оплачує витрати:

4.2.1. На отримання медичних та медико-транспортних послуг у випадках, що сталися під час поїздки, яку було здійснено всупереч порадам лікаря, або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном.

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

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

4.2.4. На стоматологічні послуги, крім екстреної допомоги у випадку гострого зубного болю або допомоги, необхідної для лікування наслідків нещасного випадку.

4.2.5. Якщо вони пов'язані з діагностикою вагітності, лікуванням ускладнень вагітності протягом трьох останніх місяців перед передбачуваною датою народження дитини.

4.2.6. На обстеження і лікування, пов'язані з абортами або пологами та їх наслідками.

4.2.7. На лікування на території країни постійного проживання Застрахованої особи, якщо інше не передбачене договором страхування.

4.2.8. На лікування на території країни тимчасового перебування після дати, коли на думку лікаря, призначеного Асистуючою компанією (Асистиансом), медична репатріація є можливою за медичними показаннями, крім тих витрат, що були понесені з метою здійснення медичної репатріації Застрахованої особи.

4.2.9. На лікування, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання.

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

4.2.11. На лікування психічних розладів та захворювань, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи.

4.2.12. На діагностику та лікування вроджених, хронічних захворювань та хвороб, що почалися ще під час перебування в країні постійного проживання, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи.

4.2.13. На вакцинації, медичні довідки і свідчення, допоміжні медичні засоби (окуляри, лінзи, слухові апарати, медичні термометри, милиці, інвалідні коляски тощо).

4.2.14. На обстеження і лікування за допомогою методів недоказової медицини.

4.2.15. Послуги, що перевищують помірні чи обґрунтовані розміри їх оплати в певному регіоні (визначається Асистуючою компанією (Асистансом) чи перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама чи у супроводі іншої особи може повернутися у країну постійного проживання (медична евакуація/репатріація).

4.2.16. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) або особа, яка представляє її інтереси, без поважних на те причин не сповістила Асистуючу компанію (Асистанс) чи Страховика про звернення за медичною допомогою протягом 24 годин після звернення за такою допомогою.

4.2.17. Якщо транспортування Застрахованої особи здійснювалось з одного медичного закладу в інший без участі Асистуючої компанії (Асистансу) або без попереднього погодження з нею чи зі Страховиком.

4.2.18. Якщо страховий випадок стався внаслідок занять спортом на професійному рівні під час участі у змаганнях та тренуваннях, спортивного (активного) відпочинку, якщо договором страхування не передбачене страхування цього ризику.

4.2.19. Якщо страховий випадок стався при виконанні роботи за наймом, якщо договором страхування не передбачене страхування цього ризику.

4.2.20. Якщо Страхувальник/Застрахована особа навмисно надав неправдиву інформацію про ступінь страхового ризику або факт настання страхового випадку.

4.3. Страховик не відшкодовує витрати на:

4.3.1. Медичну репатріацію або репатріацію останків, якщо вони організовані без узгодження із Асистуючою компанією (Асистансом).

4.3.2. 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 поїздки.

4.3.3. 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 більше 10 (десяти) діб внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку.

4.4. Окремі виключення із числа перелічених у п.п. 4.1. - 4.3. цих Правил можуть бути скасовані за особливих умов, передбачених договором страхування.

4.5. 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.

5. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. ФРАНШИЗА

5.1. Розмір страхової суми визначається за взаємною згодою між Страховиком та Страхувальником при укладанні договору страхування.

5.2. Страхові суми за цими Правилами встановлюються в залежності від обраних Страхувальником і передбачених договором страхування Опцій страхування.

5.3. В межах страхової суми, договором страхування можуть встановлюватися ліміти відповідальності Страховика щодо страхових виплат за окремими Опціями страхування та окремими видами медичної та медико-транспортної допомоги та послуг.

5.4. Загальна сума страхових виплат по страхових випадках за окремими Опціями страхування та послугами не може перевищувати відповідних лімітів та загальної страхової суми, що встановлені договором страхування.

5.5. Страхувальник зобов'язаний внести Страховику страховий платіж в якості плати за страхування. Страховий платіж визначається згідно зі страховим тарифом, розмір якого встановлюється у договорі страхування залежно від предмету договору страхування, обраних Опцій страхування, страхових сум (лімітів відповідальності), розміру франшизи, строку страхування та інших чинників в залежності від конкретних умов страхування.

Страховий тариф встановлюється в відсотках від страхової суми. Базові страхові тарифи, що застосовуються за цими Правилами, зазначені в Додатку 2 до цих Правил.

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

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

5.8. У разі сплати страхового платежу в строки зазначені в договорі страхування, але не в повному обсязі, Страховик несе відповідальність за цим договором пропорційно відношенню суми фактично сплаченої частини страхового платежу до передбаченої договором страхування, та відповідно у разі настання страхового випадку буде зменшуватись розмір страхової виплати.

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

5.10. Договір страхування набирає чинності за умови сплати Страхувальником страхового платежу або першої його частини в строки, зазначені в договорі страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

5.11. 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.

5.12. Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медичної та медико-транспортної допомоги та послуг, що вказані у п.п. 3.4. цих Правил, застраховані у кількох страховиків, то у разі настання страхового випадку страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати дійсних витрат. При цьому кожний страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування.

6. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ, УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування. При цьому Страхувальник надає дані про Застрахованих осіб, що необхідні для укладання договору страхування.

Подання заяви не зобов'язує Страхувальника та Страховика укласти договір страхування.

6.2. При укладанні договору страхування Страхувальник на вимогу Страховика повинен надати всі документи, які необхідні для оцінки страхового ризику. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику. Якщо після укладання договору

страхування буде встановлено, що Страхувальник надав свідомо невірні відомості, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

6.3. На підставі даних, отриманих від Страхувальника, Страховик приймає рішення про укладання договору страхування. Договір страхування укладається шляхом його підписання сторонами.

6.4. 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.

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

6.6. 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.

6.7. Страховик зобов'язаний видати Страхувальнику примірник договору страхування після його укладання та сплати Страхувальником страхового платежу у повному розмірі.

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

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

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

6.11. Договором страхування може бути визначене, що він діє тільки під час подорожі за територіальні межі країни постійного проживання Застрахованої особи. В цьому випадку, договір страхування набирає чинності з моменту перетинання Застрахованою особою кордону країни постійного проживання, але не раніше дати початку дії та часу видачі договору страхування, вказаних у ньому, та за умови сплати страхового платежу в повному обсязі.

6.12. 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, якщо інше не обумовлено договором страхування.

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

6.13.1. Закінчення строку дії договору страхування.

6.13.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі.

6.13.3. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України “Про страхування”.

6.13.4. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

6.13.5. Визнання у судовому порядку договору страхування недійсним.

6.13.6. В інших випадках, передбачених законодавством України.

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

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

6.16. 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 вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, які були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

6.17. У разі дострокового припинення договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником (або Застрахованою особою) умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених нормативом у розмірі страхового тарифу, і страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

6.18. У випадках повернення Страхувальнику сплаченого страхового платежу не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі.

6.19. Умови, що містяться в цих Правилах, але які не включено до тексту договору страхування, обов'язкові для Страхувальника, якщо в договорі прямо вказується, що договір страхування укладено відповідно до цих Правил.

6.20. У договорі страхування за погодженням сторін може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в договір страхування і не діють в конкретних умовах страхування.

7. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЗМІНА СТУПЕНЯ РИЗИКУ

7.1. Зміни умов та доповнення до договору страхування в період його дії (зміни страхової суми, строку дії договору страхування і т. ін.) за згодою сторін вносяться шляхом укладання додаткової угоди до договору страхування або переукладання договору страхування.

7.2. Додаткова угода є невід'ємною частиною договору страхування і укладається у кількості примірників договору страхування.

7.3. Якщо інше не передбачене договором страхування, Страхувальник зобов'язаний негайно, але не пізніше ніж протягом 3 (трьох) робочих днів, як тільки йому стане відомо про всі істотні зміни в ступені ризику, звернутися до Страховика з письмовою заявою про внесення відповідних змін до договору страхування. Страхувальник не має права розпочинати або виконувати будь-які дії, що підвищують ступінь страхового ризику. У разі надходження такої заяви Страховик приймає рішення про внесення змін в договір страхування або про дострокове припинення його дії, якщо інше не передбачено договором страхування.

7.4. У разі збільшення ступеню страхового ризику та внесення змін та доповнень в договір страхування, Страховик має право на отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу. Якщо у разі зміни ступеню страхового ризику Страхувальник не сплатив або неповністю сплатив додатковий страховий платіж протягом 10 (десяти) календарних днів (якщо інше не передбачено умовами договору страхування) з дати отримання вимоги Страховика про оплату додаткового страхового платежу, договір страхування достроково припиняє свою дію на підставі невиконання Страхувальником умов договору страхування відповідно до пункту 6.17. цих Правил.

7.5. Якщо ступінь ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то при настанні страхового випадку Страховик має право відмовити у страховій виплаті по цьому випадку.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Сторони зобов'язані дотримуватись умов договору страхування та цих

Правил.

8.2. Страхувальник має право:

8.2.1. Перевіряти виконання Страховиком умов договору страхування та вимагати від Страховика оплату витрат, пов'язаних з наданням медичної та медико-транспортної допомоги та послуг певного переліку і якості в обсязі, що передбачений договором страхування.

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

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

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

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

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

8.3. Страхувальник зобов'язаний:

8.3.1. Своєчасно вносити страхові платежі у розмірах та в строки, визначені договором страхування.

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

8.3.3. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору страхування.

8.3.4. У разі відмови від договору страхування у будь-якому випадку повернути Страховику договір страхування.

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

8.3.6. 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.

8.3.7. Не розголошувати конфіденційну інформацію про діяльність Страховика, про зміст договору страхування, яка стала йому відома при укладанні та під час дії договору страхування.

8.4. Застрахована особа має право:

8.4.1. У разі настання страхового випадку, отримувати медичну та медико-транспортну допомогу та послуги належної якості та в обсягу та в межах лімітів страхування, які передбачені договором страхування.

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

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

8.5. Застрахована особа зобов'язана:

8.5.1. Проходити лікування, як призначено лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога.

8.5.2. Турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги.

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

8.5.4. Достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику.

8.5.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у

строки, передбачені договором страхування.

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

8.6. Страховик має право:

8.6.1. Перевіряти інформацію, надану Страхувальником та Застрахованою особою, а також виконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог і умов договору страхування.

8.6.3. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.

8.6.4. Робити запити у компетентні органи для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт і причину настання страхового випадку. 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.

8.6.5. Повністю або частково відмовити у страховій виплаті у випадках, зазначених у цих Правилах та у договорі страхування.

8.6.6. Відстрочити страхову виплату на умовах передбачених цими Правилами та договором страхування.

8.6.7. 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.

8.6.8. Достроково припинити дію договору страхування або ініціювати внесення змін в порядку та на умовах, передбачених цими Правилами та договором страхування.

8.7. Страховик зобов'язаний:

8.7.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування, на основі яких укладається договір страхування, до його підписання.

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

8.7.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається у договорі страхування.

8.7.4. У випадку відмови у страховій виплаті письмово сповістити Страхувальника з мотивованим обґрунтуванням причин відмови у порядку та строки, що зазначені у договорі страхування.

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

8.7.6. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника (Застраховану особу) за винятком випадків, передбачених законодавством України.

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

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. У випадках, передбачених договором страхування, Страхувальник (Застрахована особа) негайно, але в будь-якому разі не пізніше 24 годин, повинен:

9.1.1. Звернутися до Асистуючої компанії (Асистансу) за телефоном, зазначеним в договорі страхування та отримати інформацію щодо подальших дій.

Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається Асистуючою компанією (Асистансу) або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення

може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

9.1.2. Повідомити Асистуючу компанію (Асистансу):

- назву Страхової компанії, номер договору страхування та термін його дії;
- прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- територію дії договору страхування;
- розмір страхової суми та Опції страхування;
- опис того, що трапилось, та характер необхідної допомоги;
- точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон.

9.1.3. Після звернення до Асистуючої компанії (Асистансу) виконувати її рекомендації щодо своїх подальших дій.

9.1.4. Документально підтвердити термін свого перебування за кордоном.

9.1.5. Якщо це передбачено договором страхування, сприяти вжиттю Страховиком або Асистуючою компанією (Асистансом) необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат.

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

9.1.7. Передати представнику Асистуючої компанії (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.

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

9.3. У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин не зв'язалась із Асистуючою компанією (Асистансом) для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна була самостійно оплатити вартість наданої їй медичної та медико-транспортної допомоги та послуг, вона зобов'язана узгодити це із Асистуючою компанією (Асистансом) чи Страховиком протягом 24 годин після надання такої допомоги (послуг). В цьому випадку вступають в дію умови п. 11.1.2. цих Правил.

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

10.1. Страховик сплачує (в межах страхової суми) вартість наданих послуг на підставі рахунків медичних або інших закладів, наданих Страховику через Асистуючому компанію (Асистанс) або безпосередньо медичним або іншим закладом.

10.2. Якщо Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість наданих медичних та інших послуг чи придбала медикаменти за виписаними довіреним лікарем Страховика або Асистуючої компанії (Асистансу) рецептами, їй повертається витрачена сума на підставі наданих документів.

10.3. Документами, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат, у випадку надання медичних та інших послуг Застрахованій особі внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку або смерті Застрахованої особи, є:

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

10.3.2. Оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних послуг.

10.3.3. Квитанції про оплату наданих медичних послуг.

10.3.4. Рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем.

10.3.5. Документи Асистуючої компанії (Асистансу) щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком.

10.3.6. Чеки/квитанції про оплату придбаних медикаментів.

10.3.7. Копія вітчизняного паспорту (свідоцтва про народження) Застрахованої особи.

10.3.8. Копія закордонного паспорту.

10.3.8. Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованої особи.

10.3.9. Оригінал договору страхування.

10.3.10. Оригінали проїзних документів.

10.3.11. Заяву про страхову виплату за формою Страховика.

10.3.12. Інші документи на запит Страховика.

10.4. Перелічені у п. 10.3. цих Правил документи можуть бути надані англійською, французькою, німецькою або іспанською мовами. Якщо документи складені іншими мовами, Страхувальник (Застрахована особа) має надати офіційний переклад українською мовою.

10.5. Документи, які подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик та відповідно до цих Правил, оформлені та засвідчені належним чином.

10.6. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про необхідність надання Страхувальником документів, визначених п. 10.3. цих Правил.

10.7. Документи, що перераховані у п. 10.3. цих Правил повинні бути надані Страховику протягом 10 (десяти) календарних днів після сплати особисто Страхувальником (Застрахованою особою) вартості медичних послуг або медикаментів, якщо інше не передбачене договором страхування. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з обґрунтуванням причин затримки.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

11.1. Страхові виплати здійснюються Страховиком шляхом:

11.1.1. Перерахування коштів на рахунок Асистуючої компанії (Асистансу), медичного або іншого закладу, який надав послуги, якщо інше не передбачене договором страхування, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної або іншої допомоги. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком, Асистуючою компанією (Асистансом) або іншим закладом, що надав послуги.

11.1.2. Відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) вартості отриманих нею медичних послуг у разі самостійної їх оплати за умови надання всіх документів, що перераховані у п. 10.3 цих Правил та підтверджують факт настання страхового випадку та факт і розмір оплати за отриману медичну та медико-транспортну допомогу та послуги.

11.2. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість наданих медичних та інших послуг відшкодування здійснюється таким чином:

11.2.1. Протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, згідно із переліком, що наведений у п. 10.3. цих Правил (якщо інше не передбачене договором страхування), Страховик складає страховий акт та приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті.

11.2.2. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення (якщо інше не передбачене договором страхування) повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу), в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

11.2.3. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) документів, термін прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей термін не може перевищувати 90 (дев'яносто) днів.

11.3. Страхова виплата здійснюється Страхувальнику (Застрахованій особі) впродовж 7 (семи) робочих днів з дня складання страхового акту про страхову виплату,

якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

11.4. Якщо дія договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до чинного законодавства України.

12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

12.1. Підставою для відмови у страховій виплаті 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 або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

12.1.2. Вчинення Страхувальником-фізичною особою або Застрахованою особою, умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

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

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

12.1.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

12.1.6. Невиконання Страхувальником своїх обов'язків, передбачених договором страхування.

12.1.7. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я.

12.1.8. Отримання Застрахованою особою послуг, що належать до обмежень страхування та виключень із страхових випадків, зазначених у розділі 4 цих Правил.

12.1.9. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

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

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

13.1. Спори, пов'язані зі страхуванням за цими Правилами, вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

14. ОСОБЛИВІ УМОВИ

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

ОПЦІЇ СТРАХУВАННЯ

1. **Опція „А” - Амбулаторне лікування** передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування) екстрене консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, в тому числі:

- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами (якщо це передбачене умовами договору).

2. **Опція „В” - Стаціонарне лікування** передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування) екстрене лікування (в тому числі перебування та харчування) в умовах стаціонару при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування:

- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- консультативно-діагностичне обслуговування;
- консервативне та оперативне лікування;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

3. **Опція „С” - Невідкладна допомога** передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування):

- виїзд бригади швидкої медичної допомоги;
- експрес діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- доставку каретою швидкої медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

4. **Опція „D” - Стоматологія** передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування) терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини (за виключенням: проведення косметичних процедур, протезування, ортодонтичних операцій), пов'язані з:

- гострим зубним болем та простим пломбуванням;
- ремонтом зубних протезів, пов'язаним з усуненням ускладнень, що виникають при прийнятті їжі.

2.4. **Опція „Е” - Медичне транспортування** передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування) відповідно до рішення лікуючого лікаря:

- перевезення Застрахованої особи до спеціалізованого медичного закладу, якщо цього вимагає стан її здоров'я;
- медичну евакуацію Застрахованої особи до медичного закладу за місцем її постійного проживання у разі необхідності проведення подальшого стаціонарного лікування, якщо стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє її транспортування.

Залежно від стану здоров'я Застрахованої особи її можуть транспортувати:

каретою “швидкої допомоги”, таксі, поїздом (в купе першого класу, в плацкартному чи спальному вагоні), рейсовим літаком (в т.ч. на спеціально обладнаному місці), літаком санітарної авіації.

Рішення щодо транспортування Застрахованої особи та засобів транспортування мають право прийняти тільки лікарі, які уповноважені Асистуючою компанією (Асистансом), після консультації з лікуючими лікарями.

5. Опція „F” - Репатріація останків передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування):

- транспортування останків Застрахованої особи до місця її постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок непередбаченого гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку. Страховик не оплачує витрати на похорон і заупокійну службу;

або

- оплату Страховиком витрат на поховання Застрахованої особи на території країни тимчасового перебування. При цьому, такі витрати на поховання не повинні перевищувати вартості перевезення останків.

6. Опція „G” - Відвідування близьким родичем передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування):

- оплату вартості проїзду в обидва кінці близького родича Застрахованої особи до країни її тимчасового перебування, у разі знаходження Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні більше 10 (десяти) днів внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку та неможливості перевезення Застрахованої особи до країни постійного проживання за медичними показниками.

Страховик відшкодовує тільки транспортні витрати. Вартість проживання близького родича та інші витрати Страховиком не відшкодовуються.

7. Опція „H” - Повернення додому неповнолітніх дітей Застрахованої особи передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування):

- оплату вартості проїзду неповнолітніх дітей Застрахованої особи до місяця їх постійного проживання та в разі необхідності їх супровід третьою особою, якщо Застрахована особа неспроможна це зробити через гостре захворювання, загострення хронічної хвороби, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку або смерті.

Страховик відшкодовує вартість проїзду дітей, які не досягли 15-річного віку, до місяця їх постійного проживання тільки у випадку, якщо жодна із подорожуючих разом з ними осіб віком понад 18 років не в змозі про них піклуватись внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку або смерті.

8. Опція „I” - Проїзд робітника, що заміщає Застраховану особу передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування):

- оплату вартості проїзду особи, яка заміщає Застраховану особу при виконанні нею виробничих обов'язків на території країни тимчасового перебування, до місця виконання виробничих обов'язків у тому разі, якщо Застраховану особу було перевезено до медичного закладу за місцем її постійного проживання (медичної евакуації) у разі необхідності проведення подальшого стаціонарного лікування.

Страховик виплатить страхове відшкодування тільки за умови, що працівник, який замінить Застраховану особу, повинен приступити до виконання своїх обов'язків відразу ж після повідомлення лікаря про медичну евакуацію Застрахованої особи.

ОСОБЛИВІ УМОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬ ЗАКОРДОННІ ПОЇЗДКИ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ

1.1. Додаткове медичне страхування осіб, які здійснюють закордонні поїздки проводиться на підставі Правил добровільного страхування медичних витрат з урахуванням цих особливих умов медичного страхування осіб, які здійснюють закордонні поїздки (далі – особливих умов), та Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ПрАТ "СК "ПРЕСТИЖ".

1.2. **Предметом страхування** є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи щодо оплати вартості медичних послуг внаслідок розладу здоров'я після повернення із закордонної поїздки.

2. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

2.1. Страховим ризиком, на випадок якого проводиться страхування, є розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок причин, зазначених у пунктах 3.2.1 – 3.2.3 цих Правил, який продовжує існувати на момент її повернення із закордонної поїздки, внаслідок чого Застрахована особа потребує продовження лікування.

2.2. Страховим випадком є подія, передбачена в пункті 2.1 цих Додаткових умов та договорі страхування, що сталася в період дії договору страхування (дії страхового захисту за договором страхування) та не є виключенням зі страхових випадків або обмеженням страхування згідно з цими Правилами, внаслідок якої Застрахована особа отримала медичні послуги, передбачені договором страхування, та продовжує лікування після закінчення закордонної подорожі. Лікування здійснюється у медичних закладах, що визначаються Страховиком, або за згодою останнього за таких умов:

2.2.1. медичні послуги під час закордонної поїздки Застрахованої особи були їй надані за участю асистансу, що має із Страховиком відповідну угоду;

2.2.2. у разі, якщо медичні послуги надавались Застрахованій особі без участі асистансу внаслідок різкого погіршення стану здоров'я або інших об'єктивних причин, Застрахована особа або третя особа (родич, співробітник Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо) повідомили при першій нагоді асистанс про зазначені події;

2.2.3. асистанс або медичний заклад, який є його партнером, визнали необхідність продовження лікування Застрахованої особи після її повернення у країну проживання.

3. СТРАХОВІ СУМИ. СТРАХОВІ ТАРИФИ

3.1. Страхова сума встановлюється за згодою сторін при укладенні договору страхування.

3.2. Страхові тарифи за додатковим медичним страхуванням осіб, які здійснюють закордонні поїздки, наведено в додатку 3 до цих Правил.

4. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ І СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Договір страхування з урахуванням цих додаткових умов повинен укладатися одночасно із договором страхування на строк однієї або декількох закордонних поїздок Застрахованої особи.

4.2. Страхувальний захист за ризиком розладу здоров'я Застрахованої особи, що продовжує існувати на момент її повернення із закордонної поїздки, діє стосовно зарубіжних подорожей, на які поширюється дія договору страхування:

4.2.1. Щодо однієї закордонної поїздки – для фізичних осіб, які придбали страховий поліс типу „Одноразова подорож” (One Trip);

4.2.2. Щодо декількох закордонних поїздок – для фізичних осіб, які придбали страховий поліс „Багаторазові подорожі” (Multiple Trips);

4.2.3. Щодо закордонної подорожі будь-якої Застрахованої особи, яка є працівником Страхувальника – для Страхувальників – юридичних осіб, які уклали договір страхування типу „Корпоративна картка” (Corporate Card);

4.2.4. Для власників банківських платіжних карток – з урахуванням умов програми страхування „Бізнес-картка” (Business Card), „Банківська картка” (Bank Card) та інших умов конкретних договорів страхування.

5. ДІЇ СТОРІН ПРИ НАСТАННІ РОЗЛАДУ ЗДОРОВ'Я ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

5.1. У разі настання в період перебування за кордоном розладу здоров'я внаслідок раптового захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку Застрахована особа зобов'язана у порядку, передбаченому в розділі 9 цих Правил та договорі страхування, звернутися до асистансу або Страховика для отримання медичних послуг у визначених ними медичних закладах.

5.2. При цьому якщо стан здоров'я Застрахованої особи потребує лікування у стаціонарних умовах, що може здійснюватись протягом тривалого строку або зі значними витратами, або в країні тимчасового перебування відсутні можливості для надання необхідної медичної допомоги, асистанс організує медичну репатріацію або екстрену медичну репатріацію цієї особи до України для продовження лікування у медичному закладі, визначеному Страховиком.

Медична репатріація або екстрена медична репатріація здійснюється виключно за наявності таких обставин:

- 1) якщо стан здоров'я Застрахованої особи це дозволяє;
- 2) за згодою Страховика і асистансу.

5.3. Якщо за висновком асистансу Застрахована особа потребує додаткового амбулаторного лікування після повернення до України, Страховик забезпечує надання відповідних медичних послуг за умови, що надання медичних послуг за кордоном було організоване асистансом, і останній контролював хід надання медичних та інших послуг до моменту виїзду Застрахованої особи із країни тимчасового перебування.

5.4. Копії медичних документів, що підтверджують факт надання за кордоном медичних та інших послуг Застрахованій особі та необхідність продовження лікування після повернення до країни проживання, мають бути надіслані Страховикові факсимільним зв'язком не пізніше ніж за 24 години до прибуття Застрахованої особи в Україну, якщо інше не передбачене договором страхування. При цьому оригінали зазначених документів надаються Страховикові цією особою (її представником) після прибуття Застрахованої особи до України.

6. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ

6.1. Згідно з цими додатковими умовами Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг, якими Застрахована особа була забезпечена для продовження лікування Страховиком або асистансом.

6.2. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичних послуг, отриманих з метою продовження лікування в Україні, страхова виплата здійснюється

Застрахованій особі за умови погодження такого лікування зі Страховиком або асистансом в порядку, передбаченому договором страхування.

6.3. Для здійснення страхової виплати Страховиківі мають бути надані такі документи:

- 1) заява про страхову виплату;
- 2) оригінали документів, зазначених у пункті 5.4 цих додаткових умов;
- 3) Звіт медичного закладу про медичні послуги, надані Застрахованій особі;
- 4) Документи, що підтверджують оплату вартості отриманих медичних послуг та їхній зміст;
- 5) Інші документи, передбачені договором страхування.

6.4. Якщо інше не передбачене договором страхування, загальна страхова виплата не може перевищувати:

- 40 % страхової суми, встановленої договором страхування, у разі надання Застрахованій особі амбулаторних медичних послуг;
- 100 % зазначеної страхової суми у разі стаціонарного лікування Застрахованої особи.

6.5. Страховик звільняється від зобов'язання організувати і оплатити медичні послуги Застрахованій особі після її повернення до України, якщо:

6.5.1. Медичні послуги за кордоном були надані Застрахованій особі без залучення асистансу, крім випадку, передбаченого в пункті 2.2.2 цих додаткових умов;

6.5.2. Застрахована особа під час її перебування за кордоном не дотримувалася приписів медичних закладів, в яких їй було надано медичні та інші послуги;

6.5.3. Застрахована особа звернулася до Страховика з питанням продовжити лікування пізніше, ніж протягом 3 (трьох) днів з моменту повернення із закордонної поїздки, якщо інший строк не передбачений договором страхування;

6.5.4. Страховиківі не було надано документи, що підтверджують медичні та інші послуги, надані Застрахованій особі за кордоном, а також документи, що підтверджують необхідність продовження лікування Застрахованої особи після її повернення із закордонної поїздки. Ця умова не стосується випадку, коли частину відповідних документів не було надано з вини асистансу.

7. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Відповідальність Страховика за договором страхування в частині, передбаченій цими додатковими умовами, припиняється у разі:

7.1.1. Закінчення строку дії договору страхування, укладеного за Правилами добровільного страхування медичних витрат, за умови відсутності звернень Застрахованої особи за наданням медичних послуг протягом її перебування за кордоном;

7.1.2. Виконання Страховиком у повному обсязі своїх зобов'язань за договором страхування, укладеним за Правилами добровільного страхування медичних витрат, та за умови відсутності при цьому зобов'язань перед Застрахованою особою згідно з цими додатковими умовами;

7.1.3. Виконання Страховиком у повному обсязі своїх зобов'язань в частині додаткового медичного страхування;

7.1.4. Несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений на письмову вимогу Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальникові, якщо інше не передбачене умовами договору страхування;

7.1.5. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України „Про страхування”;

7.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

7.1.7. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

7.1.8. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

7.2. В частині страхування за цими додатковими умовами договір страхування, укладений на період одноразової поїздки за кордон, може бути достроково припинений на вимогу Страхувальника, крім випадків, коли Застрахована особа перебуває у закордонній поїздки, якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

При цьому Страховик повертає Страхувальникові сплачені страхові платежі за додатковим медичним страхуванням з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим додатковим медичним страхуванням.

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

7.3. Частина сплаченого страхового платежу (ЧСП) за додатковим медичним страхуванням (додатковим страховим покриттям), яку повертає Страховик, визначається за формулою (1):

$$\text{ЧСП} = (1 - \mathbf{n}) * \text{СП} * \frac{\mathbf{n(з)} - \mathbf{n(ф)}}{\mathbf{n(з)}} - \text{СВ} \quad (1),$$

де:

- н** норматив витрат на ведення справи, визначений при розрахунку страхового тарифу та зазначений у договорі страхування;
- СП** сума сплаченого страхового платежу за додатковим медичним страхуванням;
- н(з)** загальна кількість днів перебування Застрахованої особи за кордоном зазначена в договорі страхування;
- н(ф)** кількість днів фактичного перебування Застрахованої особи за кордоном на момент припинення дії договору страхування;
- СВ** страхові виплати, здійснені Страховиком за додатковим медичним страхуванням.

7.4. Якщо під час дії договору страхування, укладеного за варіантами One Trip, Multiple Trips, Corporate Card, Business Card або Bank Card, Страховик здійснював (повинен здійснити) страхову виплату за умовами додаткового медичного страхування або має вимоги Застрахованої особи або медичного закладу стосовно здійснення такої виплати, то у разі припинення дії таких договорів на вимогу Страхувальника остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком, здійснюється після врегулювання всіх заявлених Страхувальником страхових випадків: здійснення страхових виплат або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову у здійсненні страхових виплат.

7.5. При достроковому припиненні дії договору страхування на вимогу Страховика Страхувальникові повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

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

7.6. З моменту, коли одна сторона одержала письмове повідомлення іншої сторони відносно припинення дії договору, дія останнього припиняється.

8. ІНШІ УМОВИ

8.1. Умови додаткового медичного страхування, що не врегульовані у розділах 1-7 цих особливих умов, визначаються відповідно до Правил добровільного страхування медичних витрат, Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ПрАТ "СК "ПРЕСТИЖ" та чинного законодавства України.

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Основні базові страхові тарифи (**Тб**), подані у Таблиці 1, розраховані виходячи з обраних Опцій, що в ній перелічені.

Таблиця 1

Базові річні страхові тарифи, %

№ п/п	Опція	Страховий тариф (Тб), %
1.	Опція „А” - Амбулаторне лікування	0,140
2.	Опція „В” - Стаціонарне лікування	0,125
3.	Опція „С” - Невідкладна допомога	0,083
4.	Опція „D” - Стоматологія	0,045
5.	Опція „Е” - Медичне транспортування	0,033
6.	Опція „F” - Репатріація останків	0,017
7.	Опція „G” - Відвідування близьким родичем	0,015
8.	Опція „H” - Повернення додому неповнолітніх дітей Застрахованої особи	0,016
9.	Опція „I” - Проїзд робітника, що заміщає Застраховану особу	0,012

2. Розрахунковий страховий тариф **Тр** визначається з урахуванням коригуючих коефіцієнтів, які застосовуються до базових річних страхових тарифів за формулою:

$$Tr = Tb \times Ktr \times Kt \times Kc$$

3. Коригуючий коефіцієнт, що враховує територію дії договору страхування, **Ktr**:

При встановленні тарифів, залежно від території дії договору страхування застосовується відповідний поправочний коефіцієнт.

Територія дії	Коригуючий коефіцієнт, Ktr
Україна, країни СНД, країни Західної та Східної Європи	1,00
Усі країни світу	1,20

4. Коригуючий коефіцієнт, що враховує строк страхування, **Kt**:

Строк страхування	Коригуючий коефіцієнт, Kt	Строк страхування	Коригуючий коефіцієнт, Kt
до 7 днів включно	0,045	до 3 місяців включно	0,350
до 10 днів включно	0,065	до 4 місяців включно	0,390
до 15 днів включно	0,090	до 5 місяців включно	0,470
до 21 дня включно	0,120	до 6 місяців включно	0,570
до 1 місяця включно	0,170	до 9 місяців включно	0,920
до 2 місяців включно	0,290	до 12 місяців включно	1,000

5. Поправочні **коригуючі коефіцієнти (Кч)** застосовуються в залежності від факторів, що суттєво впливають на визначення страхового ризику, та конкретних умов Договору страхування, зокрема:

Поправочні коригуючі коефіцієнти	Діапазон значень
Вік Застрахованої особи	0,5 – 4
Стать Застрахованої особи	0,75 – 1,5
Вид діяльності Застрахованої особи	0,5 – 3
Місце та умови проживання Застрахованої особи	0,5 – 1,5
Стан здоров'я Застрахованої особи	0,5 – 4
Кількість Застрахованих осіб при страхуванні групи осіб	0,5 – 1
Інші фактори, що суттєво впливають на визначення страхового ризику	0,5 – 2
Термін сплати страхових платежів	0,9 – 1,2
Програма страхування	0,5 – 1
Обсяг страхового захисту (перелік страхових випадків)	0,8 – 1
Розмір страхової суми	0,8 – 2

6. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін.

Норматив витрат на ведення справи складає 45% від страхового тарифу.

Актуарій
(свідоцтво № 03-007 від 06.12.2012 р.)

 **Ю.М. Карташов**

Правила добровільного страхування медичних витрат

Голова Правління
ПрАТ „СК „ПРЕСТИЖ“

Бридун С.В.

Пронумеровано і прошито 25 арк.

НАГОЛОВНА КОМІСІЯ, ЩО ЗАЛІЧУЄ
ДЕЖАНЕ РЕЗУЛЬТАТИ У СЕБІ ВІДНАВІ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Товба *Наумович*
Навчальний заклад

Д. Рудіч
Прізвище: *Рудіч*

211342
Розрахунок: *211342*

15.10.2019
Внесений запис

