

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЯСНЕННЯ

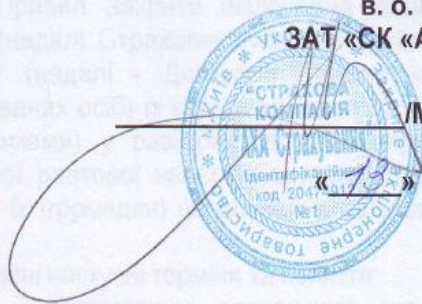
ЗАТВЕРДЖУЮ:

в. о. Голови Правління

ЗАТ «СК «АХА Страхування»

/М.С. Межебицький/

« 13 » березня 2009 року



**ПРАВИЛА № 019**

**ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ  
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ**

м. Київ, 2009

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил Закрите акціонерне товариство «Страхова компанія «АХА Страхування» (надалі Страховик) укладає договори добровільного страхування медичних витрат (надалі - Договори страхування або Договори) фізичних осіб (надалі Застрахованих осіб) із юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі Страхувальниками) у разі раптового захворювання, нещасного випадку та/ або з приводу іншої раптової непередбачуваної події, що передбачені Договором страхування, під час їх (громадян) перебування на території України та за кордоном.

1.2. У Правилах застосовані наступні терміни та поняття:

**Актuarні розрахунки** - математичні розрахунки, що здійснюються на підставі статистичних даних із застосуванням теорії ймовірності для визначення розміру страхових тарифів.

**Асистант** - спеціалізована служба, що діє від імені Страховика, організує та контролює надання Застрахованій особі необхідної допомоги, передбаченої Договором страхування.

**Багаж** - всі дорожні сумки, валізи, жіночі сумки, портфелі а також їх вміст, обмежений одягом та особистими речами Застрахованої особи, що знаходяться під опікою зареєстрованого у встановленому законодавством порядку перевізника під час подорожі.

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

**Договір страхування (страховий Поліс)** - письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання в разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, яка визначена Страхувальником, або на користь якої укладено Договір страхування, в межах страхової суми, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначений термін та виконувати інші умови Договору страхування.

**Застрахована особа** - дієздатна фізична особа, на користь якої укладено Договір страхування. Якщо Страхувальник уклав договір власного страхування, то він одночасно і є Застрахованою особою.

**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.

**Нещасний випадок** - це короткочасна подія або раптовий вплив на Застраховану особу різноманітних небезпечних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних, інших), характер, час і місце дії яких можуть бути однозначно визначені та які відбулись проти волі Застрахованої особи, внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю Застрахованої особи (тілесні ушкодження, порушення функцій організму) або настала її смерть.

**Програма страхування** – перелік послуг згідно з договором страхування, що будуть організовані та/або оплачені Застрахованій особі при виникненні страхового випадку.

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

**Страховик** - юридична особа, що у встановленому порядку одержала ліцензію на здійснення страхової діяльності і приймає на себе за Договором страхування за певну винагороду (страхову премію) зобов'язання відшкодувати Застрахованій особі або іншій особі, на користь якої здійснено страхування, збитки, виниклі внаслідок настання страхових випадків.

**Страхувальник** - юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договір страхування.

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

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

**Страхова премія (платіж, внесок)** - 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.

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

**Страховий випадок** - подія, передбачена Договором страхування або законодавством, яка відбулася, і з настанням якої, виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

**Франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується страховиком згідно з договором страхування. Франшиза може встановлюватись як в абсолютному значенні, так і у відсотках від страхової суми та використовуватись як до загальної страхової суми, так і до страхової суми по кожному окремому предмету договору страхування, в залежності від умов Договору страхування.

**Умовна франшиза** – страховик не несе відповідальності за збитки, що не перевищують розміру франшизи, та зобов'язаний відшкодувати збитки повністю, якщо їх розмір перевищує розмір встановленої франшизи.

**Безумовна франшиза** – страховик зобов'язаний відшкодувати збитки за вирахуванням встановленої франшизи.

Терміни, що не обумовлені даними Правилами, визначаються Законом України „Про Страхування” та іншими законодавчими і підзаконними актами України.

Якщо значення якого-небудь терміну (найменування або поняття) не обумовлено цими Правилами та не може бути визначено, виходячи з законодавства, то таке найменування або поняття використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

1.3. Умови, що містяться в даних Правилах, можуть бути змінені (виключені або доповнені) за письмовою згодою сторін при укладанні договору страхування або до настання страхового випадку, за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.

## **2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, а саме: з непередбаченими медичними та додатковими витратами, що виникають у зв'язку з необхідністю отримання медичної та іншої допомоги, що наведена в розділі 3 цих Правил.

## **3. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

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.

3.2.1. Страховим випадком за цими Правилами визнається факт виникнення зобов'язання у Застрахованої особи або виконання зобов'язання Застрахованою особою щодо оплати вартості медичних та інших послуг, надання яких обумовлено нещасним випадком, раптовим захворюванням, раптовим загостренням хронічного захворювання, та одержаних нею під час перебування:

3.2.1.1. на території України (Програма „А”);

3.2.1.2. за межами території України (Програма „Б”).

3.3 Страхові випадки за **Програмою "А"** включають медичні та інші витрати, в залежності від програми страхування, а саме:

**3.3.1 «Консультаційно-діагностична допомога».**

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

**3.3.2 «Амбулаторно-поліклінічне лікування».**

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

**3.3.3 «Стаціонарне лікування».**

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

**3.3.4 «Швидка медична допомога».**

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

**3.3.5 «Стоматологічна допомога».**

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

**3.3.6 «Страхування дітей».**

На умовах цієї Програми Страховик зобов'язується здійснити страхову виплату в розмірі вартості медичної допомоги та медичних послуг, що надаються дітям віком від 7 днів до 16 років (якщо інше не передбачено умовами договору страхування), на умовах обраної програми страхування, вказаної вище.

3.3.7. Інші витрати та послуги, передбачені Договором страхування, які пов'язані з наданням допомоги Застрахованій особі при настанні страхового випадку.

3.4 Страхові випадки за **Програмою «Б»** включають медичні та інші витрати, в залежності від програми страхування, а саме:

**3.4.1. «Невідкладні медичні послуги»,** що покриває витрати на:

3.4.1.1. надання невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах, включаючи:

- 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.

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.

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

3.4.1.3. оплату ліків, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану, придбаних за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого рецепту та

підтвердження про оплату;

3.4.1.4. невідкладна стоматологічна допомога, вартість якої обмежена умовами Договору страхування, 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;

3.4.1.5. надання невідкладної пологової допомоги до 7-го місяця вагітності;

3.4.1.6. медичні перевезення:

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

- медичну евакуацію/репатріацію із-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.

3.4.1.7. страховик залишає за собою право оплачувати лікування Застрахованої особи за кордоном, у межах встановленого в Договорі страхування ліміту, до тих пір, доки стан здоров'я хворого не дозволить перевезти його в Україну 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.

Евакуація/репатріація проводиться також у тих випадках, коли витрати на перебування у стаціонарі можуть перевищити ліміт страхової суми, встановленої Договором страхування і медична евакуація не протипоказана за станом здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи).

3.4.1.8. якщо у разі нещасного випадку або раптового захворювання настає смерть Застрахованої особи, то покриваються витрати по репатріації тіла у межах обумовленої в Договорі страхування суми. При похованні Застрахованої особи за межами країни постійного проживання, також відшкодовуються витрати на поховання та ритуальні послуги в межах страхової суми. Невикористаний зворотній квиток здається Страховику.

3.4.2. Інші витрати та послуги, передбачені Договором страхування, які пов'язані з наданням допомоги Застрахованій особі при настанні страхового випадку.

3.5. Страхування може бути здійснене на випадок одного, декількох чи усіх страхових випадків зазначених в Правилах.

3.6. Програма страхування включає в себе перелік страхових випадків із зазначенням лімітів страхових виплат по кожному страховому випадку або групі страхових випадків.

3.7. Конкретний перелік програм, зміст кожної програми та обсяг витрат, що відшкодовуються Страховиком, зазначаються в Договорі страхування.

#### **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, локауту 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. необережності з боку Страхувальника/Застрахованої особи або Вигодонабувача чи Спадкоємця;

4.2.2. 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;

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

4.2.4. виконанням будь-якої фізичної роботи, в тому числі з використанням інструменту та/або завантаження/розвантаження транспортних засобів тощо;

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

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

4.2.7. наркоманії, токсикоманії й алкоголізму, у тому числі стани, захворювання, травми, опіки й отруєння, отримані через перераховані вище стани;

4.2.8. одержання профілактичних і лікувально-оздоровчих заходів (санаторно-курортне лікування та ін.), медикаментів, гормональних препаратів (якщо вони призначені, як замісна терапія), призначених з метою профілактики, у т.ч. тих, що входять в схему лікування, полівітамінних комплексів з метою профілактики, імунізації, вакцинації;

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

4.2.10. одержання медичних довідок для ДАІ, носіння зброї, відвідування басейну, тренажерного залу, фітнесу, профілактичних оглядів тощо;

4.2.11. експериментального лікування;

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

4.2.13. лікування (самолікування), 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);

4.2.14. лікування методами нетрадиційної медицини, гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, біологічні добавки тощо;

4.2.15. фізіотерапії, мануальної терапії або лікувального масажу усіх видів;

4.2.16. профілактичним масажем, крім випадків коли масаж є частиною відновлювального лікування після перенесених травм з іммобілізацією, профілактики ускладнень (пролежнів) у важкохворих осіб та заходів по зняттю больового синдрому в умовах стаціонару;

4.2.17. перебуванням та харчуванням батьків в стаціонарі з дитиною (що є Застрахованою особою за договором страхування), вік якої на момент госпіталізації шість повних років та більше. У випадку, коли вік дитини, що є Застрахованою

- особою за договором страхування, менше повних шести років, Страховик сплачує витрати щодо перебування одного з батьків в стаціонарі (койко-місце) та витрати на харчування, передбачене стаціонаром;
- 4.2.18. косметичних і пластичних операцій, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених у результаті нещасного випадку;
  - 4.2.19. лікування сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання;
  - 4.2.20. трансплантації органів і тканин, протезування;
  - 4.2.21. медичного обладнання, придбання протезів і медичних пристроїв, що заміщують або коригують функції уражених органів;
  - 4.2.22. планових операцій із застосуванням апарату штучного кровообігу;
  - 4.2.23. 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, порушення менструального циклу тощо);
  - 4.2.24. вікових дегенеративно-дистрофічних процесів, крім стадії загострення;
  - 4.2.25. уроджених аномалій і вадів розвитку, спадкових захворювань;
  - 4.2.26. психічних захворювань і захворювань психогенної природи, порушень мови;
  - 4.2.27. профзахворювань, відповідно до висновку НДІ професійної патології;
  - 4.2.28. системних захворювань сполучної тканини, у т.ч. ревматизм;
  - 4.2.29. саркоїдозу, муковісцидозу, ідіопатичного фіброзуючого альвеоліту, незалежно від клінічної форми і стадії процесу;
  - 4.2.30. злоякісних онкологічних захворювань, у т.ч. захворювань онкогематологічної природи;
  - 4.2.31. гематологічних захворювань, що пов'язані з порушенням функції кровотворних органів;
  - 4.2.32. демієлінізуючих захворювань;
  - 4.2.33. особливо небезпечних інфекцій (чума, холера, натуральна віспа, геморагічні лихоманки);
  - 4.2.34. діагностики, призначення схем лікування і безпосереднє лікування класичних венеричних захворювань, інфекцій, що передаються статевим шляхом, відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (гонорея, донованоз (гранульома венерична), сифіліс, м'який шанкр (шанкроїд), венеричний лімфогранульоматоз (лімфогранульома венерична), бактеріальний вагіноз (гарднерельоз), генітальний герпес, кандидоз, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, урогенітальний шигельоз, хламідіоз, фтиріаз, контагіозний молюск, амебіаз, вірусний гепатит В, С, лямбліоз);
  - 4.2.35. СНІД (ВІЛ), у тому числі діагностики, хвороби human T-cell lymphotropic virus type або Lymphadenopathy associated virus та/або захворювання, що є мутацією або варіаціями СНІДУ чи будь-якого іншого подібного синдрому з відповідним найменуванням;
  - 4.2.36. туберкульозу;
  - 4.2.37. дерматологічних захворювань, алергічних дерматитів (псоріаз, екзема, оніхомікози, мікози, atopічний дерматит, демодекоз, ламкість та випадіння волосся, себорея, вугровий висип);
  - 4.2.38. видалення бородавок і папілом, крім ускладнених випадків,
  - 4.2.39. застосування препаратів-аналогів гонадотропін–рилізінг–гормону (золадекс, диферелін та ін.);
  - 4.2.40. ендометріозу, аденоміозу;
  - 4.2.41. контрацепції, безпліддя, імпотенції, сексуальних дисфункцій;
  - 4.2.42. зміни ваги тіла або лікування ожиріння, модифікація тіла з метою поліпшення психологічного, розумового або емоційного стану, в т.ч. хірургічна зміна статі;
  - 4.2.43. замісної терапії, за виключенням гострих станів;

4.2.44. вагітності і пологів, за винятком позаматкової вагітності і необхідності переривання вагітності за медичними показниками;

4.2.45. штучним заплідненням, стерилізацію, процедурами запобігання вагітності, придбанням препаратів та засобів для запобігання вагітності;

4.2.46. патронажем (веденням) вагітності, допомогою при пологах (за винятком швидкої медичної допомоги до 7-го місяця вагітності);

4.2.47. лікування короткозорості, далекозорості, астигматизму, катаракти, а також глаукоми, крім станів, що вимагають невідкладної допомоги;

4.2.48. дослідження зору з метою призначення лінз чи окулярів, крім випадків порушення зору внаслідок нещасного випадку;

4.2.49. хронічної ниркової недостатності, що вимагає проведення гемодіалізу (штучна нирка);

4.2.50. хронічних гепатитів, цирозу печінки і гострих форм інфекційних гепатитів (крім гепатиту А), у т.ч. медикаментозного супроводу у стаціонарі;

4.2.51. бронхіальної астми;

4.2.52. хронічних захворювань нирок;

4.2.53. аутоімунних захворювань;

4.2.54. неспецифічних виразкових колітів;

4.2.55. операцій з приводу аневризми судин;

4.2.56. ускладнень виразкової хвороби (множинні виразки дванадцятипалої кишки та/або шлунка, penetрація виразки, стеноз воротаря (пилоростеноз));

4.2.57. хронічної серцево-судинної недостатності в стадії субкомпенсації або декомпенсації;

4.2.58. відбілювання зубів, нанесення напилювання, інкрустація, застосування дорогоцінних металів, зняття зубних відкладень, герметизація фіссур;

4.2.59. покриття профілактичними засобами емалі зубів, стоматологічна ремінералізуюча терапія, зубні пасти;

4.2.60. протезування зубів (коронки, культьовидні вкладки та ін.), ортодонтія;

4.2.61. шинування зубного ряду;

4.2.61. стоматологічних аплікацій і лікувальних пов'язок;

4.2.63. заміною старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, не пов'язаною з лікуванням;

4.2.64. лікуванням гіполіпідемічними лікарськими препаратами (наприклад, лікарські препарати, які відносяться до групи статинів);

4.2.65. захворювань, травм та отруєнь, що передбачені договором страхування, у період строкової служби Застрахованої особи у Збройних силах, будь-яких захворювань, що стали наслідком виконання службових обов'язків для осіб, які є штатними працівниками воєнізованої пожежної охорони, оперативними працівниками міліції, штатними працівниками міліції, штатними працівниками служби охорони, професійними охоронцями;

4.2.66. захворювань і травм Застрахованої особи, отриманих поза межами дії договору страхування;

4.2.67. інші події, передбачені умовами Договору страхування.

4.3. Страховик не відшкодовує моральні збитки, непрямі збитки та збитки, заподіяні внаслідок професійної помилки лікарів або інших осіб, які надавали допомогу Страхувальнику/Застрахованій особі.

4.4. Не приймаються на страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування:

4.4.1. особи, вік яких на момент закінчення строку дії Договору страхування перевищує 75 років, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

4.4.2. інваліди I та II груп;

4.4.3. 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.



4.4.4. особи, які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний), якщо інше не передбачено договором страхування;

4.4.5. особи, які визнані недієздатними у встановленому законодавством порядку.

4.5. Договором страхування може бути передбачений період часу, впродовж якого будь-яка подія не визнається страховим випадком у відношенні окремих страхових ризиків.

4.6. При укладанні Договору страхування Страховиком можуть встановлюватися інші обмеження щодо страхування (за віком, станом здоров'я, територією дії договору тощо).

## **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 страхових тарифів, що наведені у Додатку №1 до цих Правил.

Якщо інше не передбачено Договором страхування, у випадку укладання Договору страхування на строк менше одного року, страховий платіж при страхуванні по Програмі «А» розраховується наступним чином:

Строк дії Договору страхування (в місяцях)											
15 днів	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Страховий платіж в % від річного страхового платежу											
15	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

5.3. Страховий платіж сплачується Страхувальником повністю одноразово, якщо інше не передбачено умовами договору страхування. При укладенні договору страхування сторони можуть обумовити порядок сплати страхового платежу.

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

5.5. Конкретний порядок, строки та форма сплати страхового платежу визначаються Страхувальником та Страховиком при укладанні договору страхування та можуть бути змінені за згодою сторін протягом строку дії договору страхування.

## **6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ ТА СТРАХОВИХ ВІДШКОДУВАНЬ**

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.

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

6.3. Якщо на момент страхової виплати Страхувальник мав заборгованість по сплаті страхового платежу, то Страховик здійснює зарахування частини суми страхової виплати і несплаченої частини страхового платежу.

6.4. Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, договору страхування в цілому.

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

6.6. Страхова премія сплачується за домовленістю Страховика та Страхувальника готівкою або безготівковим шляхом лише у грошовій одиниці України для Страхувальників-резидентів, та у іноземній вільноконвертованій валюті або у грошовій одиниці України для Страхувальників-нерезидентів, згідно з законодавством України.

## **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 кожній 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 першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування. У Договорі страхування може бути передбачено наступний порядок набуття ним чинності:

7.3.1. Для Програми страхування «**А**»:

7.3.1.1. при розрахунках готівкою - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового внеску, якщо інше не передбачено Договором страхування;

7.3.1.2. 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.

7.3.2. Для Програми страхування «**Б**»:

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

7.3.2.2. 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.

7.3.3.3. При багаторазових поїздках Страхувальника (Застрахованої особи) за кордон Договір страхування містить обмеження щодо максимального загального терміну 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.

7.4. 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 «**А**» (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 1-го (одного) року, якщо інше не передбачено Договором страхування.

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

8.3. Місце дії Договору страхування за Програмою «Б» визначається у Договорі страхування. За межами зазначеної території Договір страхування не діє.

8.4. Договором страхування за програмою «Б» 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, медичних та інших послуг згідно умов Програми по Договору страхування в межах страхової суми.

9.1.2. У разі настання страхового випадку, вимагати одержання страхової виплати 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 умовами цих Правил. При цьому укладається додаткова угода до діючого Договору страхування між Страховиком та Страхувальником.

9.1.5. На дострокове припинення Договору страхування згідно з умовами 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 здійсненні страхової виплаті.

### **9.2. Страхувальник зобов'язаний.**

9.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

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

9.2.3. При укладанні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору;

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

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

9.2.6. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору, якщо інше не передбачено Договором страхування;

9.2.7. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) уклав Договір страхування за програмою «Б», він зобов'язаний погоджувати зі Страховиком або Асистантом 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 Асистанта 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, якщо інше не передбачено Договором страхування.

9.2.8. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші обов'язки Страхувальника.

### **9.3. Страховик має право:**

9.3.1. Перевіряти надану Страхувальником, при укладанні договору страхування, інформацію про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

9.3.2. 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.

9.3.3. Відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених цими Правилами та Договором страхування

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

9.3.5. 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.

9.3.6. У разі, якщо з'ясується, що дії Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача (Спадкоємця), які призвели до настання страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії договору страхування та повернення фактично здійснених страхових виплат, до яких призвели ці дії.

#### **9.4. Страховик зобов'язаний:**

9.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

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

9.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату в розмірі та в порядку, передбаченому цими Правилами та Договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;

9.4.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

9.4.5. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування.

9.4.6. Не розголошувати відомостей про страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9.4.7. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші 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.

9.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші права та обов'язки сторін.

### **10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

10.1. Страхувальник (Застрахована особа) при настанні страхового випадку, передбаченого Програмою „А” зобов'язаний:

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

10.1.2. При зверненні до Медичного закладу пред'явити наступні документи:

10.1.2.1. оригінал Договору страхування (страхового поліса, свідоцтва);

10.1.2.2. документ що посвідчує Застраховану особу;

10.1.2.3. медичну картку, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідку з медичного закладу за місцем проживання, інші документи, передбачені Договором страхування.

10.2. При настанні страхового випадку, передбаченого Програмою „Б”, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

10.2.1. негайно, як тільки з'явиться можливість, зв'язатись із Асистантом 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.

10.2.2. У разі неможливості зателефонувати перед консультацією з лікарем або перед екстреною госпіталізацією як тільки стане можливо (але не пізніше 5 діб з моменту настання події) повідомити Асистанта про настання страхової події. В будь-якому випадку, якщо Страхувальник (Застрахована особа) потрапляє у клініку або до лікаря, він повинен пред'явити Договір страхування.

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

10.3. 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 Асистантом.

## **11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКУ**

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

- заява про настання страхового випадку за формою, встановленою Страховиком;

- договір страхування;

- документ, що засвідчує особу та довідка про присвоєння ідентифікаційного номеру особи, яка отримує страхову виплату;

- 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;

11.2. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку, передбаченого Програмою „Б”:

- заява про настання страхового випадку за формою, встановленою Страховиком;

- договір страхування;

- документ, що засвідчує особу та довідка про присвоєння ідентифікаційного номеру особи, яка отримує страхову виплату. За вимогою Страховика Застрахована особа зобов'язана надати закордонний паспорт з відмітками прикордонного контролю про перетин державного кордону;

11.2.1. Разом з документами, указаними в п 11.2. цих Правил, Страхувальник (Застрахована особа) у разі отримання **медичних послуг** повинна надати наступні документи:

- оригінал виписки (або довідки) з карти амбулаторного/стаціонарного хворого з зазначенням прізвища, ім'я, по батькові Застрахованої особи, дати звернення за

медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного лікування;

– рецепти з печаткою медичного закладу, де вказано прізвище лікаря, прізвище Застрахованої особи, назви призначених ліків;

– оригінали документів, які підтверджують оплату здійсненого лікування та/або придбаних медикаментів та засобів медичного призначення (штамп про оплату, касовий чек, товарний чек, банківська квитанція з зазначенням суми на переказ, рахунки закладів охорони здоров'я тощо).

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

11.2.2. У разі отримання **автотехнічної допомоги** Страхувальник має надати такі документи:

– оригінали рахунків за надання спеціалізованого транспорту та/або іншого, яким користувалась Застрахована особа за медичними показаннями;

– поліцейський рапорт з описом обставин ДТП та технічного стану автомобіля в разі ДТП;

– підтверджуючі документи оплати витрат з доставки Застрахованої особи водія і його пасажирів до місця призначення, доставки необхідних для ремонту запчастин на місце поломки транспортного засобу, буксирування транспортного засобу до найближчого місця ремонту, послуг іншого водія

11.2.3. Якщо Застрахованою особою були отримані **послуги, пов'язані з поновленням втрачених документів**, надаються рахунки, квитанції, чеки тощо, що підтверджують витрати, пов'язані з заміною втрачених документів (відсутність яких унеможливорює повернення Страхувальника/Застрахованої особи у країну постійного проживання).

11.2.4. Якщо Застрахованою особою були отримані **послуги, пов'язані з втратою та/або пошкодженням багажу**, надаються документи, що підтверджують втрату зареєстрованого багажу (довідка з аеропорту або від авіакомпанії тощо) та документи, що підтверджують вагу втраченого багажу.

11.2.5. Якщо Застрахованою особою були отримані послуги, пов'язані з непередбачуваними витратами, у зв'язку з затримкою багажу та/або авіарейсу, надаються документи, що підтверджують цю затримку на певний час (відмітка на квитку, довідка з аеропорту або від авіакомпанії тощо з зазначенням точного часу затримки).

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 Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків, може бути змінений та доповнений при укладенні Договору страхування.

## **12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

12.1. Рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати приймається Страховиком в строк, що не перевищує 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту отримання письмової Заяви на здійснення страхової виплати та інших документів згідно з розділом 11 цих Правил, та оформляється Страховим актом за встановленою Страховиком формою.

12.2. Якщо випадок визнано страховим, страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дня підписання Страхового акту, якщо інше не передбачено Договором страхування.

12.3. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати, якщо:

12.3.1. В нього є мотивовані сумніви в правомірності вимог на одержання страхової виплати - до отримання роз'яснень компетентних органів, але не більше, ніж на три місяці з дня одержання останнього документу;

12.3.2. Розмір шкоди протягом встановленого в Договорі страхування строку визначити неможливо – до визначення розміру шкоди, але не більше, ніж на три місяці з дня одержання останнього документу;

12.3.3. Порушено кримінальну справу щодо настання страхового випадку і ведеться розслідування обставин, що призвели до настання страхового випадку - до закінчення розслідування або судового розгляду.

12.3.4. В інших випадках, зазначених в Договорі страхування, однак не більше, ніж на 6 (шість) місяців з дати отримання від Страхувальника усіх документів, необхідних для здійснення страхової виплати.

12.4. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати, Страховик письмово повідомляє про це Страхувальника з обґрунтуванням причин відмови у строк, не більший ніж 10 (десять) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

12.5. Договором страхування можуть бути передбачені інші строки та порядок прийняття рішення про здійснення страхової виплати, відмову у здійсненні страхової виплати або відстрочення прийняття рішення про здійснення страхової виплати.

### **13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

13.1 Страховик має право відмовити у страховій виплаті 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 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 Асистантом, якщо таке погодження передбачене Правилами та/або Договором страхування;

13.1.6. Відмови Страхувальника виконання приписів представника Страховика або Асистанту;

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.

13.1.8. Інших випадків, передбачених законом.

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

### **14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

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

14.2. Порядок і умови здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку, передбаченого Програмою „А”.

14.2.1 Страховик здійснює страхову виплату 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) Асистанту.

14.3. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) уклав Договір страхування за програмою «Б»:

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

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

14.3.3. При багаторазових поїздках Страхувальника (Застрахованої особи) за кордон, при зверненні для отримання страхової виплати 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.

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

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

14.6. Страхова виплата 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 та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

15.1.1. закінчення строку дії;

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

15.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено Договором страхування.

15.1.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених ст. 22,23,24 Закону України "Про страхування";

15.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

15.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

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

15.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених згідно з Додатком №1 до цих Правил, якщо інше не передбачено Договором страхування, фактичних сум страхових виплат, які були виплачені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника щодо дострокового припинення дії Договору страхування пов'язана з порушенням Страховиком умов цього Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю.

15.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених згідно з Додатком №1 до цих Правил, якщо інше не передбачено Договором страхування, фактичних сум страхових виплат, які були виплачені за Договором страхування.

15.6. 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 врегулювання 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).

17.2. Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені Законом України «Про страхування», повинні бути передбачені Договором страхування.

## БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

### БЛОК 1. СТРАХОВІ ТАРИФИ ПО ПРОГРАМІ СТРАХУВАННЯ «А»

1.1. Базові річні страхові тарифи страхування медичних витрат у відповідності з програмою "А" наведені у таблицях №№1.1.- 1.5.

**Таблиця 1.1. Консультаційно-діагностична допомога**

Вік Застрахованої особи (років)	Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)
До 18	6,5
18-40	5,1
41-55	7,0
56-60	9,0
61-75	9,8

**Таблиця 1.2. Амбулаторно- поліклінічне лікування**

Вік Застрахованої особи (років)	Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)
До 18	6,6
18-40	5,2
41-55	7,1
56-60	9,3
61-75	9,9

**Таблиця 1.3. Стаціонарне лікування**

Вік Застрахованої особи (років)	Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)
до 18	6,7
18-40	5,3
41-55	7,2
56-60	9,3
61-75	11,0

**Таблиця 1.4. Швидка медична допомога**

Вік Застрахованої особи (років)	Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)
до 18	6,0
18-40	4,8
41-55	6,9
56-60	9,5
61-75	12,0

**Таблиця 1.5. Стоматологічна допомога**

Вік Застрахованої особи (років)	Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)
до 14	14,0
15-17	11,0
18-30	8,0
31-40	10,0

41-55	12,0
56-75	15,0

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
більше 250	0,90

1.4. Кінцевий розмір страхового тарифу в залежності від конкретних умов Договору страхування, а також з врахуванням індивідуального ступеня ризику розраховується за допомогою як підвищувальних так і понижуючих корегувальних коефіцієнтів (0.01 – 5.0), шляхом множення базового страхового тарифу на корегувальний коефіцієнт.

1.5. У будь-якому випадку при застосуванні корегувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 20% від страхової суми для практично здорових людей та 60% при страхуванні осіб із наявністю захворювання в анамнезі.

## **БЛОК 2. СТРАХОВІ ТАРИФИ ПО ПРОГРАМІ СТРАХУВАННЯ "Б".**

2.1. Базові страхові тарифи (у % за добу перебування за кордоном) у відповідності з переліком витрат, які покриваються Страховиком на умовах програми "Б" (пункт 3.4. Правил) наведені у таблиці №2.1.

**Таблиця 2.1.**

ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ	Базовий страховий тариф (у $(10^{-3})\%$ від страхової суми) за добу перебування за кордоном
Невідкладні медичні послуги	0,1355

2.2. 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).

2.3. 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 строк виїзду та т. і.) Страховик може при визначенні розміру підлягаючого сплаті страхового платежу використовувати як підвищувальні так і понижуючі коефіцієнти (0,01 – 5,0) до базових страхових тарифів.

Норматив витрат Страховика на ведення справи при страхуванні на підставі цих Правил визначений при розрахунках відповідних страхових тарифів у розмірі до 40% від величини страхового тарифу та вказується у Договорі страхування.

**Актуарій**

\_\_\_\_\_ /Поплавський О.О./

**Диплом №14 від 17 вересня 1999 року**

Державна комісія з регулювання ринків  
фінансових послуг України

*Генеральний директор*  
*Гурин О.В.*

14.01.2009 2190

Дата Реєстраційний номер



Всього прошито, пронумеровано  
та скріплено печаткою  
*Всього прошито 2190*  
Виконавця: Андрійчук В.Л.