



ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

(НОВА РЕДАКЦІЯ)

Київ - 2014

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	3
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	3
3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК.....	3
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	7
5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ	9
6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ ТА СТРАХОВИХ ВІДШКОДУВАНЬ.	10
7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	10
8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	11
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.....	11
10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	13
11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	14
12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.....	14
13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.	15
14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	15
15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.	16
16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.....	17
17. ОСОБЛИВІ УМОВИ	17
СТРАХОВІ ТАРИФИ	18

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.

1.1. На підставі цих Правил Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «Укрфінстрах» (надалі Страховик) укладає договори добровільного страхування медичних витрат (надалі - Договори страхування) фізичних осіб (надалі Застрахованих осіб) із юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі Страхувальниками).

1.2. Страхувальник - юридична особа або дієздатна фізична особа, які уклали із Страховиком Договір страхування.

1.3. Страхувальники мають право укладати Договори про страхування третіх осіб - Застрахованих осіб за згодою останніх.

1.4. Застрахована особа - фізична особа про страхування якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. До Договору страхування може додаватися список Застрахованих осіб та інформація, яка необхідна Страховику для оцінки страхового ризику.

1.5. Страхувальник, який уклав Договір страхування власних майнових інтересів, є Застрахованою особою.

1.6. Договір страхування - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату (надати допомогу, виконати послугу, тощо) Страхувальнику (Застрахованій особі), а Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язується виконувати умови Договору.

1.7. Медичний заклад - підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.

1.8. Асистанс – спеціалізована служба, що діє від імені Страховика, організує та контролює надання Застрахованій особі необхідної допомоги, передбаченої Договором страхування.

1.9. Близький родич Застрахованої особи – батько, мати, у тому числі усиновлювачі, піклувальники, їхні та власні діти, чоловік, дружина, повнорідні та неповно рідні брати/сестри Застрахованої особи.

1.10. Часова франшиза – період часу в межах строку дії Договору страхування, впродовж якого будь-яка подія не визнається страховим випадком.

1.11. Хронічне захворювання – хвороба, на яку особа хворіла на час укладання Договору страхування, яка має хронічний характер (вроджений стан), не залежно від того чи здійснювалось лікування такої хвороби та чи знала про таку хворобу сама особа.

1.12. Франшиза – частина збитків, яка не відшкодовується Страховиком.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям застрахованої особи та медичними витратами застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення застрахованою особою подорожі (поїздки).

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК.

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

3.2. Страховий випадок - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

Страховим випадком за цим Договором вважається здійснення Застрахованою особою, Асистансом чи третьою особою непередбачених медичних витрат в зв'язку з нещасним випадком чи раптовим захворюванням, що сталися з Застрахованою особою під час подорожі:

3.2.1. за межами території України (Програма «А», «В», «С», «D»);

3.2.2. на території України (Програма „F”);

3.3. Страхові випадки за Програмою "А" включають:

3.3.1 Надання невідкладної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарняні послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, засоби фіксації, тощо);

3.3.2 Надання невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах;

3.3.3 Транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого лікаря або лікувального закладу;

3.3.4 Репатріація останків Застрахованої особи (у разі нещасного випадку або раптового захворювання) в країну, де вона постійно проживала, або поховання (кремація) тіла Застрахованої особи в країні знаходження. Всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Асистанська компанія, за узгодженням із Страховиком..

3.3.5 Для організації репатріації, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло померлого після перевезення труни на митну територію країни, де постійно проживала Застрахована особа.

3.3.6 Витрати на телефонний зв'язок Застрахованої особи або особи, що представляє її інтереси, з Асистанською компанією (Страховиком) з приводу повідомлення про страховий випадок.

3.4. Страхові випадки за Програмою «В» включають:

3.4.1 Надання невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах;

3.4.2 Надання невідкладної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарняні послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, засоби фіксації, тощо);

3.4.3 Оплату ліків, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану, придбаних за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого рецепту та підтвердження про оплату

3.4.4 Невідкладна стоматологічна допомога, а саме: стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням зубу та/або оточуючих зуб тканин або щелепною травмою, що отримана внаслідок нещасного випадку;

3.4.5 Надання невідкладної пологової допомоги до 7-го місяця вагітності;

3.4.6 Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого лікаря або лікувального закладу;

- медичну евакуацію/репатріацію з-за кордону до лікарні, найближчої до міжнародного аеропорту або найближчої до пункту перетину кордону у країні постійного проживання, якщо необхідність евакуації/репатріації, яка виникла в результаті нещасного випадку або раптового захворювання, підтверджується відповідними документами. Відшкодовуються також витрати на супроводжуючу особу при наявності медичної довідки про необхідність супроводжування із-за кордону до місця постійного проживання.

Рішення про необхідність і можливість репатріації, а також про вибір засобу її здійснення і маршрут приймає Страховик за погодженням із Асистанською компанією, медичним закладом та лікарем Застрахованої особи. Страховик залишає за собою право оплачувати лікування Застрахованої особи за кордоном до тих пір, доки стан здоров'я хворого не

дозволить перевезти його в країну постійного проживання для подальшого лікування. Рішення про доцільність медичної евакуації/репатріації та засоби її здійснення можуть приймати тільки лікарі, призначені представником Страховика. Якщо лікарі, уповноважені представником Страховика, вважають, що евакуація/репатріація можлива, а Страхувальник (Застрахована особа) відмовляється від неї, Страховик негайно припиняє оплату послуг на амбулаторне лікування або госпіталізацію.

3.4.7 Репатріація останків Застрахованої особи (у разі нещасного випадку або раптового захворювання) в країну, де вона постійно проживала, або поховання (кремація) тіла Застрахованої особи в країні знаходження. Всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Асистанська компанія, за узгодженням із Страховиком. Для організації репатріації, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло померлого після перевезення труни на митну територію країни, де постійно проживала Застрахована особа.

3.4.8 Витрати на телефонний зв'язок Застрахованої особи або особи, що представляє її інтереси, з Асистанською компанією (Страховиком) з приводу повідомлення про страховий випадок.

3.5. Страхові випадки за Програмою «С» включають:

3.5.1. Надання невідкладної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарняні послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, засоби фіксації, тощо);

3.5.2. Надання невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах;

3.5.3. Оплата ліків, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану, придбаних за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого рецепту та підтвердження про оплату;

3.5.4. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого лікаря або лікувального закладу;

- медичну евакуацію/репатріацію з-за кордону до лікарні, найближчої до міжнародного аеропорту або найближчої до пункту перетину кордону у країні постійного проживання, якщо необхідність евакуації/репатріації, яка виникла в результаті нещасного випадку або раптового захворювання, підтверджується відповідними документами. Рішення про необхідність і можливість евакуації/репатріації, а також про вибір засобу її здійснення і маршрут приймає Страховик за погодженням із Асистанською компанією, медичним закладом та лікарем Застрахованої особи. Страховик залишає за собою право оплачувати лікування Застрахованої особи за кордоном до тих пір, доки стан здоров'я хворого не дозволить перевезти його в країну постійного проживання для подальшого лікування. Рішення про доцільність медичної евакуації/репатріації та засоби її здійснення можуть приймати тільки лікарі, призначені представником Страховика. Якщо лікарі, уповноважені представником Страховика, вважають, що евакуація/репатріація можлива, а Страхувальник (Застрахована особа) відмовляється від неї, Страховик негайно припиняє оплату послуг на амбулаторне лікування або госпіталізацію.

3.5.5. Репатріація останків Застрахованої особи (у разі нещасного випадку або раптового захворювання) в країну, де вона постійно проживала, або поховання (кремація) тіла Застрахованої особи в країні знаходження. Всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Асистанська компанія, за узгодженням із Страховиком. Для організації репатріації, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло померлого після перевезення труни на митну територію країни, де постійно проживала Застрахована особа.

3.5.6. Витрати на телефонний зв'язок Застрахованої особи або особи, що представляє її інтереси, з Асистанською компанією (Страховиком) з приводу повідомлення про страховий випадок.

3.6. Страхові випадки за Програмою «D1» включають:

3.6.1. Надання невідкладної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарняні послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, засоби фіксації, тощо);

3.6.2. Надання невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах:

- вартість медикаментозного лікування;
- вартість діагностичних та лікувальних процедур (включаючи невідкладні оперативні втручання), а також використання необхідного для лікування медичного обладнання;
- консультаційні послуги;
- вартість перебування в палатах (в тому числі реанімаційних);
- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами прийнятими у даному медичному закладі.

3.6.3. Страховик оплачує лікування Застрахованої особи за кордоном у межах встановленої у Договорі страхування страхової суми до тих пір, доки стан здоров'я хворого за медичними показниками не дозволить перевезти його в Україну для продовження лікування.

3.6.4. Оплата ліків, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану, придбаних за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого рецепту та підтвердження про оплату;

3.6.5. Невідкладна стоматологічна допомога, а саме: стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням зубу та/або оточуючих зуб тканин або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку;

3.6.6. Надання невідкладної пологової допомоги до 7-го місяця вагітності.

3.6.7. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої до найближчого лікаря або лікувального закладу;
- медичну евакуацію/репатріацію з-за кордону до лікарні, найближчої до міжнародного аеропорту або найближчої до пункту перетину кордону у країні постійного проживання, якщо необхідність евакуації/репатріації, яка виникла в результаті нещасного випадку або раптового захворювання, підтверджується відповідними документами. Рішення про необхідність і можливість евакуації/репатріації, а також про вибір засобу її здійснення і маршрут приймає Страховик за погодженням із Асистанською компанією, медичним закладом та лікарем Застрахованої особи.

Страховик залишає за собою право оплачувати лікування Застрахованої особи за кордоном до тих пір, доки стан здоров'я хворого не дозволить перевезти його в країну постійного проживання для подальшого лікування. Рішення про доцільність медичної евакуації/репатріації та засоби її здійснення можуть приймати тільки лікарі, призначені представником Страховика. Якщо лікарі, уповноважені представником Страховика, вважають, що евакуація/репатріація можлива, а Страхувальник (Застрахована особа) відмовляється від неї, Страховик негайно припиняє оплату послуг на амбулаторне лікування або госпіталізацію.

3.6.8. Репатріація останків Застрахованої особи (у разі нещасного випадку або раптового захворювання) в країну, де вона постійно проживала, або поховання (кремація) тіла Застрахованої особи в країні знаходження. Всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Асистанська компанія, за узгодженням із Страховиком. Страховик відшкодовує витрати виключно за мінімально необхідним набором послуг. Для організації репатріації, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло померлого після перевезення труни на митну територію країни, де постійно проживала Застрахована особа.

3.6.9. Витрати на телефонний зв'язок Застрахованої особи або особи, що представляє її

інтереси, з Асистанською компанією (Страховиком) з приводу повідомлення про страховий випадок.

3.7. «D2» - «Адміністративні послуги»:

Додатково до витрат за програмою «D1» відшкодовуються витрати на:

а) візит третьої особи, коли тривалість перебування Застрахованої особи у стаціонарі перевищує 10 діб (відшкодовується вартість квитків в економічному класі та проживання в готелі). Межа відшкодування вартості проживання обмежена умовами Договору страхування. Ці витрати відшкодовуються у разі погодження візиту із Страховиком;

б) приїзд одного з близьких родичів Страхувальника (Застрахованої особи) що мешкає в Україні (дружини, чоловіка, повнолітньої дитини, батька, матері, рідного брата, сестри), а саме: витрати на проїзд в економічному класі до місця госпіталізації та в зворотному напрямку в межах страхової суми у випадку, якщо Страхувальника (Застраховану особу) госпіталізовано до лікарні більш, ніж на 10 діб і жоден із повнолітніх членів сім'ї не супроводжує його під час поїздки;

в) дострокове повернення (проїзд економічним класом) Застрахованої особи у разі смерті найближчих родичів (чоловіка, дружини, дітей, батьків) до пункту перетину кордону у країні постійного проживання за умови дійсності страхування протягом 3-х днів після звернення про необхідність передчасного повернення. Страховик має право на використання зворотного квитка Застрахованої особи.

г) транспортування дитини (дітей) Страхувальника (Застрахованої особи) віком до 15 років до місця постійного проживання, якщо Страхувальника (Застраховану особу) госпіталізовано до лікарні і немає іншого дорослого (віком понад 18 років) близького родича. У разі необхідності Страховик оплачує витрати на супровід дитини (дітей) в межах страхової суми. Страховик має право використати їх зворотні квитки.

д) продовження перебування Застрахованої особи за кордоном, якщо внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку виїзд має бути організований в більш пізній строк, якщо це приписує лікар (відшкодовується вартість проживання в готелі. Межа відшкодування вартості проживання обмежена умовами Договору страхування. Страховик залишає за собою право використати невикористаний зворотній квиток Застрахованої особи.

3.8. Страхові випадки за Програмою «F» включають:

3.8.1. «F1» – „Консультаційно-діагностична допомога”.

На умовах цієї Програми Страховик зобов'язується здійснити виплату страхового відшкодування в розмірі вартості консультаційно-діагностичної допомоги та послуг, лабораторних, інструментальних, функціональних, рентгенологічних, ендоскопічних, ультрасонографічних обстежень та проведення комплексного диспансерного обстеження.

3.8.2. "F2" - "Амбулаторно-поліклінічне лікування”.

На умовах цієї Програми Страховик зобов'язується здійснити виплату страхового відшкодування в розмірі вартості медичної допомоги та медичних послуг, наданих Застрахованій особі при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, у тому числі при лікуванні в умовах денного стаціонару;

3.8.3. "F3" - "Стаціонарне лікування”.

На умовах цієї Програми Страховик зобов'язується здійснити виплату страхового відшкодування в розмірі вартості медичної допомоги та медичних послуг, наданих Застрахованій особі при стаціонарному лікуванні у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях;

3.8.4. "F4" - "Швидка медична допомога”.

На умовах цієї Програми Страховик зобов'язується здійснити виплату страхового відшкодування в розмірі вартості медичної допомоги, яка була надана Застрахованій особі загальнопрофільними або спеціалізованими бригадами швидкої допомоги;

3.8.5. "F5" - "Стоматологічна допомога”.

На умовах цієї Програми Страховик зобов'язується здійснити виплату страхового відшкодування в розмірі вартості терапевтичної, хірургічної та ортопедичної стоматологічної допомоги, наданої Застрахованій особі;

3.8.6. "F6" - "Страхування дітей".

На умовах цієї Програми Страховик зобов'язується здійснити виплату страхового відшкодування в розмірі вартості медичної допомоги та медичних послуг, що надаються дітям віком від 1 до 14 років на умовах обраної програми страхування (F1, F2, F3, F4, F5).

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страховий випадок стався:

4.1.1. під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні, або на території дії Договору страхування;

4.1.2. під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу, похауту або терористичного акту;

4.1.3. внаслідок впливу ядерної енергії;

4.1.4. в результаті протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів;

4.1.5. на території країни не рекомендованої для в'їзду Міністерством закордонних справ України, а також на території офіційно оголошеної епідемії, забруднення навколишнього середовища або стихійних лих;

4.1.6 за межами дії Договору страхування;

4.1.7. під час подорожі, здійсненої з метою отримання лікування.

4.2. Виключеннями зі страхових випадків, якщо інше не передбачено Договором страхування, є витрати, здійснені внаслідок наступних подій їх наслідків/ускладнень:

4.2.1. протиправних дій Застрахованої особи, навмисного заподіяння шкоди своєму здоров'ю, спроби самогубства, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

4.2.2. захворювань і травм, отриманих внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим ризиком (керування транспортним засобом без відповідних прав, особиста участь у воєнних діях, народних хвилюваннях, страйках); а також з ризиком, невласивим його щоденної життєвої і професійної діяльності, заняттями небезпечними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, кінним спортом, парашутним спортом, дайвінгом та ін.);

4.2.3. лікування хвороб, що виникли до укладення Договору страхування, у тому числі захворювань на етапі лікування, незалежно від того, отримувала Застрахована особа лікування чи ні;

4.2.4. лікування хронічних захворювань, на які Застрахована особа хворіла на час укладання Договору страхування, крім випадків їх загострення чи ускладнення;

4.2.5. наркоманії, токсикоманії й алкоголізму чи перебування Застрахованої особи під впливом алкогольного сп'яніння (вміст алкоголю в крові більше 0,5 ‰) або наркотиків, у тому числі стани, захворювання, травми, опіки й отруєння, отримані через перераховані вище стани;

4.2.6. одержання профілактичних і лікувально-оздоровчих заходів (санаторно-курортне лікування та ін.), медикаментів, призначених з метою профілактики, у т.ч. тих, що входять в схему лікування, полівітамінних комплексів з метою профілактики, імунізації, вакцинації;

4.2.7. одержання послуг та/або товарів, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностики або лікування захворювань;

4.2.8. одержання медичних довідок для ДАІ, носіння зброї, відвідування басейну, профілактичних оглядів тощо;

4.2.9. експериментального лікування;

4.2.10. надання послуг лікувальним закладом або особою, які не мають відповідної ліцензії;

- 4.2.11. лікування, діагностування, яке не було призначене лікарем; повторних медичних обстежень Застрахованої особи та/або придбання за її власним бажанням товарів медичного призначення без медичних показань (при відсутності призначення лікуючого лікаря);
- 4.2.12. лікування методами нетрадиційної медицини, гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, біологічні добавки тощо;
- 4.2.13. фізіотерапії, мануальної терапії або лікувального масажу усіх видів;
- 4.2.14. косметичних і пластичних операцій, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених у результаті нещасного випадку;
- 4.2.15. лікування сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання;
- 4.2.16. трансплантації органів і тканин, протезування;
- 4.2.17. медичного обладнання, придбання протезів і медичних пристроїв, що заміщують або коригують функції уражених органів;
- 4.2.18. планових операцій із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШК);
- 4.2.19. комплексного лікування захворювань і станів, що вимагають застосування замісної терапії (у т.ч. цукровий діабет і його ускладнення, крім станів, що загрожують життю; клімакс, синдром виснажених яєчників тощо);
- 4.2.20. вікових дегенеративно-дистрофічних процесів, крім стадії загострення;
- 4.2.21. уроджених аномалій і вад розвитку, спадкових захворювань;
- 4.2.22. психічних захворювань і захворювань психогенної природи, порушень мови;
- 4.2.23. профзахворювань, відповідно до висновку НДІ професійної патології;
- 4.2.24. системних захворювань сполучної тканини, у т.ч. ревматизм;
- 4.2.25. саркоїдозу, муковісцидозу, ідіопатичного фіброзуючого альвеоліту, незалежно від клінічної форми і стадії процесу;
- 4.2.26. злоякісних онкологічних захворювань, у т.ч. захворювань онкогематологічної природи;
- 4.2.27. гематологічних захворювань, що пов'язані з порушенням функції кровотворних органів;
- 4.2.28. демієлінізуючих захворювань;
- 4.2.29. особливо небезпечних інфекцій (чума, холера, натуральна віспа, геморрагічні тифоманки);
- 4.2.30. діагностики, призначення схем лікування і безпосереднє лікування класичних венеричних захворювань, інфекцій, що передаються статевим шляхом, відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони здоров'я;
- 4.2.31. СНІД (ВІЛ), у тому числі діагностики;
- 4.2.32. туберкульозу;
- 4.2.33. дерматологічних захворювань, алергічних дерматитів;
- 4.2.34. видалення бородавок і папілом, крім ускладнених випадків;
- 4.2.35. застосування препаратів-аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (золадекс, диферелін та ін.);
- 4.2.36. ендометріозу, аденоміозу;
- 4.2.37. контрацепції, безпліддя, імпотенції, сексуальних дисфункцій;
- 4.2.38. зміни ваги тіла або лікування ожиріння, модифікація тіла з метою поліпшення психологічного, розумового або емоційного стану, в т.ч. хірургічна зміна статі;
- 4.2.39. замісної терапії, за виключенням гострих станів;
- 4.2.40. вагітності і пологів, за винятком позаматкової вагітності і необхідності переривання вагітності за медичними показниками;
- 4.2.41. лікування короткозорості, далекозорості, астигматизму, катаракти, а також глаукоми, крім станів, що вимагають невідкладної допомоги;
- 4.2.42. дослідження зору з метою призначення лінз чи окулярів, крім випадків порушення зору внаслідок нещасного випадку;
- 4.2.43. хронічної ниркової недостатності, що вимагає проведення гемодіалізу (штучна нирка);
- 4.2.44. хронічних гепатитів, цирозу печінки і гострих форм інфекційних гепатитів (крім гепатиту А), у т.ч. медикаментозного супроводу у стаціонарі;

- 4.2.45. бронхіальної астми;
- 4.2.46. хронічних захворювань нирок;
- 4.2.47. аутоімунних захворювань;
- 4.2.48. неспецифічних виразкових колітів;
- 4.2.49. операцій з приводу аневризми судин;
- 4.2.50. ускладнень виразкової хвороби (множинні виразки ДПК та/або шлунка, пенетрація виразки, стеноз ворота);
- 4.2.51. хронічної серцево-судинної недостатності в стадії суб/демпенсації;
- 4.2.52. відбілювання зубів, нанесення напилування, інкрустація, застосування дорогоцінних металів, зняття зубних відкладень, герметизація фіссур;
- 4.2.53. покриття профілактичними засобами емалі зубів, стоматологічна ремінералізуюча терапія, зубні пасти;
- 4.2.54. протезування зубів (коронки, кульшовидні вкладки та ін.), ортодонтія;
- 4.2.55. шинування зубного ряду;
- 4.2.56. стоматологічних аплікацій і лікувальних пов'язок;
- 4.2.57. заміною старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, не пов'язаною з лікуванням;
- 4.2.58. лікуванням гіполіпідемічними лікарськими препаратами (наприклад, лікарські препарати, які відносяться до групи статинів);
- 4.2.59. інші події, передбачені умовами Договору страхування.
- 4.3. Не приймаються на страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування:
- 4.3.1. особи, вік яких на момент закінчення строку дії Договору страхування перевищує 65 років;
- 4.3.2. інваліди I та II груп;
- 4.3.3. особи, які на час укладення Договору є онкологічно-хворими, хворими з тяжкими формами захворювання серцево-судинної системи, ВІЛ-інфікованими, знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах.
- 4.4. Договором страхування може бути передбачена часова франшиза у відношенні окремих страхових ризиків.

5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

5.1. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування. Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

5.2. Розмір страхового платежу визначається на підставі страхового тарифу, що наведений у Додатку №1 до цих Правил.

Коефіцієнти короткостроковості в залежності від строку дії Договору страхування наведено у таблиці №1 та застосовується виключно до Програм «F»:

Таблиця №1.

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт короткостроковості	0,09	0,19	0,28	0,36	0,45	0,54	0,62	0,7	0,78	0,86	0,94	1

5.3. За Договором страхування, укладеним на строк менше одного року, розмір страхового платежу визначається як добуток річного страхового платежу на коефіцієнт короткостроковості на підставі таблиці №1, в залежності від строку дії Договору страхування.

5.4. Страховий платіж сплачується одноразово у строк, визначений умовами Договору страхування.

5.5. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою або використати безготівкові форми розрахунків.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ ТА СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

6.1. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. Максимальний розмір страхової суми встановлюється за згодою Сторін при укладенні Договору страхування. В Договорі страхування можуть бути встановлені ліміти відповідальності Страховика за окремими видами послуг та на окремий страховий випадок.

6.2. Загальна сума страхових виплат за страховими випадками не може перевищувати страхової суми за Договором страхування.

6.3. Якщо Страхувальник не повністю сплатив страховий платіж, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

6.4. В період дії Договору страхування Страхувальник може збільшити розмір страхової суми.

6.4.1. При збільшенні страхової суми величина доплати страхової премії (Д) розраховується за формулою (1) для кожного предмету договору страхування окремо:

$$Д = (П2 - П1) \times К \quad (1)$$

де: П1, П2 - страхові премії по первісній та кінцевій страховим суммам відповідно;

К- коефіцієнт короткостроковості, який визначається згідно з таблицею №1 та кількістю повних місяців, що залишилися до кінця дії Договору страхування. При цьому неповний місяць приймається за повний.

6.4.2. При цьому укладається додаткова угода до діючого Договору страхування.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування.

При укладенні Договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) повинна повідомити Страховика про обставини, що характеризують ступінь страхового ризику.

7.2. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожної зі сторін. Якщо Договір страхування укладається стосовно декількох осіб, то до нього додається список Застрахованих осіб, що є невід'ємною частиною цього Договору.

7.3. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування. У Договорі страхування може бути передбачено наступний порядок набуття ним чинності:

7.3.1. Для Программ страхування «А», «В», «С», «D»:

а) Договір страхування набуває чинності з моменту перетину кордону Страхувальником, але не раніше дня надходження страхового платежу на рахунок Страховика, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

б) Страховий захист починається з моменту перетину Страхувальником (Застрахованою особою) державного кордону України, але не раніше вказаної в Договорі страхування дати початку дії Договору, та закінчується з моменту перетину Страхувальником (Застрахованою особою) державного кордону під час в'їзду в Україну, але не пізніше вказаної в Договорі страхування дати закінчення дії Договору.

в) При багаторазових поїздках Страхувальника (Застрахованої особи) за кордон Договір страхування містить обмеження щодо максимального загального строку перебування Застрахованої особи за кордоном протягом строку дії Договору. Строк дії Договору

страхування, вказаний як кількість днів перебування Страхувальника (Застрахованої особи) за кордоном автоматично зменшується на кількість днів перебування Страхувальника (Застрахованої особи) за кордоном. Договір страхування закінчує свою дію при вичерпанні ліміту загального терміну перебування Страхувальника (Застрахованої особи) за кордоном.

7.3.2. Для Програми страхування «F»:

а) при розрахунках готівкою - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового внеску;

б) при безготівкових розрахунках - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового внеску на розрахунковий рахунок Страховика в повному обсязі або визначеній частині, якщо це обумовлено Договором страхування.

7.4. Укладенням договору страхування Страхувальник надає Страховику право на отримання інформації про обставини страхового випадку, зокрема, інформації про стан здоров'я, хворобу Страхувальника, про його медичні обстеження, медичні огляди та їх результати.

При укладанні Страхувальником Договору про страхування інших (Застрахованих) осіб за Програмою страхування «F» (крім дітей у віці до 16-ти років) необхідна письмова згода цих осіб, в якій повинно бути визначено право Страховика на отримання інформації про обставини страхового випадку, зокрема, інформації про стан здоров'я, хворобу Застрахованої особи, про її медичні обстеження, медичні огляди та їх результати.

7.5. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін і не може перевищувати дванадцяти місяців, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.2. Договір страхування за Програмою «F» діє на території України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.3. Територія дії Договору страхування за Програмами «A», «B», «C», «D» визначається у Договорі страхування. За межами зазначеної території Договір страхування не діє.

8.4. Договором страхування за Програмами «A», «B», «C», «D» може бути передбачено страхування на території окремої країни або групи країн.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

9.1.1. У разі настання страхового випадку, якщо Страхувальник є Застрахованою особою, отримати страхову суму (її частину) шляхом оплати Страховиком вартості отримання медичної допомоги та медичних та інших послуг згідно умов Програми по Договору страхування в межах страхової суми.

9.1.2. У разі настання страхового випадку, вимагати виплати страхового відшкодування в порядку, передбаченому цими Правилами та/або Договором страхування.

9.1.3. На укладання Договору страхування про страхування іншої особи за згодою цієї особи, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника у відповідності з Договором страхування і цими Правилами.

9.1.4. На зміну умов Договору страхування за згодою сторін згідно з розділом 13 цих Правил. При цьому укладається додаткова угода до діючого Договору страхування між Страховиком та Страхувальником.

9.1.5. На дострокове припинення Договору страхування згідно умов цих Правил та Договору страхування.

9.1.6. На отримання дублікату Договору страхування, страхового свідоцтва (полісу, сертифікату) у разі втрати оригіналу.

9.1.7. На оскарження відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування.

9.2. Страхувальник зобов'язаний.

9.2.1. При укладенні Договору страхування повідомити Страховика достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають значення для визначення ступеня ризику. Вся інформація надається в письмовому вигляді за підписом Страхувальника

9.2.2. Сплатити страховий платіж у розмірі і в строки що обумовлені Договором страхування.

9.2.3. Протягом трьох робочих днів повідомити Страховика про настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

9.2.4. Протягом двох робочих днів повідомити Страховика про зміну ступеня ризику для прийняття останнім рішення про подальшу дію Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування

9.2.5. Повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування медичних витрат Застрахованої особи.

9.2.6. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) уклав Договір страхування за програмами «А», «В», «С», «D», він зобов'язаний погоджувати зі Страховиком або Асистансом всі дії, пов'язані з отриманням лікування та інших послуг в разі раптового гострого захворювання, нещасного випадку та інших надзвичайних подій, обумовлених Договором страхування, виконувати рекомендації Асистанса або Страховика, надати право вільного доступу лікаря-експерта Страховика та його уповноваженого представника до медичної, фінансової та іншої документації, яка пов'язана зі страховим випадком, з метою встановлення причин події, розміру витрат.

9.2.7. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші права та обов'язки Страхувальника.

9.3. Страховик має право:

9.3.1. У разі необхідності робити запити про відомості що пов'язані зі страховим випадком до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку.

9.3.2. Відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках передбачених цими Правилами та Договором страхування

9.3.3. На дострокове припинення Договору страхування відповідно до цих Правил та Договору страхування.

9.3.4. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження Страхувальника – фізичної особи та Застрахованих осіб, та за результатами медичного обстеження приймати рішення щодо укладення договору страхування та розміру страхового тарифу.

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

9.4.2. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування в розмірі та в порядку, передбаченому цими Правилами та Договором страхування.

9.4.3. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку вжити заходів, щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхового відшкодування.

9.4.4. Здійснити виплату страхового відшкодування у строк, встановлений Договором страхування.

9.4.5. Зберігати конфіденційність одержаної від Страхувальника інформації, щодо учасників та умов Договору страхування, за винятком випадків, передбачених Законодавством України.

9.4.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші права та обов'язки Страховика.

9.5. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів та про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків згідно з Договором страхування.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. Дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні страхового випадку, передбаченого Програмою «А», «В», «С», «D»:

10.1.1. При настанні страхової події Застрахована особа або її довірена особа зобов'язана негайно, але не пізніше 24 годин, якщо інше не передбачено Договором, зв'язатись із Асистансом за вказаними у Договорі страхування телефонами і повідомити таку інформацію:

- прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- номер Договору страхування (полісу);
- місце знаходження, контактний телефон;
- докладний опис обставин та характер необхідної допомоги.

10.1.2. Якщо таке повідомлення неможливо здійснити з об'єктивних причин до моменту отримання медичних чи додаткових послуг, це необхідно зробити з першою ж нагодою, не пізніше 24 годин, як тільки ці причини перестануть діяти. До об'єктивних причин в цьому випадку належать:

- відсутність діючих засобів зв'язку в місті перебування Страхувальника (Застрахованої особи);
- непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності особи, які могли б представляти її інтереси).

10.1.3. При виборі лікувального закладу, якщо характер захворювання не потребує термінового лікарського втручання для врятування життя, Застрахована особа повинна звернутись до Асистансу і отримати консультацію щодо рекомендованих лікувальних закладів.

10.1.4. У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин повинна самостійно оплатити вартість наданої їй медичної допомоги, вона зобов'язана узгодити це із Страховиком або Асистансом.

10.2. Дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні страхового випадку, передбаченого Програмою „F”:

10.2.1. В разі захворювання, загострення (ускладнення) хронічного захворювання або нещасного випадку, Застрахована особа для отримання медичної допомоги та/або медичних послуг повинна звернутися до Медичного закладу, визначеному у Договорі страхування.

10.2.2. При зверненні до Медичного закладу Застрахована особа повинна пред'явити наступні документи:

- а) оригінал Договору страхування (страхового поліса, свідоцтва);
- б) документ що посвідчує Застраховану особу;
- в) медичну картку, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідку з медичного закладу за місцем проживання, інші документи, передбачені Договором страхування.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

11.2. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку, передбаченого Програмами «А», «В», «С», «D»:

- заява про настання страхового випадку;
- оригінал рахунків на оплату вартості отриманих послуг;
- квитанції або чеки, що підтверджують оплату вищеназваних рахунків;
- довідку-рахунок з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) про оплату одержаного лікування, де вказано прізвище пацієнта, діагноз, дані про окремі лікувальні процедури та дати їх проведення;
- рецепти з печаткою на придбання призначених ліків, де вказано прізвище лікаря;
- найменування призначених ліків, їх вартість;
- документ, що підтверджує факт оплати за лікування, медикаменти та інші послуги

придбані за рецептами лікаря (касові чеки, штамп про оплату; банківська квитанція з зазначеною сумою на переказ тощо);

- офіційний протокол або довідка, що підтверджує факт нещасного випадку або травми та обставини події;

- за вимогою Страховика Застрахована особа зобов'язана надати закордонний паспорт з відмітками прикордонного контролю про перетин державного кордону.

11.3 Всі документи мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу, контактний телефон організації, що видала документ.

11.4 Наведений перелік документів є орієнтовним і може бути змінений Договором страхування.

11.1. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку, передбаченого Програмою „F”:

- заява про настання страхового випадку;
- первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, переліку проведених процедур і заходів, переліку медикаментів та матеріалів, використаних при наданні медичної допомоги із зазначенням їх вартості;
- документи, що підтверджують попередньо погоджені зі Страховиком витрати Застрахованої особи, пов'язані із придбанням медикаментів та матеріалів необхідних для отримання медичної допомоги;

12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.

12.1. Страховик зобов'язаний в строк не більше п'ятнадцяти робочих днів з дня одержання всіх документів що підтверджують факт настання страхового випадку (перелік таких документів наведено в розділі 10 цих Правил) прийняти рішення про виплату чи відмову у виплаті страхового відшкодування.

Протягом зазначеного строку Страховик має право перевіряти всі документи, надані Страхувальником та/або іншими особами, а також залучати фахівців для проведення медичного обстеження Застрахованої особи. З цією метою на вимогу Страховика Застрахована особа повинна пройти спеціальне обстеження у лікаря Страховика.

12.2. При відмові у виплаті страхової суми (її частини) Страховик повідомляє Страхувальнику (Застрахованій особі) у письмовій формі обґрунтовані причини відмови в термін не більше п'ятнадцяти робочих днів з дня одержання всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.

13.1 Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування у разі:

13.1.1. Навмисних дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку;

13.1.2. Вчинення страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

13.1.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування (існування на момент укладення Договору страхування хронічних та спадкових захворювань, будь-яких інших захворювань та пошкоджень організму, а також про заняття ризиковими видами діяльності і активними видами спорту) та про інші обставини, що є суттєвими для визначення ступеню страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

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

13.1.5. Здійснення Страхувальником (Застрахованим) витрат без попереднього узгодження зі Страховиком чи Асистансом, якщо таке погодження передбачене Правилами та/або Договором страхування;

13.1.6. Відмови Страхувальника виконання приписів представника Страховика або Асистанс;

13.1.7. Отримання Страхувальником під час перебування за межами України медичних послуг, які виходять за рамки невідкладної медичної допомоги та могли бути отримані в країні постійного проживання Застрахованої особи.

13.2. Договором страхування можуть бути передбачені інші підстави відмови у виплаті страхового відшкодування.

14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

14.1. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування на підставі документів, що підтверджують страховий випадок та страхового акту.

14.2. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) уклав Договір страхування за програмами «А», «В», «С», «D»:

14.2.1. Оплата вартості наданих Застрахованій особі невідкладних послуг за кордоном здійснюється Асистансом, який є закордонним представником Страховика, якщо Застрахована особа отримала допомогу через Асистанс, при цьому відповідний іноземний заклад, або фахівець, який надав допомогу Застрахованій особі, надішле рахунок та відривний корінець Договору страхування безпосередньо Асистансу. Розрахунки між Страховиком та Асистансом за надані Застрахованій особі послуги під час її поїздки за кордон, здійснюються у порядку та у строки, передбачені договором між Страховиком і Асистансом.

14.2.2. Якщо Застрахована особа сама сплатила вартість невідкладних послуг під час її поїздки за кордон, і узгодила ці витрати зі Страховиком, або з Асистансом, Страховик відшкодовує ці витрати після повернення Застрахованої за умови документального обґрунтування та підтвердження цих витрат.

14.2.3. При багаторазових поїздках Страхувальника (Застрахованої особи) за кордон, при зверненні для отримання страхового відшкодування Страхувальник (Застрахована особа) має разом з іншими документами пред'явити свій закордонний паспорт для перевірки загального терміну перебування Застрахованої особи за кордоном протягом строку дії Договору страхування.

14.3. Порядок і умови здійснення страхового відшкодування у разі настання страхового випадку, передбаченого Програмою „F”.

14.3.1 Страховик здійснює виплату страхового відшкодування в розмірі вартості, наданої Застрахованій особі, медичної допомоги:

- а) Медичному закладу, визначеному Договором страхування;
- б) Застрахованій особі, в частині компенсації вартості медикаментів або матеріалів, за умови їх відсутності в Медичному закладі, передбаченому Договором страхування, та попереднього погодження таких витрат із Страховиком;
- в) Застрахованій особі;
- г) будь-якому Медичному закладу;
- д) Асистансу.

14.4. Загальна сума страхових виплат не може перевищувати розміру страхової суми, встановленої Договором страхування.

14.5. Страховик може здійснювати виплату страхового відшкодування через касу або у безготівковому порядку, відповідно до умов Договору страхування.

14.6. Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком протягом 15 робочих днів з дня прийняття рішення про виплату, якщо інший строк не передбачений Договором страхування.

14.7. За кожен день затримки виплати, що сталася з вини Страховика, сплачується пеня у розмірі, визначеному Договором страхування або Договором із Медичним закладом, залежно від того, кому здійснюється виплата.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

15.1. Дія Договору страхування припиняється за згодою Сторін, а також:

15.1.1. При закінченні строку дії Договору страхування - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, що визначений як день закінчення.

15.1.2. При виконанні Страховиком зобов'язань у повному обсязі - з дня остаточного розрахунку.

15.1.3. При несплаті Страхувальником страхового внеску або першої частини страхового внеску, що передбачено Договором страхування, у строки, які передбачені Договором страхування - з дня підписання Договору страхування обома Сторонами.

15.1.4. У випадку втрати Страхувальником прав юридичної особи внаслідок ліквідації - з моменту виключення юридичної особи з державного реєстру.

15.1.5. При ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України - з дня наступного за днем підписання відповідних документів.

15.1.6. При прийнятті судового рішення про визнання Договору страхування недійсним - з дня вказаного в судовому рішенні.

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

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. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхової суми (її частини), що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

15.4. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за час дії Договору страхування з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених нормативом у розмірі страхового тарифу, виплат страхової суми (її частини), що були здійснені за цим Договором страхування.

15.5. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення Договору страхування.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

16.1. Спори за Договором страхування, що виникають між Страхувальником (Застрахованою особою) і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.

16.2. Спори між Страховиком і Страхувальником з приводу обставин, характеру, розміру витрат і виплат страхової суми вирішуються Сторонами з притягненням експертів і оплатою їх послуг Стороною, яка запрошує експерта.

16.3. При неможливості урегулювання спірних питань, справа розглядається у судовому порядку, згідно з законодавством України.

16.4. Позов по вимогам, які витікають із Договору страхування, може бути пред'явлений Страховику в строк, передбачений законодавством України.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Наслідки збільшення страхового ризику в період дії Договору страхування:

17.1.1. 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 надані Страховику при укладенні Договору страхування, якщо ці зміни можуть суттєво впливати на збільшення страхового ризику.

17.1.2. В разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати змін умов Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу відповідно до ступеня збільшення ризику.

17.1.3. В випадку, якщо Страхувальник не повідомив Страховика про значні зміни в обставинах, вказаних при укладенні Договору страхування, останній має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування.

17.1.4. У разі, якщо з'ясується, що дії Страхувальника, які призвели до настання страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування та повернення фактично виплачених страхових сум (їх частин), до виплати яких призвели ці дії.

17.1.5. Якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, ведеться кримінальна справа або розпочато судовий процес, рішення Страховика про виплату страхової суми може бути відкладено до закінчення розслідування і судового розгляду або встановлення невинності Страхувальника (Застрахованої особи),

17.1.6. На підставі цих Правил можуть розроблятися програми страхування, якщо вони не суперечать цим Правилам і чинному законодавству України.

17.1.7. Договором страхування можуть бути передбачені інші особливі умови страхування, якщо вони не суперечать чинному законодавству України.

17.1.8. Умови, що містяться в цих Правилах, але які не включено до тексту договору страхування є його невід'ємною частиною, якщо в договорі страхування прямо вказується, що його укладено відповідно до цих Правил.

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

від „ 14 ” квітня 2014 року

СТРАХОВІ ТАРИФИ

БЛОК 1. СТРАХОВІ ТАРИФИ ПО ПРОГРАМІ СТРАХУВАННЯ «F».

1.1. Базові річні страхові тарифи страхування медичних витрат у відповідності з програмою «F» наведені у таблиці.

Страхові випадки за Програмою «F»	Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)
«F1» - Консультаційно-діагностична допомога	5,1
«F2» - Амбулаторно-поліклінічне лікування	5,2
«F3» - Стаціонарне лікування	6,0
«F4» - Швидка медична допомога	4,8
«F5» - Стоматологічна допомога	8,0

1.2. В залежності від факторів, які істотно впливають на ступінь страхового ризику, до базового страхового тарифу можуть застосовуватись наступні корегувальні коефіцієнти:

Результати обстеження, фактори ризику	Корегувальний коефіцієнт
Функціональні розлади та хронічні захворювання	1,30
Паління	1,10
Регулярне вживання алкоголю	1,25
Надлишкова вага	1,15
Спадковість	1,20
Важкі умови праці (робітники, зайняті на підземних, гірських роботах, сталеплавильних цехах та ін.)	1,40

1.3. В залежності від кількості осіб, що підлягають страхуванню – до базового страхового тарифу застосовуються наступні корегувальні коефіцієнти:

Кількість застрахованих	Корегувальний коефіцієнт
50 – 80	0,95
80 – 110	0,94
110 – 200	0,92
200 – 250	0,91

1.4. Кінцевий розмір страхового тарифу в залежності від конкретних умов Договору страхування (періоду очікування згідно умов пункту 1.10. Правил – періоду з початку дії договору страхування, протягом якого не вважається страховим випадок, який настав, включення або виключення окремих ризиків або нозологій тощо), а також з врахуванням індивідуального ступеня ризику розраховується за допомогою як підвищувальних (від 1,1 до 6,0) так і понижуючих (від 0,9 до 0,1) корегувальних коефіцієнтів, шляхом множення базового страхового тарифу на корегувальний коефіцієнт.

1.5. У будь-якому випадку кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 40% від страхової суми.

1.6. При укладанні договору страхування на строк до одного року розмір тарифу розраховується виходячи із розміру річного страхового тарифу на підставі умов п.5.2. Правил.

1.7. Норматив витрат на ведення справи, врахований при розрахунку вищенаведених тарифів за Програмами страхування «F» становить 50%.

Актуарій



Буряк А.М.

Свідоцтво №01-022 від 04.04.2013 р.

БЛОК 2. СТРАХОВІ ТАРИФИ ПО ПРОГРАМАМ СТРАХУВАННЯ «А», «В», «С», «D»

2.1. Базові страхові тарифи (у % за добу перебування за кордоном) у відповідності з переліком витрат, які покриваються Страховиком на умовах програми «А», «В», «С», «D» (пункти 3.3. – 3.7. Правил) наведені у таблицях:

Таблиця 2.1. «А», «В», «С», «D1» - «Невідкладні медичні послуги»

Базовий страховий тариф (у $(10^{-2})\%$ від страхової суми) за добу перебування за кордоном	
Внаслідок хвороби	Внаслідок нещасного випадку
0,0507	0,0990

Таблиця 2.2. «D2» - «Адміністративні послуги»

Базовий страховий тариф (у $(10^{-3})\%$ від страхової суми) за добу перебування за кордоном
0,1343

2.2. Базова страхова сума (при умові комплексного страхування по всім складовим програмам «А», «В», «С», «D») дорівнює 30'000 ЄВРО.

2.3. Територія дії договору страхування, врахована при проведенні розрахунків – будь-яка країна світу, за винятком України та країни постійного проживання.

2.4. Страховик самостійно, на підставі наведених вище базових страхових тарифів, з урахуванням ступеня ризику, обсягів страхового покриття, встановлених лімітів та/або обмежень, може формувати інші окремі програми страхування, які включають в себе вищенаведені складові програм страхування (всі або ж частину).

2.5. Страховик самостійно приймає рішення, щодо прийняття на страхування осіб, віком більшим ніж 65 років. При цьому діапазон корегувальних коефіцієнтів складає від 1,5 до 2,0.

Особи віком понад 75 років не страхуються.

2.6. При страхуванні спортсменів, які виїжджають на змагання, тренування, збори і т.д., застосовуються наступні надбавки (в залежності від виду спорту):

Клас А: легка атлетика, крокет, гольф, гімнастика, плавання (крім підводного плавання), сквош, теніс, стрільба. Надбавка – 50% до базового тарифу в залежності від віку спортсмена.

Клас Б: баскетбол, велоспорт, ручний м'яч, хокей на траві, кінний спорт (виключаючи кінні перегони), водні види спорту (виключаючи рафтинг), волейбол, фехтування, стрибки у воду. Надбавка – 100% до базового тарифу в залежності від віку спортсмена..

Клас С: бейсбол, футбол, американський футбол, кінні перегони, підводне плавання, рафтинг, регбі, спелеологія, повітряні види спорту, автоспорт, мотоспорт, бойові види

спорту, зимові види спорту, альпінізм, поло, важка атлетика. Надбавка – 150% до базового тарифу в залежності від віку спортсмена.

2.7. При страхуванні осіб, які виїжджають за кордон для виконання будь-якої фізичної роботи, застосовується надбавка 50% до базового тарифу в залежності від віку.

2.8. До базової страхової премії застосовуються наступні знижки:

2.8.1. Для туристичних груп:

- від 10 до 49 чоловік – знижка 15%;
- від 50 до 249 чоловік – знижка 20%;
- понад 250 чоловік – знижка 25%.

2.8.2. Для родини:

- батьки + діти до 16 років (для дітей – знижка 50%).

2.8.3. Для постійних клієнтів, які виїжджають понад двох разів на протязі календарного року:

- при наданні двох попередніх страхових полісів – знижка 20%.

2.8.4. В окремих випадках, враховуючі конкретні умови Договору страхування, існуючі обмеження або поширення обсягу страхової відповідальності а також при існуванні об'єктивних чинників, які суттєво впливають на природу страхового ризику до базових ставок страхових премій можливе застосування понижуючих (від 1,0 до 0,1) та підвищувальних (від 1,0 до 5,0) корегувальних коефіцієнтів.

2.9. В залежності від об'єктивних чинників, що суттєво впливають на ступінь страхового ризику (географічна та кліматична зони країни виїзду, санітарно-епідеміологічна ситуація та політико-економічний стан в конкретній країні, види та розміри франшиз, встановлені ліміти та обмеження страхування, кількість осіб, які страхуються, їх вік, мета та термін виїзду та т. і.), кінцевий розмір страхового тарифу розраховується за допомогою підвищувальних (від 1,0 до 5,0) та понижуючих (від 1,0 до 0,1) коефіцієнтів шляхом множення корегувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

2.10. Коефіцієнти короткостроковості, які використовуються при укладанні Договорів страхування на строк менший року, та зазначені в пунктах 5.2.-5.3. Правил – не використовуються при укладанні договорів страхування за програмами «А», «В», «С», «D».

2.11. Норматив витрат на ведення справи, врахований при розрахунку вищенаведених тарифів за Програмами страхування «А», «В», «С», «D» становить 50%.

Актуарій



Буряк А.М.

Свідоцтво №01-022 від 04.04.2013 р.

всього прошило, пронумеровано

і скріплено печаткою

22 (двадцять два)

аркушів

Генеральний директор

Забарна С.О.



М. С. О. Кноб
М. Коваленко
21.05.14 2114155