

ЗАТВЕРДЖЕНО

Рішенням Правління

Протокол № 44 від "26" серпня 2007р.

В. о. Президента АСК „Омега”


Щербатих М.О.



омега

акціонерна страхова компанія

ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

м. Київ 2007 р.

ЗМІСТ

1. ТЕРМІНОЛОГІЯ.....	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	6
3. СУБ'ЄКТИ СТРАХУВАННЯ.....	6
4. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ.....	6
5. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ.....	6
6. ДОПОМОГА/ ПОСЛУГИ, ЩО НАДАЮТЬСЯ СТРАХУВАЛЬНИКУ (ЗАСТРАХОВАНІЙ ОСОБІ) В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.....	7
7. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	9
8. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ.....	11
9. СТРАХОВІ ТАРИФИ.....	11
10. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ.....	11
11. ФРАНШИЗА.....	11
12. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	12
13. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	12
14. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.....	12
15. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ТА/ АБО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.....	14
16. ДОКУМЕНТИ, ЯКІ НЕОБХІДНО НАДАТИ В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.....	15
17. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.....	16
18. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.....	17
19. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	18
20. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.....	19
21. ОСОБЛИВІ УМОВИ.....	19

1. ТЕРМІНОЛОГІЯ.

Кожен термін, що визначається в цьому розділі Правил, має і надалі так трактуватися кожен раз, коли він згадується у тексті Правил з великої літери.

1.1. Асистанська компанія.

Юридична особа, якій Страховик доручає координацію та організацію Медичної та іншої допомоги Застрахованій особі.

1.2. Амбулаторія.

Лікувально-профілактичний заклад (ЛПЗ), призначений для надання Застрахованій особі Амбулаторно-поліклінічних послуг.

1.3. Амбулаторно – поліклінічна допомога (послуга).

Організована та регулярна Медична допомога (послуга), що надається Застрахованій особі, яка самостійно приходить до ЛПЗ та перебуває там протягом строку, що не перевищує 24 годин.

1.4. Близькі родичі.

Дієздатні фізичні особи (мати, батько, рідний брат, рідна сестра, син, дочка, бабуня, дідусь, чоловік/дружина Застрахованої особи).

1.5. Вигодонабувач.

Дієздатна фізична особа або юридична особа, призначена Страхувальником за погодженням із Застрахованою особою для одержання Страхової виплати у разі смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання або Нещасного випадку.

1.6. Гостре захворювання.

Раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

1.7. Гострий біль.

Реакція нервової системи на зовнішній, або внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Страхувальника (Застрахованої особи).

1.8. Договір страхування (сертифікат, страховий поліс).

Письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання Страхового випадку здійснити Страхову виплату Страхувальнику або Застрахованій особі, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі у визначені терміни та виконувати інші умови Договору Страхування.

1.9. Дорожньо-транспортна пригода (ДТП).

Подія, що сталася під час руху транспортного засобу, внаслідок якої загинули або поранені люди чи завдані матеріальні збитки.

1.10. Екстрена стоматологічна допомога.

Надання медичної допомоги (консультація Лікаря –стоматолога, рентген: попередній та контрольний, використання анестезії, постановка тимчасової або постійної пломби, зняття гострого болу) при раптовому Захворюванні зубів, спрямоване на його усунення без подальшого відновлювального лікування.

1.11. Застрахована особа.

Дієздатна фізична особа, що подорожує та про страхування якої (за її згодою) Страхувальник уклав Договір страхування зі Страховиком. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. Якщо Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою, відповідно до цих Правил.

1.12. Загострення Хронічного захворювання.

Це поява нових симптомів або посилювання старих симптомів Хронічного захворювання, які ведуть до погіршення здоров'я Застрахованої особи, загрожують життю Застрахованої особи та вимагають надання медичної допомоги.

1.13. Країна постійного проживання.

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

1.14. Лікар.

Фізична особа із закінченою вищою медичною освітою, яка отримала встановлені державою документи на право здійснення медичної практики (Диплом про вищу медичну освіту та Сертифікат спеціаліста).

1.15. Лікарські засоби.

Фармацевтичні препарати (медикаменти), витратні медичні матеріали (бинт, вата, марля, гіпсова пов'язка та ін.), коректуючі пристрої (костелі, наколінники та ін.), призначені Лікарем для надання медичної допомоги та використання яких дозволено державою на території дії Договору страхування.

1.16. Ліміт відповідальності.

Обмеження відповідальності Страховика по одному з ризиків або їхньої сукупності. Ліміт відповідальності може бути колективним або індивідуальним. Колективний ліміт обмежує суму відповідальності Страховика по всіх Застрахованих, які підпадають під дію ліміту. Індивідуальний ліміт обмежує відповідальність Страховика індивідуально для кожного Застрахованого, що підпадає під дію ліміту. Ліміт може виражатися у грошових одиницях (грошовий ліміт) або в кількості послуг або в інших обмеженнях, передбачених Договором страхування. У першому випадку обмежується виплата Страхового відшкодування, сумою визначеною Договором. Страховика, у другому - кількість послуг, оплачуваних Страховиком по даному ліміту. Ліміт відповідальності визначається у Договорі страхування.

1.17. ЛПЗ (Лікувально-профілактичний заклад, медичний заклад).

Заклад, що, за законодавством України, має право надавати консультаційну, діагностичну, лікувальну, профілактичну та реабілітаційну медичну допомогу (послуги).

1.18. Медичний стан (стан здоров'я).

Характеристика фізичного стану здоров'я Застрахованої особи.

1.19. Медична допомога (послуга).

Дія, спрямована на діагностику, лікування захворювання Застрахованої особи із залученням Медичного персоналу ЛПЗ. Поняття Медичної допомоги (послуги) включає в себе:

- огляд та консультацію Лікаря;
- проведення лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- виконання медичних процедур та маніпуляцій;
- проведення оперативних втручань;
- послуги при перебуванні в ЛПЗ (харчування, вартість утримання 1 ліжка та ін.).

1.20. Медична евакуація.

Термінове транспортування Застрахованої особи із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та в супроводі медичного персоналу до ЛПЗ, же може надаватися кваліфікована Медична допомога (послуга), якщо необхідність такого транспортування обумовлена Медичним станом Застрахованої особи.

1.21. Невідкладна медична допомога.

Надання Медичної допомоги при настанні Нещасного випадку або Раптового захворювання (Гострого захворювання та/або Загострення хронічного захворювання або інших медичних станів) Застрахованої особи, що загрожують життю Застрахованої особи з виїздом до неї спеціалізованої бригади швидкої допомоги, до складу якої входить Лікар та/або медична сестра.

1.22. Нещасний випадок.

Під нещасним випадком слід вважати раптову, несподівану, короткочасну, незалежну від волі Страхувальника/ Застрахованої особи подію, що фактично відбулася і в наслідок якої настав розлад здоров'я. Травматичне пошкодження, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами, промисловими або побутовими, недоброякісними харчовими продуктами, за винятком харчової токсикоінфекції (сальмонельоз, дизентерія), ліками; тепловий удар, опіки, обмороження, поразка

електричним струмом та блискавкою, розриви (поранення органів) або їх вилучення в наслідок невірних медичних маніпуляцій з Застрахованою особою або її смерть.

1.23. Період відстрочки.

Інтервал часу від моменту початку дії Договору страхування, протягом якого Страховик не несе відповідальності за випадками, що сталися із Застрахованою особою. Тривалість Періоду відстрочки вказується в Договорі страхування.

1.24. Переривчасте страхування.

Ліміт кількості днів, протягом яких Страховик несе відповідальність протягом строку дії Договору з моменту перетину кордону Застрахованою особою при виїзді з країни постійного місця проживання, а саме: в цілому (сумарний ліміт кількості днів перебування за кордоном при багаторазових поїздках) та за однією подорожжю за кордон (тривалість однієї подорожі), але не більше встановленого ліміту кількості днів. При переривчастому страхуванні ліміт кількості днів страхування не може перевищувати кількості днів строку дії договору страхування.

1.25. Правила.

Ці правила добровільного страхування медичних витрат.

1.26. Програма страхування.

Програма, згідно з якою Застрахованій особі надається та оплачується комплекс взаємопов'язаних медичних послуги та /або інших послуг, які обираються Страхувальником при укладенні Договору страхування та на основі якої можуть розроблятися індивідуальні програми страхування для окремих Страхувальників.

1.27. Раптове захворювання.

Включає в себе поняття Гострого захворювання та/або Загострення хронічного захворювання.

1.28. Стаціонарна медична допомога (послуга).

Медична допомога (послуга), що надається Застрахованій особі в Стаціонарі ЛПЗ протягом строку, який перевищує 24 години.

1.29. Стаціонар ЛПЗ.

Відділення Лікувально-профілактичного закладу, яке призначене для цілодобового надання Медичної допомоги (послуг) Застрахованій особі, яка постійно перебуває в ЛПЗ протягом призначеного Лікарем курсу лікування.

1.30. Страховий акт.

Документ, що складається Страховиком або уповноваженою ним особою для підтвердження кожного факту настання Страхового випадку і є підставою для здійснення Страхової виплати.

1.31. Страхова виплата (страхове відшкодування).

Грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні Страхового випадку.

1.32. Страховий платіж.

Плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

1.33. Страхова сума.

Грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні Страхового випадку.

1.34. Страховий тариф.

Ставка Страхового платежу з одиниці Страхової суми за визначений період страхування.

Страховий тариф визначається у відсотках до Страхової суми.

1.35. Страховий ризик.

Певна подія, визначена Правилами, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

1.36. Страховик.

Закрите акціонерне товариство «Акціонерна страхова компанія «Омега».

1.37. Страхувальник.

Юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала Договір страхування із Страховиком і зобов'язується сплачувати Страховий платіж у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

1.38. Спеціалізовані особи.

Це треті особи, що надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) через Асистанську компанію або Страховика та мають право на здійснення своєї діяльності, а саме Лікувально-профілактичні заклади, заклади по наданню технічної, адміністративної та юридичної допомоги тощо.

1.39. Строк дії Договору страхування.

Строк, встановлений в Договорі страхування, за який Страхувальник сплачує Страховий платіж, а Страховик несе відповідальність у разі настання Страхового випадку здійснити Страхову виплату згідно умов Договору страхування.

1.40. Територія дії Договору страхування (Місце дії Договору страхування).

Це географічний район, що вказаний в Договорі страхування.

1.41. Франшиза.

Це частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.

Франшиза безумовна – визначена Договором страхування частина збитків, яка не підлягає відшкодуванню Страховиком за кожним та будь-яким Страховим випадком, який стався протягом дії Договору страхування.

Франшиза умовна – визначена Договором страхування частина збитків, що не підлягає відшкодуванню Страховиком лише у разі, якщо розмір фактично заподіяного збитку, розрахованого відповідно до умов Договору страхування та цих Правил, не перевищує розміру безумовної франшизи.

1.42. Хронічне захворювання.

Захворювання, тривалість якого перевищує 6 місяців від моменту встановлення діагнозу Лікарем ЛПЗ.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.

2.1. Ці Правила розроблені Страховиком на підставі Закону України «Про страхування» та інших нормативно-правових актів, що діють на території України.

2.2. На підставі цих Правил Страховик укладає Договори добровільного страхування медичних витрат.

3. СУБ'ЄКТИ СТРАХУВАННЯ.

3.1. Суб'єктами страхування є:

- Страховик;
- Страхувальник;
- Застрахована особа;

3.2. Не можуть бути застраховані:

- повнолітні особи, визнані у встановленому законом порядку недієздатними;
- психічно хворі;
- інваліди I групи.

4. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ.

4.1. Предмет страхування - це майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать чинному законодавству України, пов'язані з відшкодуванням вартості Допомоги/Послуг, зазначених в Розділі 6 цього Договору, у разі настання Страхового випадку.

5. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ.

5.1. **Страховими ризиками**, відповідно до цих Правил, є такі імовірні події:

5.1.1. Раптове захворювання Застрахованої особи;

- 5.1.2. Нещасний випадок з Застрахованою особою;
- 5.1.3. Пошкодження в результаті ДТП або поломка автомобіля, на який Застрахована особа має право експлуатації на праві власності, згідно договору оренди або довіреності;
- 5.1.4. Смерть або Тяжке захворювання Близьких родичів Застрахованої особи, які не подорожують разом з нею Затримка або пропаша багажу, втрата або крадіжка документів Застрахованої особи;
- 5.1.5. Порушення кримінальної справи проти Застрахованої особи внаслідок ненавмисного правопорушення;
- 5.1.6. Завдання шкоди життю та здоров'ю Застрахованої особи.
- 5.2. **Страховий випадок** – понесення Страхувальником (Застрахованою особою) витрат наслідок подій, передбачених в п. 5.1 цих Правил та зазначених в Договорі страхування, пов'язаних з отриманням Допомоги/ Послуг, зазначених в Розділі 6 цих Правил.
- 5.3. Договором може бути передбачене страхування від одного, декількох або всіх ризиків, зазначених в п. 5.1 цих Правил.

6. ДОПОМОГА/ ПОСЛУГИ, ЩО НАДАЮТЬСЯ СТРАХУВАЛЬНИКУ (ЗАСТРАХОВАНІЙ ОСОБІ) В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

- 6.1. Згідно з цими Правилами, в разі настання Страхового випадку Страховиком надається Страхувальнику (Застрахованій особі) наступна допомога:
- 6.1.1. **Медицина допомога** – у разі звернення Застрахованої особи через Асистанську компанію або Страховика до ЛПЗ внаслідок:

- Раптового Захворювання;
- Розладу здоров'я у зв'язку з Нещасним випадком.

В рамках надання медичної допомоги Страховиком відшкодовуються:

- Витрати за надання Невідкладної медичної допомоги;
- Витрати на Стационарну медичну допомогу;
- Витрати на лікування в Амбулаторії;
- Витрати на Екстрену стоматологічну допомогу;
- Витрати на транспортування Застрахованої особи до найближчого міжнародного аеропорту, залізничного вокзалу, автовокзалу країни постійного місця проживання у разі Раптового захворювання або Нещасного випадку, якщо транспортування рекомендує Лікар, що лікує.

- 6.1.2. **Допомога з переїзду та проживання** – у разі госпіталізації Застрахованої особи надається наступна допомога:

а) Якщо Застраховану особу буде госпіталізовано за межами країни постійного проживання на строк більш ніж 7 діб, якщо інше не передбачено Договором страхування, Страховик або Асистанська компанія оплачує Близькому родичу Застрахованої особи авіаквиток або залізничний, автобусний квиток економічним класом в обидва кінця при умові, що не один із повнолітніх членів сім'ї не супроводжував Застраховану особу під час зарубіжної поїздки. Витрати на проживання Близького родича в країні, де госпіталізована Застрахована особа не покриваються.

Договором страхування може бути передбачені відшкодування витрат і в межах країни постійного проживання.

б) Якщо неповнолітню Застраховану особу буде госпіталізовано за межами країни постійного проживання на строк більш ніж 7 діб, Страховик або Асистанська компанія оплачує, але не більш 10 діб, проживання в країні госпіталізації Близького родича, якщо інше не передбачено Договором страхування,

в) Якщо діти, які знаходяться із Застрахованою особою в зарубіжній поїздки, залишаються без нагляду через Раптове захворювання або Нещасний випадок з останнім, Страховик, або Асистанська компанія оплачує Близькому родичу Застрахованої особи авіаквиток або залізничний, автобусний квиток економічним класом в обидва кінця для проїзду в країну постійного проживання.

6.1.3. **Допомога з репатріації** – у разі смерті Застрахованої особи у зв'язку з Раптовим захворюванням або Нещасним випадком.

В рамках надання цієї допомоги Страховиком відшкодовуються:

- Витрати на репатріацію тіла в разі смерті Застрахованої особи до місця постійного проживання, що підтверджені документально, а саме:
 - на оформлення документів, що стосуються репатріації тіла Застрахованої особи;
 - на спеціальну труну (герметично закриту);
 - на транспортування до місця постійного проживання.

6.1.4. **Технічна допомога** – у разі звернення Застрахованої особи через Асистанську компанію до закладу технічної допомоги внаслідок пошкодження в результаті ДТП або поломки під час подорожі автомобіля, який належить Застрахованій особі на праві власності чи на інших законних підставах;

В рамках надання технічної допомоги Страховиком відшкодовуються витрати:

- на оплату доставки автомобіля до найближчого сервісного центру або до найближчого місця паркування / зберігання;
- на оренду рівнозначного автомобіля на час ремонту пошкодженого автомобіля, але не більше 3 (трьох) діб;
- на оплату за перебування в готелі на час ремонту автомобіля, але не більше 3 (трьох) діб.

6.1.5. **Адміністративна допомога** – у разі звернення Застрахованої особи через Асистанську компанію або Страховика за отриманням послуг внаслідок:

- смерті або тяжкого захворювання Близьких родичів Застрахованої особи, які не подорожують разом з нею;
- затримки або пропажі багажу;
- втрати або крадіжки документів.

В рамках надання адміністративної допомоги Страховиком відшкодовуються витрати:

- на оплату предметів першої необхідності (в окремих випадках одягу), у разі затримки багажу Застрахованої особи більш 6 годин після її прибуття в розмірі ліміту, передбаченому Договором страхування;
- на оплату вартості тільки трьох днів проживання в готелі з харчуванням, у разі відміни рейсу транспорту через страйк, технічні причин, строк яких складає більш 6 годин;
- на оплату вартості багажу, у разі його втрати авіа (авто, морським) перевізником;
- на оплату вартості на відновлення документів (закордонного паспорту, банківської пластикової картки, посвідчення водія, свідоцтва, що посвідчує реєстрацію транспортного засобу, який належить Застрахованій особі на правах власності або на інших законних підставах);
- на оплату вартості авіа-, залізничного або автобусного квитка (ів) економічним класом для Застрахованої особи, у разі необхідності термінового повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання у випадку смерті або тяжкого захворювання Близького родича.
- Витрати, понесені державними органами, у зв'язку з видворенням Застрахованої особи, в разі непередбаченого порушення Застрахованою особою візового режиму країни, консульська служба якої видала Застрахованій особі в'їзну візу:
 - транспортні витрати;
 - витрати на перебування під арештом перед видворенням.

6.1.6. **Юридична допомога** – у разі звернення Застрахованої особи через Асистанську компанію або Страховика за отриманням юридичної підтримки внаслідок:

- порушення кримінальної справи проти Застрахованої особи внаслідок ненавмисного правопорушення;
- завдання шкоди життю та здоров'ю Застрахованої особи.

В рамках надання юридичної допомоги Страховиком відшкодовуються витрати:

- на оплату послуг адвоката, згідно Ліміту відповідальності, передбаченому Договором страхування;

- на оплату послуг перекладача для отримання юридичних послуг, згідно Ліміту відповідальності, передбаченому Договором страхування;

7. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

7.1. Страховик не відшкодовує:

- 7.1.1. Витрати на санаторно-курортне лікування, профілактичне медичне обстеження.
- 7.1.2. Витрати, що перевищують необхідні, коли Стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показниками), що вона сама, чи в супроводі іншої особи, може повернутися до місця, або країни постійного місця проживання.
Якщо Раптове захворювання (Нещасний випадок) виникло в кінці дії Договору страхування і по висновку Лікаря Стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє здійснити його репатріацію в країну постійного проживання, то зобов'язання по оплаті витрат на медичну допомогу продовжується до тих пір, поки не з'явиться можливість здійснити репатріацію Застраховану особу, але не більш, ніж на 30 діб.
- 7.1.3. Витрати на лікування в місці постійного (населеного пункту) проживання, або країні постійного місця проживання, якщо інше не обумовлено Договором.
- 7.1.4. Витрати і збитки через неможливість працювати, брати участь в подорожі, екскурсії, за бронювання квитків і місць у готелях, моральний збиток і т. ін.
- 7.1.5. Витрати на діагностику вагітності, передчасні пологи (викидень), пологи і їх ускладнення; на проведення абортів, крім випадків, коли аборт був необхідний по медичним показникам, внаслідок Нещасного випадку або Раптового захворювання, а також витрати, пов'язані з вагітністю, пологами та їх ускладненнями після 7-го місяця вагітності.
- 7.1.6. Витрати на лікування венеричних захворювань і Сніду, статевих розладів, стерилізацією чоловіків та жінок, а також всіх хвороб, викликаних ВІЛ-інфекцією.
- 7.1.7. Витрати на Медичні послуги у зв'язку з Раптовим захворюванням або Нещасним випадком, що сталися внаслідок вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, або вживання не прописаних лікарем ліків, іншими випадками самолікування.
- 7.1.8. Витрати на лікування алкогольної (наркотичної, токсикологічної) залежності.
- 7.1.9. Витрати, пов'язані з діагностикою і лікуванням природжених, хронічних захворювань і хвороб, що почалися ще під час перебування в країні постійного місця проживання.
- 7.1.10. Витрати на протезування зубів, на стоматологічну допомогу, за винятком Екстреної стоматологічної допомоги. Витрати на Екстрену стоматологічну допомогу на Україні не оплачуються.
- 7.1.11. Витрати, які зазнали Близькі родичі Застрахованої особи протягом госпіталізації Застрахованої особи (за винятком п.6.1.1, а).
- 7.1.12. Витрати по рахункам, які надав Страхувальник Страховику в строк більш 15 діб після повернення Застрахованої особи в Україну.
- 7.1.13. Витрати на пластичні, косметичні операції, операції по зміні полу, купівлю і ремонт допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, кардіостимуляторів, протезів та інших засобів).
- 7.1.14. Витрати на лікування через нещасні випадки, викликані військовими діями будь-якого роду і їх наслідками, масовими безпорядками, повстаннями та іншими акціями громадської непокори, участь в терористичних актах.
- 7.1.15. Витрати на лікування або витрати у разі смерті Застрахованої особи в автоаварії, якщо автомобілем керувала Застрахована особа, не маючи прав водія чи знаходячись під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, а також, якщо вона, заздалегідь про це знаючи, їхала у автомобілі, яким керувала особа, що не має прав водія, чи знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин.
- 7.1.16. Витрати на лікування через скоєння Застрахованою особою умисного правопорушення, за яке передбачена адміністративна та/або кримінальна відповідальність за законами, що діють в країні перебування, так і за законами, що діють в країні постійного місця проживання Застрахованої особи.

- 7.1.17. Витрати на лікування у разі спроби самогубства або витрати у разі смерті Застрахованої особи, коли вона покінчила життя самогубством (за винятком випадків, коли вона була доведена до цього протиправними діями третіх осіб), або, бажаючи отримати Страхове відшкодування, навмисно себе травмувала або попросила це зробити іншу особу.
- 7.1.18. Витрати на психотерапевтичне і психіатричне лікування.
- 7.1.19. Витрати на лікування онкологічних захворювань, у тому числі і доброякісних пухлин.
- 7.1.20. Витрати, пов'язані з наданням медичної допомоги, що не є необхідними з медичної точки зору, та/ або, не призначеної Лікарем.
- 7.1.21. Витрати, пов'язані з наданням послуг медичним закладом, що не має відповідної ліцензії, або особою, що не має права на здійснення медичної практики.
- 7.1.22. Витрати на проведення дезінфекцій, профілактичних вакцинацій, ін'єкцій, щеплень, лікарських експертиз і лабораторних досліджень, не пов'язаних зі Страховим випадком.
- 7.1.23. Витрати, пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, послуг перукаря, масажиста, косметолога, таксі і т. ін.
- 7.1.24. Витрати, що виникли внаслідок настання страхового випадку після дати закінчення строку дії Договору страхування.
- 7.1.25. Витрати на лікування нетрадиційними методами, які не є офіційно загальноприйнятими в країні перебування.
- 7.1.26. Витрати на реабілітаційну терапію та фізіотерапію.
- 7.1.27. Витрати, пов'язані з штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, витрати по запобіганню вагітності.
- 7.1.28. Витрати на поточні обслідування зору та слуху.
- 7.1.29. Витрати на платне лікування у медичному закладі, а також будь-які витрати у випадку, якщо Страхувальник (Застрахована особа) має право на безкоштовне медичне обслуговування.
- 7.1.30. Витрати на лікування внаслідок впливу радіації або радіоактивного забруднення.
- 7.1.31. Витрати на лікування Страхувальника (Застрахованої особи) родичами та догляд за нею, незалежно від того, чи є вони медичними працівниками.
- 7.1.32. Витрати, пов'язані з ритуальними атрибутами та ритуалом поховання Страхувальника (Застрахованої особи).
- 7.1.33. Витрати, що пов'язані з випадком, який стався в результаті польоту Страхувальника (Застрахованої особи) на літальному апараті, керування цим апаратом, крім випадків польоту в ролі пасажирів на літаку цивільної авіації, який виконувався професійним пілотом.
- 7.1.34. Витрати, що пов'язані з випадком, який стався в результаті занять Страхувальником (Застрахованою особою) будь - яким видом спорту, якщо інше не передбачено Договором.
- 7.1.35. Витрати, що пов'язані з випадком, який стався в результаті занять Страхувальником (Застрахованою особою) небезпечними видами діяльності, роботи на небезпечних ділянках (водії, гірники, будівельники, електромонтажники, тощо), якщо інше не передбачено Договором.
- 7.1.36. Витратами на трансплантологічні операції, усі види протезування.
- 7.1.37. Витратами на лікування професійних захворювань, крім випадків коли потребується Невідкладна медична допомога і є загроза життю Застрахованої особи.
- 7.1.38. Витратами на придбання харчових добавок.
- 7.1.39. Витратами на додаткові гонорари медичному персоналу та за медичне обслуговування, одержане від приватних медичних працівників.
- 7.2. Події, передбачені у пп. 5.1. цих Правил, які сталися внаслідок Раптового захворювання або Нещасного випадку, що виникли до початку дії договору страхування не є Страховими випадками, і відповідальність Страховика по цим випадкам не настає.
- 7.3. Договір страхування не укладається стосовно осіб віком до 3 років та старших 65 років. Страхування таких осіб можливе шляхом встановлення додаткових умов страхування та збільшення суми страхового платежу.

- 7.4. У кожному Договорі страхування зазначається перелік Страховик випадків та Виключень зі Страхових випадків.
- 7.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші Виключення із Страхових випадків.

8. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ.

- 8.1. Загальна сума Страхових виплат щодо Застрахованої особи за Страховими випадками не може перевищувати Страхової суми за Договором страхування щодо такого Страхувальника (Застрахованої особи).
- 8.2. Договором страхування може бути встановлений Ліміт відповідальності Страховика по окремому Страховому випадку.
- 8.3. Якщо Страхувальник не повністю сплатив Страховий платіж, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці Страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

В разі сплати Страхувальником Страхового платежу не в повному обсязі, передбаченому Договором, Страховик несе відповідальність пропорційно відношенню суми сплаченої частини Страхового платежу за відповідний період страхування до зазначеного в Договорі страхування Страхового платежу за такий період страхування. Таку пропорційну відповідальність Страховик несе до 24.00 годин дня доплати Страхового платежу/ його частини до повного обсягу за відповідний період страхування.

- 8.4. Страховий платіж сплачується готівкою чи безготівковим переказом у національній грошовій одиниці України.

9. СТРАХОВІ ТАРИФИ.

- 9.1. Базові Страхові тарифи наведені у Додатку № 1 до цих Правил.
- 9.2. Конкретний розмір Страхового тарифу на кожну Застраховану особу по кожній Програмі страхування встановлюється Страховиком за домовленістю із Страхувальником, враховуючи вік, стать, регіону планованої подорожі Застрахованих осіб, страхову суму, кількість застрахованих осіб, інформацію про Медичний стан, строк дії Договору страхування та інші фактори, які можуть впливати на ступінь Страхового ризику.

10. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ.

- 10.1. Розмір Страхового платежу для кожної Програми страхування обчислюється шляхом множення Страхової суми на величину Страхового тарифу, визначеного в Додатку №1 до цих Правил.
- 10.2. Страховий платіж на кожну Застраховану особу визначається для кожної Програми страхування окремо.
- 10.3. Сплата Страхувальником Страхового платежу може здійснюватися частинами або одноразово.
- 10.4. Порядок і строки сплати Страхового платежу визначаються Договором страхування.

11. ФРАНШИЗА.

- 11.1. Страховик може у Договорі страхування встановлювати Франшизу, вид і розмір якої визначається за згодою сторін. Якщо інше не передбачено Договором страхування, франшиза встановлюється безумовною для окремих випадків для кожної Програми страхування. Франшиза встановлюється у відсотках від Страхової суми або в грошовому виразі. Договором може бути передбачені інші умови застосування Франшизи.
- 11.2. Франшиза вираховується при розрахунку Страхового відшкодування по кожному Страховому випадку, що стався протягом дії Договору страхування. Франшиза може встановлюватись по кожному ризику окремо чи по групі ризиків.

12. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

- 12.1. Строк дії Договору страхування визначається за домовленістю Сторін, але не більше одного року, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 12.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 12.3. **Територія дії Договору страхування:**
 - 12.3.1. Україна (У) – за винятком постійного місця (населеного пункту) проживання. Відповідальність Страховика починається тільки за межами постійного місця (населеного пункту) проживання.
 - 12.3.2. Європа (Є) – всі країни Європи, а також Алжир, Єгипет, Туніс, Марокко, Ізраїль, Туреччина, за винятком України, країни постійного проживання та країни, громадянином якої є Страхувальник (Застрахована особа).
 - 12.3.3. Світ (W) – всі країни світу, за винятком України, країни постійного проживання та країни, громадянином якої є Страхувальник (Застрахована особа).
- 12.4. В Договорах страхування з територією дії «Європа» і «Світ» може передбачатись Переривчасте страхування. Для Договорів з територією дії «Україна» Переривчасте страхування не передбачається.

13. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

- 13.1. Договір страхування укладається на підставі усної або письмової заяви Страхувальника, в якій зазначається: прізвище, ім'я Страхувальника (Застрахованої особи), повна дата народження, адреса постійного проживання, громадянство, номер і серія посвідчення особи, мета поїздки, дата початку страхування, кількість днів перебування за кордоном, країна в яку прямує Застрахована особа, Страхова сума.
- 13.2. При укладенні Договору Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки Страхового ризику.
- 13.3. За цими Правилами передбачається укладання Договору страхування окремої фізичної особи та страхування групи осіб або колективу працівників Страхувальника. При страхуванні групи осіб Страхувальник повинен до заяви на страхування додати список цих осіб, який є невід'ємною частиною договору, і підписується Сторонами. Договір страхування може бути виписаний як на кожного члена групи, так і на всю групу.
- 13.4. Договір страхування може укладатись на умовах Переривчастого страхування.
- 13.5. У випадку втрати оригіналу Договору страхування в період його дії, Страховик, на підставі письмової заяви Страхувальника, видає йому дублікат Договору.
- 13.6. Договір страхування укладається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться (по одному примірнику) у кожної із Сторін.
- 13.7. Договір страхування може бути укладений на умовах, які враховують Медичний стан Страхувальника.
- 13.8. Якщо протягом строку дії Договору страхування, Страхувальник має намір вчинити дії, які можуть призвести до будь – яких змін інформації, наданої в Заяві про страхування, він зобов'язаний в трьохденний строк до виконання таких дій письмово повідомити про них Страховика для внесення змін в Договір або припинення його дії.
- 13.9. Якщо Застрахована особа планує здійснити поїздку за кордон, то в такому випадку відповідальність Страховика по Договору страхування починається з моменту перетину Застрахованою особою кордону країни постійного проживання (є відмітка прикордонних служб у закордонном паспорті)

14. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.

- 14.1. **Страхувальник (Застрахована особа) має право:**
 - 14.1.1. На отримання Страхового відшкодування згідно з Договором страхування.

- 14.1.2. У випадку відмови Страховика виплатити Страхове відшкодування звернутися до Страховика з обґрунтованими претензіями і вимоги повторної перевірки протягом 30 днів.
- 14.1.3. Вимагати виконання Страховиком умов Договору страхування.
- 14.1.4. Вносити за згодою Страховика зміни до умов Договору, які стосуються строку дії договору страхування і розміру Страхової суми, з відповідним перерахунком Страхового платежу.
- 14.1.5. На отримання дублікату Договору, в разі втрати оригіналу, якщо дія Договору не закінчилась. В разі повторної втрати Договору протягом його дії зі Страхувальника додатково стягується платіж в розмірі фактичної вартості виготовлення Договору.
- 14.1.6. На дострокове припинення дії Договору та отримання частини Страхових платежів, що повертаються, на умовах цих Правил, з урахуванням нормативних витрат на ведення справи.
- 14.1.7. Укласти зі Страховиком Договори страхування на користь інших осіб з відома цих осіб.
- 14.2. Страховик має право:**
- 14.2.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію.
- 14.2.2. Відмовити у виплаті Страхового відшкодування в разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) зобов'язань, викладених у пп. 14.3.6, 14.3.7 цих Правил.
- 14.2.3. Виступати від імені Страхувальника (Застрахованої особи) за його дорученням у судових органах, або перед заявниками претензій.
- 14.2.4. Вимагати від Страхувальника виконання умов Договору страхування.
- 14.2.5. При наявності сумнівів у підставах для виплати Страхової суми (її частини) відстрочити її до отримання підтвердження цих підстав на строк, що не перевищує 3 (трьох) місяців.
- 14.2.6. В спірних випадках із Страхувальником Страховик має право провести медичне чи клінічне обстеження Застрахованої особи у зазначених ним медичних закладах.
- 14.2.7. Отримувати будь-яку інформацію медичного характеру про Застраховану особу від будь-якого Лікаря чи ЛПЗ.
- 14.2.8. Відмовити Страхувальнику у здійсненні Страхової виплати згідно із умовами Розділу 18 цих правил.
- 14.3. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:**
- 14.3.1. Виконувати умови Договору страхування в період його дії.
- 14.3.2. Вчасно сплачувати Страховий платіж.
- 14.3.3. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику.
- 14.3.4. Під час дії Договору страхування в письмовій формі інформувати Страховика про обставини, що можуть змінити ступінь Страхового ризику, протягом строку, вказаного в Договорі страхування, відколи йому стали відомі такі обставини.
- 14.3.5. Інформувати Страховика про інші діючі аналогічні договори страхування стосовно цього ж об'єкту страхування.
- 14.3.6. Погоджувати зі Страховиком або його закордонним представником (Асистанської компанії) всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі раптового Захворювання, Нещасного випадку та інших непередбачених подій, обумовлених Договором страхування.
- 14.3.7. Виконувати розпорядження та/чи рекомендації Страховика (Асистанської компанії).
- 14.3.8. Надати Страховику список працівників, які підлягають страхуванню, завірений належним чином та копію такого списку у електронному вигляді, з зазначенням Програми страхування, страхової суми, дати народження, адреси.
- 14.3.9. При зміні адреси, контактних телефонів та місця роботи повідомити про це Страховика.
- 14.3.10. При необхідності отримання Застрахованою особою медичної або іншої допомоги у закладах, з якими у Страховика або Асистанської компанії відсутні договірні стосунки, повідомити та узгодити це із Страхувальником або Асистанською компанією протягом строку передбаченого Договором страхування.
- 14.3.11. Ознайомити кожну Застраховану особу з умовами Договору страхування.

- 14.3.12. Повідомляти Страховика про настання Страхового випадку в строк, передбачений Договором страхування.
- 14.3.13. Дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам.
- 14.3.14. При втраті Договору страхування в період його дії негайно повідомити (письмова заява) про це Страховика для отримання дублікату, згідно з вимогою цих Правил. Страховик, на підставі письмової заяви Страхувальника, видає йому дублікат Договору. Застрахована особа повинна надати письмову заяву на втрату Договору страхування не пізніше за 24 (двадцять чотири) години (за винятком святкових та вихідних днів в країні постійного проживання) з моменту виявлення втрати Договору. Заява може бути передана через факсимільний зв'язок, телеграфу.
- Втрачений Договір страхування визнається недійсним з моменту отримання Страховиком заяви про його втрату. Виплата Страхового відшкодування по втраченому договору не здійснюється.
- Якщо Застрахована особа не повідомила або невчасно повідомила про втрату Договору страхування, а Страховик оплатив медичні або інші послуги по цьому Договору, то Страховик має право почати судові процедури за стягнення з держателя Договору страхування збитків у розмірі здійсненого Страхового відшкодування.
- 14.3.15. Відшкодувати Страховику, Асистанській компанії вартість сплачених медичних або інших послуг, які не передбачені Договором страхування, але були надані Застрахованій особі.
- 14.3.16. Не передавати Договір страхування сторонній особі або Близькому родичу для отримання медичної або іншої допомоги по цьому Договору.
- 14.4. **Страховик зобов'язаний:**
- 14.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.
- 14.4.2. Дотримуватися умов Договору страхування.
- 14.4.3. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання Страхового випадку, вжити заходи з метою оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати Страхового відшкодування Страхувальникові (Застрахованій особі) або особі, визначеній у Договорі страхування.
- 14.4.4. Прийняти рішення про виплату або відмову у виплаті Страхового відшкодування у відповідності до розділу 17 цього Договору.
- 14.4.5. Зберігати медичну таємницю щодо Застрахованої особи, відомості про Страхувальника і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.
- 14.5. Договір страхування може передбачати також інші права та обов'язки сторін та Застрахованої особи.

15. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ТА/ АБО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

- 15.1. При настанні Страхового випадку Страхувальник для отримання медичної або іншої послуги повинен звернутися до Страховика або до Асистанської компанії. При неможливості виконати цю вимогу Застрахована особа повинна дотримуватись умов, передбачених п.15.3.
- 15.2. При настанні Страхового випадку Страховик, Асистанська компанія залучає до роботи з надання та координації медичної та/або іншої допомоги Застрахованій особі всі необхідні служби та контролює повноту, своєчасність, якість та адресність надання цих послуг.
- 15.3. Якщо у Застрахованої особи з об'єктивних причин не було можливості повідомити Страховика або Асистанську компанію і без її відома розпочато надання медичної послуги, Застрахована особа та/або її законні представники, члени групи, команди, зобов'язані повідомити про це Страховика або Асистанську компанію протягом 24 годин з моменту настання події, за телефоном, вказаним в Договорі страхування та повідомити таку інформацію:
- номер Договору страхування;
 - ім'я Застрахованої особи;

- строк дії Договору страхування;
- місце знаходження, телефон;
- докладний опис обставин та характер необхідної допомоги.

У будь-якому випадку для отримання медичної допомоги Застрахована особа повинна пред'явити Спеціалізованій особі оригінал (копію, дублікат) Договору страхування, оригінал документу, що посвідчує її особу.

15.3.1. Самостійно (без узгодження із Асистанською компанією, Страховиком) Страхувальник має право одержати тільки Невідкладну медичну допомогу, по можливості користуючись послугами тільки державних медичних закладів.

У разі бажання Застрахованої особи продовжити лікування за свій рахунок – письмово повідомити про це Страховика, або Асистанську компанію.

15.3.2. Застрахована особа не може відмовитися від перевodu в ЛПЗ країни постійного місця проживання або постійного місця (населеного пункту) проживання для подальшого лікування з того моменту, коли Лікар визначає, що Стан здоров'я Застрахованої особи за медичними показниками дозволяє такий перевід їй самій чи в супроводі іншої особи. Якщо Застрахована особа відмовляється від перевodu, Страховик припиняє оплату вартості Медичних послуг.

15.4. У випадку, якщо Страхувальник (Застрахована особа) за власні кошти сплатив вартість медичних або інших послуг, для розгляду питання про Страхове відшкодування витрат Страхувальник (Застрахована особа) повинен звернутись до Страховика протягом 15-ти діб після повернення в Україну, якщо Страховий випадок стався за кордоном України та протягом 5-ти діб, якщо Страховий випадок стався на території України. При цьому Страховик має право на зменшення розміру страхового відшкодування або відмовити в виплаті страхового відшкодування.

16. ДОКУМЕНТИ, ЯКІ НЕОБХІДНО НАДАТИ В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

- 16.1. Для виплати Страховиком Страхового відшкодування Страхувальник або Близький родич, Вигодонабувач повинні надати Страховику у строк зазначений у п. 15.4 наступні документи:
- копію ідентифікаційного номеру фізичної особи – одержувача Страхового відшкодування;
 - заяву про настання Страхового випадку та виплату Страхового відшкодування;
 - копію закордонного паспорту Застрахованої особи з відміткою про перетин кордону;
 - копію Договору страхування;
 - банківські реквізити на отримання Страхового відшкодування;
 - нотаріально завірнену копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи;
 - оригінальний документ, що посвідчує особу Вигодонабувача;
 - документів щодо послуг перевезення тіла Застрахованої особи (оригінальні квитки за витрати перевезення тіла Застрахованої особи, оригінальні рахунки на придбання труни для Застрахованої особи та ін.).
- 16.2. Якщо у Застрахованої особи з об'єктивних причин не було можливості виконати вимогу п.15.1 та/або п. 15.3 повинен подати Страховику в строк, зазначений п.15.4. наступні документи:
- заяву про настання Страхового випадку та виплату Страхового відшкодування;
 - копію ідентифікаційного коду Застрахованої особи;
 - копію закордонного паспорта Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону (у випадку закордонної поїздки);
 - копію Договору страхування;
 - банківські реквізити на отримання Страхового відшкодування;
 - довідки - рахунки медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем Застрахованої особи, точним діагнозом Захворювання, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, переліком наданих послуг з розбиттям їх за датами та вартістю, загальною сумою до сплати;

- рецептів, виписаних лікуючим Лікарем у зв'язку з даним Захворюванням, на придбання медикаментів із штампом аптеки та зазначеною вартістю кожного препарату;
- 16.2.1. рахунків за інші послуги, передбачені Договором страхування;
- 16.2.2. інші необхідні документи за вимогою Страховика, пов'язані з Страховим випадком, які мають суттєве значення для підтвердження Страхового випадку.

Надсилання таких документів не звільняє Страховика від права, зазначеного в п.18.6 цих Правил.

16.3. Для підтвердження факту настання Страхового випадку та для визначення розміру Страхової виплати Асистанська компанія повинна надати Страховику:

- рахунки з додатками оригіналів (або їх копій) калькуляцій вартості Медичної допомоги та /або інших послуг (додаткових витрат);
- щотижневий звіт про надання асистанських послуг (по електронній пошті);
- інші необхідні документи за вимогою Страховика, пов'язані з Страховим випадком, які мають суттєве значення для підтвердження Страхового випадку.

17. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.

17.1. При настанні Страхового випадку Страховик, в межах Страхової суми або Лімітів відповідальності, якщо вони встановлені в Договорі страхування, відшкодовує витрати, які зазначені у Договорі страхування:

17.1.1. безпосередньо Медичному закладу (відповідно до пп.15.3.1 цих Правил) згідно з представленим рахунком чи іншим платіжно-розрахунковим документом; Страхова виплата здійснюється шляхом безготівкового розрахунку згідно з умовами Договору з цими юридичними особами.

17.1.2. на рахунок Спеціалізованій особі за надані послуги Застрахованій особі, які обумовлені в Договорі страхування, згідно з Програмами страхування; Страхова виплата здійснюється шляхом безготівкового розрахунку згідно з умовами Договору з цими юридичними або фізичними особами;

17.1.3. на рахунок Асистанської компанії що оплатила витрати на лікування і додаткові витрати. Страхова виплата здійснюється шляхом безготівкового розрахунку згідно з умовами договору з Асистанською компанією.

17.1.4. Застрахованій особі, якщо оплату медичної або іншої послуги вона здійснювала самостійно, дотримуючись умов пп.15.3, 16.2 цих Правил та з урахуванням п. 15.4 цих Правил.

17.1.5. Вигодонабувачу або законному спадкоємцю, у разі смерті Застрахованої особи.

Страховик здійснює виплату Страхового відшкодування протягом 10 банківських днів з дня прийняття рішення про виплату.

17.2. Страховий акт складається Страховиком на підставі Актів виконаних робіт, рахунків – фактур, медичної документації та іншої документації, що підтверджують факт настання Страхового випадку, від Спеціалізованих осіб, які надали медичну та іншу допомогу Застрахованій особі або від Асистанської компанії, Застрахованої особи, Близького родича.

17.3. Страховик здійснює відшкодування Страхових витрат за умови, що медична та інша допомога (послуги):

- співвідноситься із вказаним діагнозом Захворювання;
- відповідає стандартам якості медичної та іншої допомоги, що діють на території надання послуги.

17.3.1. Скласти Страховий акт або прийняти рішення про відмову у виплаті Страхового відшкодування (його частини) в строк не пізніше 12 (дванадцяти) робочих днів від дати отримання від Страхувальника (Застрахованої особи), Близького родича, Вигодонабувача, законного спадкоємця всіх необхідних документів, зазначених у Розділі 16 цих Правил, якщо інше не передбачене Договором страхування.

- 17.4. Якщо загальна сума виплат по наданих рахунках перевищує зазначену в Договорі страхування Страхову суму, то в першу чергу відшкодовуються витрати на лікування, а в разі смерті Застрахованої особи - витрати на перевезення її тіла або витрати на поховання за кордоном, або в разі, якщо Договір діє на території України - в населеному пункті, де сталася подія.
- 17.5. Здійснити виплату Страхового відшкодування протягом 10 (десяти) робочих днів від дати складання Страхового акту, що є формою рішення про виплату Страхового відшкодування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату Страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику пені у розмірі 0,1 % несплаченого в строк Страхового відшкодування за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки Національного Банку України, що діяла на дату прострочення, якщо інше не передбачене Договором.
- 17.6. Рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати приймається Страховиком у 15-денний строк з моменту отримання документів, вказаних в Розділі 16 цих Правил.
- 17.7. Якщо Страховик прийняв рішення про відмову у Страховій виплаті, він повинен обґрунтувати його у письмовій формі та надати оригінал рішення Асистанській компанії, Страхувальнику (Застрахованій особі), Вигодонабувачу або законному спадкоємцю.
- 17.8. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок Захворювання, Нещасного випадку Страхова виплата здійснюється Вигодонабувачу або законному спадкоємцю згідно з умовами Договору страхування.

18. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.

- 18.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхового відшкодування є:
- 18.1.1. 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 Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 18.1.2. вчинення Страхувальником - громадянином або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до Страхового випадку;
- 18.1.3. подання Страхувальником або Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання Страхового випадку;
- 18.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання Страхового випадку без поважних на це причин;
- 18.1.5. створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 18.1.6. настання Страхових випадків, що зазначені в Розділі 7 цих Правил або в Договорі Страхування як виключення;
- 18.1.7. в інших випадках, передбачених Договором страхування.
- 18.2. Якщо це передбачено Договором страхування, Страховик має право відмовити у виплаті Страхового відшкодування в разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) зобов'язань, викладених у пп.14.3.6, 14.3.7 цих Правил.
- 18.3. Застрахована особа може оскаржити рішення Страховика про відмову у здійсненні Страхової виплати у порядку, передбаченому законодавством України.
- 18.4. Якщо рішення Страховика про відмову у здійсненні Страхової виплати визнано законним у судовому порядку або визнається Застрахованою особою, вона самостійно відшкодовує вартість отриманої медичної або іншої допомоги Асистанській компанії, Страховику та/або іншим фізичним і юридичним особам, що надавали такі послуги.
- 18.5. У випадку передбаченому п. 15.4 цих Правил.
- 18.6. Невиконання Страхувальником Застрахованою особою п. 15.1 та 15.3 цих Правил.
- 18.7. Невиконання Страхувальником / Застрахованою особою п. 16.2 цих Правил.
- 18.8. Невиконання Страхувальником, Вигодонабувачем або Близьким родичем, що сплатив витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи п. 16.1 цих Правил.

19. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

19.1. Договір страхування припиняє дію за згодою Сторін, а також у разі:

19.1.1. закінчення строку дії Договору;

19.1.2. смерті Застрахованої особи (у випадку Договору страхування колективу (групи) осіб його дія припиняється лише стосовно цієї особи);

19.1.3. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

19.1.4. несплати Страхувальником Страхових платежів у встановлені Договором страхування 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;

Якщо протягом строку, обумовленого в Договорі страхування, з моменту вручення Страхувальнику письмової вимоги він здійснює сплату Страхового платежу або його частини у повному обсязі, то дія Договору страхування відновлюється з доби, наступної за днем зарахування коштів на поточний рахунок або до каси Страховика.

Якщо протягом строку, обумовленого в Договорі страхування, з моменту отримання письмової вимоги Страхувальник не сплачує Страхову премію або її частину у повному обсязі, то дія Договору страхування вважається достроково припиненою з ініціативи Страховика з причини порушення Страхувальником умов Договору страхування.

19.1.5. Ліквідації Страхувальника або смерті Страхувальника - громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;

19.1.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

19.1.7. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

19.1.8. з ініціативи Страхувальника згідно з умовами цих Правил та чинного законодавства України;

19.1.9. з ініціативи Страховика згідно з умовами цих Правил страхування та чинного законодавства України;

19.1.10. в інших випадках, передбачених законодавством України.

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

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

19.3. Страхувальник має право достроково припинити дію Договору страхування відповідно до пп.19.2 цих Правил. В цьому разі Страховик повертає Страхувальнику Страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку Страхового тарифу, та фактичних виплат Страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором.

Якщо вимога Страхувальника пов'язана з порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним Страхові платежі повністю.

19.4. За вимогою Страховика Договір страхування може бути припинений достроково відповідно до пп.19.2 цих Правил. При цьому, Страховик повертає повністю сплачені Страхувальником Страхові платежі.

Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику Страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку Страхового тарифу, та фактичних виплат Страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором.

19.5. Недійсність Договору страхування.

- Договір страхування вважається недійсним з часу його укладання у випадках, передбачених законодавством України.

- В разі визнання Договору страхування недійсним кожна із сторін зобов'язана повернути іншій стороні все, що вона отримала за цим договором, якщо інші наслідки недійсності договору страхування не передбачені законодавством України.
- 19.6. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення дії Договору Страхування

20. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

- 20.1. Спори, що впливають із умов Договору страхування, вирішуються Сторонами шляхом переговорів.
- 20.2. У випадку, якщо Сторонами не досягнуто згоди шляхом переговорів, суперечки та розбіжності вирішуються в порядку, встановленому чинним законодавством України.

21. ОСОБЛИВІ УМОВИ.

- 21.1. Наслідки збільшення Страхового ризику в період дії Договору страхування:
- 21.1.1. В період дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний протягом трьох робочих днів повідомити Страховика про значні зміни, які стали йому відомі в обставинах, які були представлені Страховику при укладенні Договору страхування, якщо ці зміни можуть суттєво впливати на збільшення Страхового ризику.
- 21.1.2. В разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення Страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування та сплати додаткового Страхового платежу відповідно до збільшення ризику.
- 21.1.3. У разі, якщо з'ясується, що дії Страхувальника (Застрахованої особи), які призвели до настання Страхового випадку, мали противоправний характер, Страховик має право вимагати дострокове припинення дії Договору страхування та повернення фактично виплачених Страхових сум (їх частин), до виплати яких призвели ці дії.
- 21.1.4. Якщо по факту, який став причиною настання Страхового випадку, ведеться кримінальна справа або розпочато судовий процес, рішення Страховика про Страхову виплату може бути відкладено до закінчення розслідування і судового розгляду або встановлення невинності Страхувальника (Застрахованої особи).
- 21.2. Будь-які повідомлення щодо виконання умов Договору страхування приймаються Страховиком/Страхувальником лише в письмовому вигляді (прийнятним є обмін повідомленнями із використанням факсимільного зв'язку та електронної пошти з подальшим надсиланням оригінальних документів).
- 21.3. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюється лише за згодою обох Сторін та оформлюється у вигляді додаткової Угоди до Договору страхування, підписаної уповноваженими на те представниками Сторін.
- Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 календарних днів до запропонованого строку внесення змін, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 21.4. При продовженні дії Договору страхування та за умови: що за попередній строк не було жодного Страхового випадку Страховик може надавати Страхувальнику знижку із Страхової премії в розмірі 5-10 %.
- 21.5. Договір страхування за бажанням Страхувальника може бути переукладений на нових умовах за згодою Страхувальника і Страховика на основі заяви однієї зі сторін протягом п'яти днів з моменту отримання заяви іншою стороною.
- 21.6. Порядок внесення змін та доповнень в Договір страхування.
- 21.6.1. Зміни умов Договору страхування здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика на основі заяви однієї зі сторін протягом п'яти днів з моменту отримання заяви іншою стороною і оформлюються новим Договором.
- 21.6.2. Якщо одна сторона не згодна з внесенням змін в Договір страхування, в п'ятиденний строк вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

21.6.3. З моменту одержання заяви однієї з сторін до моменту прийняття рішення, яке виходить з пп.21.6.1, 21.6.2, Договір страхування продовжує діяти на попередніх умовах.

Додаток №1

до Правил добровільного страхування медичних витрат

Базові річні тарифи
(у % від страхової суми)

- 1.1.1. Смерть або Тяжке захворювання Близьких родичів Застрахованої особи, які не подорожують разом з нею Затримка або пропажа багажу, втрата або крадіжка документів Застрахованої особи;
- 1.1.2. Порушення кримінальної справи проти Застрахованої особи внаслідок ненавмисного правопорушення;
- 1.1.3. Завдання шкоди життю та здоров'ю Застрахованої особи.

№ п/п	Страховий випадок	Допомога/ Послуги, що надаються Застрахованій особі	Страховий тариф, %
1.	Раптове захворювання Застрахованої особи, Нещасний випадок з Застрахованою особою	Медична допомога, а саме:	
		• Невідкладна медична допомога;	0,30
		• Стаціонарна медичну допомога;	0,45
		• Лікування в Амбулаторії;	0,35
		• Екстрена стоматологічна допомога;	0,70
		• Транспортування Застрахованої особи до найближчого міжнародного аеропорту, залізничного вокзалу, автовокзалу країни постійного місця проживання у разі Раптового захворювання або Нещасного випадку, якщо транспортування рекомендує Лікар, що лікує.	0,20
		Медична допомога, разом:	2,00
		Допомога з переїзду та проживання	0,35
		Допомога на репатріацію у разі смерті Застрахованої особи	0,40
2.	Пошкодження в результаті ДТП або поломка автомобіля	Технічна допомога	0,50
3.	Смерть або Тяжке захворювання Близьких родичів Застрахованої особи, які не подорожують разом з нею Затримка або пропажа багажу, втрата або крадіжка документів Застрахованої особи	Адміністративна допомога	0,15
4.	Затримка або пропажа багажу, втрата або крадіжка документів Застрахованої особи	Адміністративна допомога	0,25
5.	Порушення кримінальної справи проти Застрахованої особи внаслідок ненавмисного правопорушення	Юридична допомога	0,35
6.	Завдання шкоди життю та здоров'ю Застрахованої особи	Юридична допомога	0,45

Розмір страхового тарифу, що застосовується в Договорі страхування, встановлюється за згодою Сторін і в залежності від конкретних умов Договору страхування:

- кількості прийнятих на страхування осіб;
- лімітів відповідальності Страховика;
- переліку страхових випадків та виключень;
- віку Застрахованої особи;
- регіону планованої подорожі;
- стану здоров'я Застрахованої особи, яка страхується;
- наявності шкідливих звичок та факторів, що підвищують ймовірність захворювання (підвищена вага, спадковість) та ін.

При встановленні страхового тарифу застосовуються коригуючі коефіцієнти у межах від 0,1 до 15,0.

При укладанні Договору страхування на строк до одного року розмір страхового тарифу розраховується виходячи з базових річних тарифів пропорційно строку страхування.

Норматив витрат на ведення справи складає 40 %.

Актварій
Диплом №35 від 02.11.1998 р.


Ковбасенко М. Ю.

Державна комісія з регулювання ринків
фінансових послуг України

ЗАРЕЄСТРОВАНО

В.О. зменш *Кристині - Дар Делорін.*
страх. компанія

Підпис *А.О.* *Олександр А. Я.*
Президент, голова правління

24.07.2007 *2171843*

Дата Реєстраційний номер



Принято,
пронумеровано та скріплено
печаткою

ар. чинів
В.О. Президента АСК "Омега"
Інтербати М.О.