

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Генеральний директор
Товариства з додатковою відповідальністю
«Страхова компанія «БЕНЕФІТ»

_____ Д.О.Ткач
«21» березня 2014 року

ПРАВИЛА
добровільного страхування
медичних витрат

1. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

Асистант – установа, яка представляє інтереси Страховика, і до якої повинна звертатись Застрахована особа під час перебування за кордоном або подорожі по Україні для отримання медичних та інших послуг, у разі раптового захворювання, нещасного випадку або іншого страхового випадку.

Близькі родичі Застрахованої особи – жінка/ чоловік Застрахованої особи, її діти (в тому числі всиновлені), її матір, батько, рідна сестра чи брат, які спільно проживають з Застрахованою особою.

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

Країна постійного проживання – країна, в якій Застрахована особа проживає в цілому не менше як 183 дні в календарному році.

Ліміт відповідальності Страховика – це грошова сума, в межах страхової суми, в рамках якої Страховик, відповідно до умов договору страхування зобов'язаний провести виплату страхового відшкодування.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, короткочасна, ненавмисна та незалежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи) подія (травматичне пошкодження, випадкове отруєння, тощо), що фактично відбулась, і яка призвела до розладу здоров'я або смерті Застрахованої особи.

Програма страхування – визначений перелік послуг, витрати на які відшкодує Страховик в разі настання страхового випадку. Програма страхування обирається Страхувальником при укладенні договору страхування.

Раптове захворювання – хвороба, що настала несподівано, загрожує життю Страхувальника (Застрахованої особи) і потребує невідкладної медичної допомоги.

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

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

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

Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Страхувальникові, Застрахованій особі або іншій третій особі.

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

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

Страхувальник – юридична особа чи дієздатна фізична особа, які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування та законодавства України.

Франшиза - частина збитків, що не відшкодується Страховиком згідно з договором страхування.

Гранична сума – грошова сума, яка передбачена договором страхування в межах якої здійснюється відшкодування, якщо понесені витрати не були погоджені з Асистантом або Страховиком.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. На підставі цих Правил Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «БЕНЕФІТ» (надалі – Страховик) укладає договори страхування медичних витрат (надалі – договори страхування) з юридичними та дієздатними фізичними особами.

2.2. За договорами страхування, укладеними на підставі цих Правил, Страховик гарантує оплату непередбачуваних витрат в разі раптового захворювання або нещасного випадку під час перебування

за кордоном або під час поїздки по території України, в залежності від умов, визначених договором страхування.

2.3. Страхувальник має право укласти договори страхування в інтересах третіх осіб (надалі – Застраховані особи), які можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно умов договору страхування.

2.4. Якщо договір страхування укладено Страхувальником відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою.

2.5. Застрахованими особами можуть бути фізичні особи, що проживають в Україні або громадяни інших держав, що здійснюють подорож на території України або з території України. Зазначені особи мають бути на момент від'їзду не молодші 1-го та не старші 75 років, якщо інше не передбачене договором страхування.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю Застрахованої особи, а саме з непередбачуваними витратами на надання медичної, медично-транспортної та іншої допомоги у зв'язку з настанням раптового захворювання, нещасного випадку або іншої непередбаченої події під час подорожі Застрахованої особи.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

4.1. Розмір страхової суми визначається за згодою між Страхувальником і Страховиком при укладанні договору страхування. За бажанням Страховика страхова сума в період дії Договору страхування може бути збільшена, в таких випадках укладається додаткова угода до Договору страхування або укладається новий Договір страхування на строк, який залишився до закінчення Договору.

4.2. Розмір страхової суми погоджується між Страховиком і Страхувальником при укладанні договору страхування в національній валюті України або в вільноконвертованій валюті, з врахуванням вимог консульств іноземних держав, на територію яких планується здійснення подорожі. Конкретний розмір страхової суми визначається в договорі страхування.

4.3. Договором страхування можуть бути передбачені окремі ліміти відповідальності для програм страхування, певних видів медичних витрат, а також для визначених станів або захворювань.

Договором страхування може бути передбачена частина збитків, що не відшкодовується Страховиком - франшиза.

4.4. Франшиза може бути умовною чи безумовною і встановлюватися у відсотках до страхової суми чи в абсолютному розмірі.

4.5. При умовній франшизі Страховик не несе відповідальності за збиток, що не перевищує величину франшизи, але відшкодовує збиток цілком при перевищенні ним величини франшизи.

4.6. При безумовній франшизі Страховик в усіх випадках відшкодовує збиток за вирахуванням величини франшизи.

5. СТРАХОВІ РИЗИКИ

5.1. Страховими ризиками, на випадок яких проводиться страхування, залежно від умов договору страхування є:

5.1.1. Раптове захворювання Застрахованої особи або розлад здоров'я, що стався несподівано і становить загрозу для її життя.

5.1.2. Травми, тілесні ушкодження, розлад здоров'я Застрахованої особи у зв'язку з нещасним випадком.

5.1.3. Смерть Застрахованої особи у зв'язку з раптовим захворюванням або нещасним випадком.

5.2. Страховими випадками визнаються події з переліку відповідно до пункту 5.1 цих Правил, що стались під час дії договору страхування, документально підтвержені, і з настанням яких виникає необхідність оплати витрат на надання Застрахованій особі медичних, медично-транспортних та інших послуг з переліку, встановленому в договорі страхування відповідно до обраної Страхувальником Програми страхування.

5.3. Програма страхування може включати відшкодування наступних видів витрат при настанні страхового випадку:

5.3.1. Послуги швидкої медичної допомоги, в тому числі на місці виникнення нещасного випадку чи раптового захворювання.

5.3.2. Транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого медичного закладу, якщо це необхідно за медичними показаннями, виходячи зі стану Застрахованої особи.

5.3.3. Надання стаціонарної допомоги в медичних закладах. При станах Застрахованої особи, що потребують екстреної госпіталізації та/або оперативного втручання, оплачуються: діагностичні дослідження, необхідні для встановлення діагнозу та призначення лікування; лікувальні процедури, включаючи оперативне втручання; медикаментозне лікування; винагорода медичному персоналу; вартість перебування в палатах (стандартного рівня комфортності), в тому числі реанімаційних; харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі.

5.3.4. Медична евакуація, включаючи витрати на супроводжуючу особу (якщо необхідність евакуації та/або супроводу підтверджується необхідними медичними документами), до місця постійного проживання або найближчого до місця проживання лікувального закладу. В разі репатріації Застрахована особа здає невикористаний зворотній квиток Страховику.

5.3.5. Транспортування (репатріація) тіла Застрахованої особи в разі її смерті внаслідок страхового випадку до місця постійного проживання (за винятком вартості поховання або похорону, якщо інше не вказано в договорі страхування).

5.3.6. Надання амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем. При станах, що потребують екстреної амбулаторної допомоги, Страховик оплачує вартість послуг лікаря, необхідних діагностичних процедур, засобів перев'язки та фіксації, медикаментів, призначених лікарем.

5.3.7. Оплата медикаментів, придбаних в аптеці за рецептом лікаря.

5.3.8. Невідкладна стоматологічна допомога. При виникненні гострої зубної болі або у випадку необхідності послуг стоматолога при травмі Застрахованої особи забезпечується і оплачується екстрена стоматологічна допомога, в межах ліміту відповідальності Страховика, зазначеного в договорі страхування.

5.3.9. Послуги зв'язку при настанні страхового випадку. Відшкодовується вартість 5-хвилинної телефонної розмови, якщо інше не вказано в договорі страхування.

5.3.10. Візит третьої особи, якщо тривалість перебування Застрахованої особи у стаціонарі перевищує 10 днів. Якщо тривалість перебування у стаціонарі Застрахованої особи, яка подорожувала за кордоном поодинокі, перевищує 10 днів та її стан є критичним, Страховик оплачує родичу або будь-якій особі, яку вкаже Застрахована особа, авіаквиток в обидва кінці для відвідування хворого (відшкодовується вартість квитків в економічному класі та проживання в готелі не більш, ніж 4 доби, вартістю не більше 50 доларів США за добу, якщо інше не вказано в договорі страхування).

5.3.11. Продовження строку перебування Застрахованої особи за кордоном. Якщо внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку виїзд Застрахованої особи має бути організовано пізніше за приписом лікаря, Страховик відшкодовує вартість проживання Застрахованої особи в готелі (не більше, ніж за 4 доби, вартістю до 50 доларів США за добу, якщо інше не вказано в договорі страхування).

5.3.12. Евакуація дітей Застрахованої особи. Якщо внаслідок екстреної госпіталізації або смерті Застрахованої особи залишились без нагляду її неповнолітні діти, Страховик оплачує витрати на дострокове повернення дітей до місця постійного проживання (оплачуються авіаквитки в економічному класі або залізничні квитки першого класу). При цьому Страховик має право використати їх зворотній квиток.

5.3.13. Заміна Застрахованої особи, якщо вона не в змозі виконувати завдання по відрядженню внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку. Якщо Застрахована особа евакуйована в країну постійного проживання, Страховик оплатить особі, яку вкаже Страхувальник, авіаквитки в економічному класі або залізничні квитки першого класу в обидві боки для того, щоб така особа могла продовжити виконання виробничого завдання, покладеного на Застраховану особу, за умови, що така подорож має виключно діловий характер.

5.4. Перелік страхових випадків та витрат, що відшкодовуються Страховиком, встановлюється в договорі страхування відповідно до обраної Страхувальником Програми страхування. Базовими Програмами страхування є:

5.4.1. Програма А - передбачає відшкодування витрат згідно пунктів 5.3.1-5.3.5 цих Правил.

5.4.2. Програма В - передбачає відшкодування витрат згідно Програми А, а також пунктів 5.3.6-5.3.9 цих Правил.

5.4.3. Програма С - передбачає відшкодування витрат згідно Програми В, а також пунктів 5.3.10-5.3.13 цих Правил.

5.5. Договором страхування за згодою сторін може бути обрана будь-яка з базових програм у повному обсязі або передбачені окремі види послуг з переліку, зазначеному у пункті 5.3 цих Правил.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

6.1. Страховими випадками не визнаються події, які сталися внаслідок:

6.1.1. Вчинення чи спроби вчинення Застрахованою особою протиправних дій.

6.1.2. Будь-який дій, здійснених Застрахованою особою у стані чи внаслідок алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння.

6.1.3. Отримання тілесних або інших ушкоджень здоров'я при самолікуванні або при лікуванні особою, що не має відповідної медичної освіти.

6.1.4. Вчинення Застрахованою особою самогубства, спроби самогубства або навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень.

6.1.5. Польоту Застрахованої особи на літальному апараті, крім випадків польоту на літальному апараті цивільної авіації, керованого професійним пілотом.

6.1.6. Керування Застрахованою особою наземним, водним, підводним транспортним засобом без відповідного посвідчення на право керування.

6.1.7. Виконання Застрахованою особою будь-якої фізичної роботи, яка пов'язана з професійною або підприємницькою діяльністю, або роботи за наймом, якщо страхування цього ризику спеціально не обумовлене в договорі страхування.

6.1.8. Заняття Застрахованою особою всіма видами спорту на професійному рівні або такими видами спорту на любительському рівні, як автототоспорт, альпінізм, скелелазіння, спелеологія, гірськолижний спорт, підводне плавання, кінний спорт, велоспорт, якщо страхування цього ризику спеціально не обумовлене в договорі страхування.

6.1.9. Прямої чи непрямої дії радіоактивного випромінювання, хімічного або бактеріологічного забруднення.

6.1.10. Хронічних захворювань, а також захворювань чи травм, що виникли до початку дії договору страхування, крім випадків ліквідації гострої смертельної небезпеки або цілеспрямованих заходів по ліквідації гострого болю.

6.1.11. Захворювань або погіршення здоров'я, якщо поїздка за кордон була протипоказана Застрахованій особі за станом здоров'я.

6.1.12. Захворювань, які виникли в результаті не виконання вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень.

6.1.13. Нервових, психічних захворювань, а також пов'язаних з ними травматичних ушкоджень.

6.1.14. Онкологічних та онкогематологічних захворювань.

6.1.15. Хвороб, що передаються статевим шляхом, СНІДу та його наслідків.

Страховик не оплачує витрати на:

6.1.16. Лікування у випадку, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування, а також витрати у зв'язку з погіршенням стану здоров'я чи смертю Застрахованої особи внаслідок такого лікування.

6.1.17. Лікування, що здійснено поза межами території страхування.

6.1.18. Пластичну хірургію, будь-яким протезуванням (включаючи зубне та очне).

6.1.19. Стоматологічні послуги, за винятком знеболюючого лікування або лікування наслідків нещасного випадку.

6.1.20. Профілактичні щеплення, придбання та ремонт протезів та ортопедичних апаратів, оптичних коректорів зору (окулярів, оправ до них, лінз і т.п.).

6.1.21. Лікування сонячних опіків та алергічних реакцій на сонячне випромінювання.

6.1.22. Фізіотерапевтичне лікування та лікування нетрадиційними методами.

- 6.1.23. Проведення курсу лікування на бальнеологічних і лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку чи інших подібних закладах.
- 6.1.24. Надання послуг, що з медичного погляду не є необхідними при наданні невідкладної медичної допомоги, або з лікуванням, не призначеним лікарем.
- 6.1.25. Амбулаторне або стаціонарне лікування Застрахованої особи після дати, коли на думку лікарів, стає можливою (за медичними показаннями) медична евакуація Застрахованої особи до місця постійного проживання.
- 6.1.26. Витрати на медичну евакуацію Застрахованої особи у випадку незначних захворювань або травм.
- 6.1.27. Страховик до розгляду не приймає і не відшкодовує:
- 6.1.28. Витрати, пов'язані з подією, що мала місце до початку дії договору страхування чи після його закінчення або на території іншій, ніж територія страхування.
- 6.1.29. Вимоги про відшкодування моральної або непрямої шкоди.
- 6.1.30. Збитки, заподіяні професійною помилкою лікаря.
- 6.2. Страховик має право виключити зі страхового покриття існуючі раніше хронічні захворювання, явні симптоми яких проявлялися протягом попередніх 5 років або із приводу яких здійснювалося лікування протягом того ж строку.
- 6.3. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення та обмеження страхування.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

Договір страхування може бути укладено строком від декількох днів до одного року, або на інший строк за згодою сторін.

Договір страхування діє тільки у період, що вказаний у ньому, і тільки на території, що вказана у ньому, якщо інше не обумовлено договором страхування.

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

Днем сплати страхового платежу вважається:

При безготівковому розрахунку - день надходження грошових коштів на рахунок Страховика.

При готівковому розрахунку - день внесення готівки до каси Страховика.

Строк дії договору страхування починається з 00 годин дати, вказаної як початок періоду страхування, але не раніше, ніж Застрахована особа в'їде на територію дії договору страхування.

Строк закінчення дії договору страхування настає в момент виїзду Застрахованої особи з території дії договору страхування., але не пізніше 24 годин 00 хвилин дати, вказаної як останній день дії договору страхування.

При укладанні договору страхування на період 30 днів і більше Страховик несе відповідальність тільки в межах тієї кількості днів (ліміту), яка визначена в договорі страхування в графі "Кількість днів". При кожному в'їзді на територію страхування цей строк автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території страхування. Відповідальність Страховика припиняється при використанні ліміту, встановленого в графі „Кількість днів”.

Територією дії договору страхування може бути, якщо інше не вказано в договорі страхування:

Територія України, за виключенням місця постійного проживання Застрахованої особи.

Будь-яка країна світу або географічна територія, вказана у договорі страхування, за виключенням країни, громадянином якої є Застрахована особа, країна її проживання, Україна, зон збройного конфлікту та зон, що знаходяться під санкцією ООН.

8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховикові письмову заяву за формою, встановленою Страховиком.

Страхувальник може укласти договір страхування індивідуально або на групу Застрахованих осіб, які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. При укладанні договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний дати свою згоду на надання Страховикові інформації медичними працівниками та іншими особами, яким у зв'язку з виконанням своїх професійних обов'язків стане відомо про обставини настання, результати медичного

обстеження та лікування Застрахованої особи з приводу захворювання, травми або іншого розладу здоров'я.

Факт укладання договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

У випадку втрати Страхувальником договору страхування в період дії договору страхування, Страховик, на підставі письмової заяви Страхувальника видає дублікат договору, після чого втрачений договір вважається недійсним і виплати за ним не проводяться. При повторному загубленні договору в період його дії Страховик стягує зі Страхувальника грошову суму у розмірі вартості його виготовлення.

При укладанні договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника баланс або довідку про фінансовий стан, підтверджені аудитором (аудиторською фірмою), та інші документи, необхідні для оцінки страховиком страхового ризику.

В договорі страхування Страхувальником та Страховиком може бути передбачено, що окремі положення цих Правил страхування не включаються в договір і не діють в конкретних умовах страхування, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

Страхувальник має право:

6.1.31. Достроково припинити дію Договору страхування на умовах розділу 15 цих Правил.

6.1.32. На відшкодування Страховиком витрат, спричинених страховим випадком, але не більше страхової суми, з врахуванням умов договору страхування.

6.1.33. За домовленістю із Страховиком внести зміни до умов діючого договору, про що укладається додаткова угода з врахуванням умов розділу 17 цих Правил.

6.1.34. Отримати дублікат договору страхування у випадку його втрати.

6.1.35. Оскаржити відмову Страховика у виплаті страхового відшкодування в судовому порядку.

Страхувальник зобов'язаний:

6.1.36. Своєчасно вносити страхові платежі.

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

6.1.38. При укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього предмета договору страхування.

6.1.39. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

6.1.40. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами договору страхування.

6.1.41. Надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я особи, щодо якої укладається договір страхування.

Страховик має право:

6.1.42. Достроково припинити дію договору страхування, у разі неналежного невиконання Страхувальником своїх обов'язків.

6.1.43. До укладання договору страхування вимагати результатів медичного обстеження Застрахованої особи та інші документи, необхідні для оцінки стану здоров'я Застрахованої особи та ймовірності настання страхового випадку для конкретного ризику.

6.1.44. Відмовити в укладанні договору страхування на основі результатів попереднього анкетування та медичного обстеження.

6.1.45. Перевіряти надану Страхувальником та Застрахованою особою інформацію, а також виконання ними умов договору.

6.1.46. Надсилати запити до компетентних органів та установ про надання інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку. До компетентних органів та установ, за умовами цих Правил відносяться: медичні заклади та установи, які надають послуги Асистанту та інші органи та установи, які можуть надати відомості та підтвердити факт настання страхового випадку.

6.1.47. Відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках передбачених Правилами.

6.1.48. Заявляти зворотні вимоги до Страхувальника (Застрахованої особи) на суму сплачених Страховиком страхових виплат, які не підлягали сплаті згідно з умовами договору страхування, якщо це передбачено договором страхування.

Страховик зобов'язаний:

6.1.49. Ознайомити Страхувальника з Правилами та умовами страхування.

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

6.1.51. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхової суми (її частини) згідно з розділом 11 та розділом 12 цих Правил. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхової суми (її частини) шляхом сплати Страхувальникові пені, розмір якої визначається умовами договору страхування або законом.

6.1.52. Відшкодувати витрати понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання та зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору страхування.

6.1.53. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості майна переукласти із ним договір страхування.

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

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

9.6. Застрахована особа має право:

9.6.1. На відшкодування за медичні послуги, які були надані у відповідності з договором страхування.

9.6.2. При втраті Медичної картки одержати дублікат Медичної картки відповідно до п.8.14. цих Правил.

9.7. Застрахована особа зобов'язана:

9.7.1. Проходити лікування тільки в лікувальних закладах, визначених Страховиком.

9.7.2. В разі необхідності отримання медичних послуг в лікувальному закладі, не передбаченому договором страхування, узгодити це зі Страховиком до отримання цих послуг, а у випадках звертання Застрахованої особи за екстреною медичною допомогою повідомити Страховика про таке звертання не пізніше 48 годин з моменту, як тільки з'явиться можливість це зробити.

9.7.3. Дотримуватися вимог умов договору страхування, розпоряджень лікаря, внутрішнього розпорядку медичного закладу при одержанні медичної допомоги.

9.7.4. Забезпечити збереження особистих страхових полісів, сертифікатів, Медичних карток та не передавати їх іншим особам з метою одержання ними медичних послуг.

9.7.5. Надати Страховику право на ознайомлення з медичною документацією та отримання інформації від лікарів та інших осіб, що надають медичні послуги, з будь-яких медичних та інших закладів для вирішення питань, пов'язаних з виконанням договору страхування та оплатою наданих Застрахованій особі послуг.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, Страхувальник (Застрахована особа), зобов'язаний протягом 48 годин після настання такої події (або при першій можливості, у випадку, коли змоги повідомити Страховика або Асистанта не було) повідомити Страховика або Асистанта за телефоном(ами), що вказаний в договорі страхування, якщо договором страхування не визначено іншого способу повномлення. Інформація повинна містити:

- Прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- Назву страхової компанії;
- Номер, серію договору страхування, строк його дії ;
- Програму страхування та страхову суму;
- докладний опис обставин чи характер необхідної допомоги;

- Контактний телефон та адресу місцезнаходження Застрахованої особи або адресу лікувального закладу, якщо Застрахована особа вже знаходиться на лікуванні.
- За запитом Асистанта надіслати факсокопію полісу.

10.2. Страхувальник після повідомлення інформації, повинен узгодити з Асистантом наступні свої дії.

У будь-якому випадку, потрапивши до лікаря чи клініки, Страхувальник (Застрахована особа) має пред'явити договір страхування.

10.3. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) самостійно не може повідомити про те, що сталося, Асистанта чи Страховика, це може зробити інша особа (родич, керівник туристичної групи, працівник медичного закладу і т.д.)

10.4. При страхуванні за програмою, що передбачає страховий захист при багаторазових поїздках за кордон, Страхувальник (Застрахована особа) на запит Асистанта або Страховика має підтвердити дійсність договору страхування шляхом надання факсокопій відміток прикордонних служб в закордонному паспорті про перетин кордону.

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

11.1. Для компенсації вартості наданих Застрахованим особам медичних послуг медичні заклади або Асистант надають Страховику рахунки, акти виконаних робіт та іншу документацію стосовно страхового випадку.

11.2. Для одержання відшкодування вартості самостійно оплачених Страхувальником (Застрахованою особою) медикаментів, медичних та інших послуг (в обсязі та межах, визначених договором страхування), Страхувальник (Застрахована особа) подає Страховику заяву про виплату, договір страхування, документи, що підтверджують особу заявника (паспорт/посвідчення) та документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а саме:

- Квитанції, чеки, рахунки про оплату одержаного лікування, медикаментів, послуг медичного транспорту, послуг репатріації та ритуального перевезення, послуг зв'язку та ін.;
- Медичні довідки, з зазначенням прізвища пацієнта, встановленим діагнозом;
- Дані про проведені лікувальні процедури та дати їх проведення, рецепти з печаткою лікаря та найменуванням призначених ліків тощо.

11.3. З урахуванням характеру події, що відбулась, Страховик має право запросити додаткові документи, які підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, розмір витрат та виконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов договору, але ненадання цих документів не дає права Страховику відмовити Страхувальнику у виплаті страхового відшкодування.

11.4. Страховик має право перевіряти надану інформацію та направити до Застрахованої особи власного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

11.5. Ненадання Страхувальником зазначених документів не дає права Страховику відмовляти у виплаті страхового відшкодування.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. У разі настання страхового випадку Страховик відшкодовує витрати, що передбачені договором страхування:

- Безпосередньо Асистанту для подальшої оплати Асистантом рахунків за надані Застрахованій особі медичні, транспортні, юридичні та інші послуги.
- Страхувальникові (Застрахованій особі), якщо оплата послуг була здійснена самостійно Страхувальником (Застрахованою особою).

12.2. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатив послуги у країні перебування, Страховик відшкодовує ці витрати після повернення Застрахованої особи в Україну у національній валюті по курсу НБУ на день здійснення витрат (за вирахуванням франшизи). Договором страхування може бути передбачена гранична сума, в межах якої здійснюється відшкодування, якщо понесені витрати не були погоджені з Асистантом або Страховиком.

12.3. Страхове відшкодування виплачується Страховиком у межах страхової суми та лімітів відповідальності, зазначених у договорі страхування. Страхове відшкодування не може перевищувати розміру прямих витрат, яких зазнав Страхувальник (Застрахована особа).

12.4. При визначенні розміру страхового відшкодування вираховується франшиза, що зазначена в договорі страхування.

У випадку, коли сума витрат перевищує страхову суму, вказану у договорі страхування, Страховик, в першу чергу, сплачує витрати на лікування, а у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи) - витрати на перевезення тіла померлого у країну постійного проживання.

12.5. Відшкодування Страховиком медичних та інших витрат здійснюється після перевірки всіх поданих документів в строк згідно розділу 13 цих Правил.

12.6. Страхове відшкодування може одержати також інша особа за письмовим розпорядженням Страхувальника (Застрахованої особи), оформленим згідно законодавства.

12.7. Належну виплату страхового відшкодування Страховик здійснює через свою касу або в безготівковому порядку відповідно до бажання Застрахованої особи (Страхувальника, законного спадкоємця), про що зазначається у заяві про виплату.

12.8. За кожний день затримки виплати, що сталася з вини Страховика, сплачується пеня в розмірі, визначеному договором страхування.

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

6.2. Протягом 10 (семи) робочих днів з дня отримання всіх належним чином засвідчених документів і відомостей про обставини настання страхового випадку, згідно розділу 11 цих Правил, Страховик приймає рішення про виплату (або відмову у виплаті) страхового відшкодування та складає страховий акт.

6.3. Про відмову в страховій виплаті Страховик повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) або законного спадкоємця у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття рішення.

6.4. Відмова у виплаті страхового відшкодування може бути оскаржена Страхувальником в судовому порядку.

6.5. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою, спадкоємцем) документів, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим та складання страхового акту продовжується на період отримання Страховиком необхідних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 календарних днів. Таке продовження відбувається шляхом прийняття відповідного рішення Страховиком та повідомленням Страхувальника протягом 3 робочих днів з моменту прийняття такого рішення.

6.6. Всі виплати по страховим випадкам проводяться протягом 30 робочих днів, після прийняття відповідного рішення та складання Страхового акту, за умови отримання Страховиком всіх необхідних для цього документів згідно з цими Правилами, підписання їх всіма зацікавленими сторонами, якщо інше не вказано в договорі страхування.

6.7. Негативний фінансовий стан Страховика не є підставою для відмови у виплаті страхового відшкодування Страхувальникові.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

14.1. Підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є:

6.7.1. Навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена підстава 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.

6.7.2. Вчинення Страхувальником або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

6.7.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку.

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

6.7.5. Одержання відповідного відшкодування збитку від особи, винної у заподіянні цього збитку.

6.7.6. Інші випадки, передбачені законом.

14.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

14.3. Рішення про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком у строк не більший передбаченого правилами страхування та повідомляється Страхувальникові в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

14.4. Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

15. 15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

15.1.1. Закінчення строку дії договору страхування.

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

15.1.3. Смерті Застрахованої особи. Якщо договір страхування було укладено відносно декількох осіб одночасно, то у разі смерті однієї Застрахованої особи договір припиняє дію тільки відносно цієї особи.

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

15.1.5. Реорганізація 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».

15.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

15.1.7. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

15.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

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

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

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

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

15.6. У разі дострокового припинення дії договору страхування, за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

15.7. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум (страхового відшкодування), що були здійснені за цим договором страхування.

15.8. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі були здійснені в безготівковій формі за умови дострокового припинення договору страхування.

15.9. В усіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику страхові поліси та Медичні картки, що були видані Застрахованим особам.

16. СТРАХОВИЙ ТАРИФ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

- 16.1. Розмір страхової премії визначається залежно від розміру страхової суми на підставі страхового тарифу, що визначається у Додатку 1 до цих Правил, з урахуванням результатів оцінки імовірності настання страхового випадку для конкретного ризику.
- 16.2. Конкретний розмір страхової премії визначається у договорі страхування та залежить від обраних умов страхування.
- 16.3. Страхова премія сплачується Страхувальником повністю одноразово, якщо інше не передбачене договором страхування.
- 16.4. Страхувальник може сплатити страхову премію готівкою у касу Страховика або використати безготівкові форми розрахунків.
- 16.5. Страхувальники вносять платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент - іноземною вільноконвертованою валютою або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 16.6. Якщо страховий випадок наступив до сплати чергового страхового внеску, Страховик має право при визначенні розміру страхової виплати вирахувати суму несплаченого страхового внеску.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

- 17.1. Зворотній переклад термінів не іноземного походження з української мови на іншу (ділову) мову, зроблений за власної ініціативи Страхувальника не має юридичної сили, якщо протилежне не передбачено чинним законодавством.
- 17.2. Україномовні редакції цих Правил, страхових медичних програм, договору страхування, заяв мають пріоритет перед відповідними іншомовними редакціями таких документів, за виключенням перекладів, посвідчених Страховиком.
- 17.3. Страховик гарантує дотримання лікарської таємниці у відповідності до чинного законодавства України.
- 17.4. Страховик має право на ознайомлення з медичною документацією Застрахованої особи, що містить інформацію стосовно її історії хвороби, фізичного та психічного стану, діагнозу, перебігу лікування та прогнозів його результатів, а також використовувати цю інформацію для вирішення питань, пов'язаних з виконанням договору страхування, оплатою наданих Застрахованій особі послуг, захистом прав Застрахованої особи.
- 17.5. Будь-які зміни до умов договору страхування вносяться лише за письмовою згодою сторін.
- 17.6. Про намір внести зміни до умов договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за два тижня до запропонованого строку внесення змін.
- 17.7. Зміни до умов договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого договору страхування.
- 17.8. Договір страхування вважається недійсним з часу його укладання у випадках, передбачених Цивільним Кодексом України. Крім того, відповідно до Закону України «Про страхування» договір страхування визнається недійсним, якщо він укладений після настання страхового випадку. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 18.1. Спори, що виникають в процесі виконання умов договору страхування, вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України.
- 18.2. Суміжні термінологічні спори, тобто спори стосовно трактування термінів і спеціальних понять (включаючи формулювання результатів профілактичного огляду, профілю захворювання, діагнозу, назви/виду медичної допомоги, класифікацію ушкоджень, травм, уражень організму Застрахованої особи, тощо), які мають відношення до майнових інтересів Страхувальника, Застрахованої особи або Страховика, підлягають урегулюванню і вирішенню на підставі відповідних тлумачень поданих в офіційних спеціалізованих виданнях (довідники, словники, класифікатори) або згідно до роз'яснень компетентного державного чи міжнародного органу.

19. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 19.1. Будь-які зміни до умов договору страхування вносяться лише за письмовою згодою сторін.

19.2. Про намір внести зміни до умов договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за два тижня до запропонованого терміну внесення змін.

19.3. Зміни до умов договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого Договору страхування.

19.4. Додаткова угода до договору страхування є його невід'ємною частиною.

20. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

20.1. Страховик несе матеріальну відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами договору страхування.

20.2. У випадку порушення Застрахованою особою медичних розпоряджень і рекомендацій лікарського персоналу, а також недотримання правил внутрішнього розпорядку встановлених у медичному закладі, медичний заклад має право припинити обслуговування Застрахованої особи, зробивши відповідну позначку в листі непрацездатності та/або історії хвороби амбулаторного або стаціонарного хворого. При цьому Страховик має право припинити договір страхування у відношенні даного Застрахованого в порядку, передбаченому договором страхування.

Базові добові тарифи для програми страхування А.

Період страхування	Денна (добова) страхова премія в залежності від страхової суми, EUR / USD						
	5 000 EUR/USD	10 000 EUR/USD	15 000 EUR/USD	30 000 EUR/USD	50 000 EUR/USD	70 000 EUR/USD	100 000 EUR/USD
1-5 днів	0,008%	0,005%	0,004%	0,003%	0,002%	0,002%	0,002%
6-15 днів	0,007%	0,005%	0,004%	0,003%	0,002%	0,002%	0,001%
16-30 днів	0,006%	0,004%	0,003%	0,002%	0,002%	0,002%	0,001%
31-60 днів	0,005%	0,004%	0,003%	0,002%	0,002%	0,001%	0,001%
61-90 днів	0,005%	0,003%	0,002%	0,002%	0,001%	0,001%	0,001%
91-365 днів	0,004%	0,003%	0,002%	0,002%	0,001%	0,001%	0,001%

Вартість страхування за іншими програмами визначається шляхом множення страхового тарифу за програмою А на корегуючий коефіцієнт:

Назва програми	Коефіцієнт
Програма В	1,15-1,25
Програма С	1,35-1,45

В залежності від факторів, що збільшують чи зменшують ризик, використовуються наступні коефіцієнти до базового страхового тарифу:

Коефіцієнт урахування додаткових опцій

21. Додаткові опції страхування	22. Коефіцієнти підвищення страхового тарифу
Страхування на випадок захворювань/травм внаслідок заняття спортом на аматорському рівні	1,5 – 2,0
Страхування на випадок захворювань/травм внаслідок заняття професійним спортом	1,5-3,0
Страхування на випадок захворювань/травм внаслідок заняття фізичною працею за кордоном	1,5-3,0

Коефіцієнт урахування території страхування

Територія дії договору страхування	Коефіцієнт
Україна	1,0
Країни Європи	1,2
Єгипет, Ізраїль, Марокко, Туніс та Туреччина	1,2
Весь світ	1,8

Коефіцієнт урахування кількості поїздок протягом періоду страхування

Кількість поїздок протягом дії договору страхування	Франшиза (безумовна), EUR/USD	Коефіцієнт
Одноразова поїздка	0,0	1,0
	50,0	0,8
Багаторазові подорожі (переривчасте страхування)	0,0	1,3
	50,0	1,0

Кінцевий розмір страхового тарифу залежить від об'єктивних чинників, які суттєво впливають на ступінь страхового ризику для конкретної Застрахованої особи (*віку, роду професійної діяльності та побічних занять, обрана програма страхування тощо*) та загальних ризикових факторів (кількості Застрахованих осіб; виду транспорту, яким вони подорожують; політичних, економічних, соціальних, епідеміологічних факторів в країні, що є метою подорожі Застрахованої особи; її географічного розташування відносно основних материків та віддаленості від України, ступінь розвитку та доступність медичної допомоги в регіоні та інших факторів), та розраховується за допомогою *підвищувальних* (від 1,0 до 5,0) та *понижувальних* (від 1,0 до 0,4) корегувальних коефіцієнтів шляхом множення корегувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

У будь-якому випадку при застосуванні корегувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 20% від страхової суми.

Норматив витрат Страховика на ведення справи, визначений при розрахунках страхових тарифів, становить 30% від величини страхового тарифу.

Актуарій

_____ / _____ /
Підпис П.І.Б.