

З А Т В Е Р Д Ж У Ю

Голова Правління ЗАТ "СК АРСЕНАЛ-ДНЕПР"

Туз М.А.



**П РА В И Л А
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ**

м. Дніпропетровськ, 2010 р.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

1.1. Страховик - Закрите акціонерне товариство "Страхова компанія "АРСЕНАЛ-ДНЕПР", створене відповідно до Закону України "Про господарські товариства" з урахуванням особливостей, передбачених Законом України "Про страхування" та іншими нормативними актами чинного законодавства, пов'язаними із здійсненням страхової діяльності.

1.2. Правила - "Правила добровільного страхування медичних витрат" Закритого акціонерного товариства "Страхова компанія "АРСЕНАЛ-ДНЕПР".

Дані Правила регулюють загальні умови страхування та порядок укладання Договору страхування. Конкретні умови страхування визначаються при укладанні Договору страхування за згодою Сторін та повинні відповідати цим Правилам та не суперечити чинному законодавству України.

1.3. 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 Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

1.4. Страхувальник - юридична особа або дієздатна фізична особа, що уклала із Страховиком, на підставі цих Правил, Договір добровільного страхування медичних витрат.

1.5. Застрахована особа - фізична особа, про страхування медичних витрат якої або про страхування медичних витрат згідно з наданням медичних та пов'язаних з ними інших послуг якій укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Якщо тільки інше особливо не обумовлено в Договорі страхування, Застрахованими особами не можуть бути особи, які на час укладення Договору страхування є онкологічно хворими, хворими на тяжкі форми захворювання серцево-судинної системи., ВІЛ-інфікованими, а також/або знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-веперологічних диспансерах.

Якщо Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою.

Якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування, Застрахованими, при страхування згідно з цими Правилами, можуть бути діти та підлітки віком від 1 до 18 років і дієздатні громадяни віком до 75 років.

1.6. Вигодонабувач - юридична або фізична особа, призначена Страхувальником в якості отримувача страхового відшкодування і яка може зазнати збитків в результаті настання страхового випадку.

1.7. Найближчі родичі Застрахованого - Батько, мати, діти, законні чоловік або дружина, рідні брати та сестри.

1.8. Страхове відшкодування - грошова сума, що підлягає виплаті Страховиком при настанні страхових випадків, передбачених Правилами і Договором страхування.

1.9. Ст раховий ризик - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

1.10. 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 (Вигодонабувачу).

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

1.12. Страховий платіж (внесок, премія) — плата за страхування, яку страхувальник зобов'язаний внести страховику згідно з договором страхування.

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

1.14. Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується страховиком згідно з договором страхування.

1.15. Нещасний випадок - згідно до цих Правил, нещасним випадком вважається раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача, спадкоємця) подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я (травматичне пошкодження, опіки, відмороження, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами (за винятком сальмонельозу, дизентерії), ліками; ботулізм; захворювання кліщовим енцефалітом (еицефаломієлітом), поліомієлітом, сказ внаслідок укусу гварнии) Застрахованої особи або її смерть. Нещасними випадками також є наступні події, які призвели до розладу здоров'я або смерті Застрахованої особи: утоплення, поразка блискавкою або електричним струмом, укуси тварин або отруйних комах, змій, проникнення стороннього тіла, протиправні дії третіх осіб.

Захворювання, у тому числі раптові та професійні, не відносяться до нещасних випадків.

1.16. Медичний заклад - заклад охорони здоров'я, який має відповідний дозвіл (ліцензію) Міністерства охорони здоров'я України на право надання медичної допомоги населенню. У випадку, якщо медичні послуги згідно до договору страхування надаються за межами України - під медичним закладом розуміється заклад охорони здоров'я, який має відповідний дозвіл (ліцензію) компетентного органу регулювання та контролю системи охорони здоров'я відповідної країни на право надання медичної допомоги населенню.

2. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ

2.1. На підставі Закону України "Про страхування" і даних Правил Закрите акціонерне товариство "Страхова компанія "АРСЕАЛ-ДНЕПР" (далі - Страховик) укладає договори добровільного страхування медичних витрат (далі Договір страхування) з юридичною або фізичною особою.

2.2. Предметом страхування є майновий інтерес, що не суперечить закону і пов'язаний із життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, внаслідок чого виникла необхідність відшкодування медичних витрат, необхідність в яких виникла у зв'язку з настанням випадків, передбачених умовами договору страхування, укладеного у відповідності з цими Правилами.

2.3. По договору страхування Застрахований має право на отримання медичних послуг, передбачених умовами договору страхування, організацію та оплату яких здійснює Страховик згідно з умовами Договору страхування та цих Правил.

2.4. За даними Правилами передбачається укладання Договору страхування щодо медичних витрат, що може зазнати окрема фізична особа, група осіб та/або члени колективу працівників Страхувальника. В останньому випадку Договір страхування, як правило, укладається Страхувальником - юридичною особою про страхування медичних витрат, що можуть зазнати фізичні особи, які є його працівниками та/або членами родини цих працівників.

2.5. Для здійснення страхування медичних витрат щодо цих Правил, Страховик укладає договори про співпрацю з медичними закладами, лікувальними та профілактичними установами та іншими організаціями та суб'єктами господарювання, що здійснюють свою діяльність згідно до чинного законодавства та послуги яких можуть бути необхідні при наданні медичної та іншої допомоги застрахованій особі у зв'язку з настанням страхового випадку, передбаченого умовами Договору страхування, укладеного у відповідності з цими Правилами. Страховик також може укласти договори про співпрацю з різними компаніями з асистування, координації та організації надання медичних та інших послуг (надалі - Сервісна компанія), що можуть бути необхідні при наданні медичної та іншої допомоги застрахованій особі у зв'язку з настанням страхового випадку, передбаченого умовами Договору страхування, укладеного у відповідності з цими Правилами.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ

3.1. Страховим випадком є факт пред'явлення до Застрахованої особи вимоги на сплату медичних витрат, з числа зазначених у відповідному Договорі страхування, установ, організацій, приватних лікарів та/або клінік, що здійснюють свою діяльність згідно до чинного законодавства та що надали відповідні медичні та пов'язані з ними інші послуги Застрахованій особі в період дії Договору страхування, потреба в яких виникла у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням та іншим нещасним випадком, що сталися в період дії Договору страхування та під час перебування Застрахованої особи па території, зазначеної в договорі страхування як місце дії договору страхування.

3.2. Страховим ризиком є необхідність звернення Застрахованої особи за станом здоров'я протягом строку дії договору в медичну установу за отриманням консультативної, профілактичної та іншої допомоги, що вимагає надання медичних послуг та наступної оплати медичних витрат, пов'язаних з наданням таких послуг, в межах їхнього переліку, передбаченого договором страхування, у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням та іншим нещасним випадком.

3.2.1. За окремою згодою сторін, договором страхування може бути передбачено, що страховим випадком є необхідність звернення Застрахованої особи за станом здоров'я протягом строку дії договору в медичну установу за отриманням консультативної, профілактичної та іншої допомоги, що вимагає надання медичних послуг та наступної оплати медичних витрат, пов'язаних з наданням таких послуг, в межах їхнього переліку, передбаченого договором страхування, у зв'язку з плановим проведенням та наданням відповідного медичного та/або профілактичного обстеження та/або лікування, з метою запобігання захворюванню, загостренню хронічного захворювання або наслідків нещасного випадку, що не суперечить чинному законодавству.

3.3. Договір страхування може бути укладений на умовах покриття всіх медичних витрат, що сталися при настанні страхового випадку згідно до цих Правил (так зване „повне покриття, крім названих виключень”), крім витрат, спеціально зазначених у виключеннях, що зазначаються в такому Договорі страхування. При цьому медичні витрати, що спеціально не зазначені в таких виключеннях, вважаються такими, відшкодування яких передбачене умовами Договору страхування, що не суперечить чинному законодавству.

3.3.1. Договір страхування за згодою сторін може бути укладений також на випадок відшкодування тільки спеціально зазначених в такому Договорі медичних витрат (так зване „відшкодування названих медичних витрат”). При цьому перелік медичних витрат, на випадок відшкодування яких укладається такий Договір, спеціально визначається в такому Договорі страхування. Всі інші витрати, що спеціально не зазначені в такому Договорі страхування, вважаються такими, відшкодування яких не передбачене умовами такого Договору страхування, що не суперечить чинному законодавству.

3.3.2. Договір страхування, що укладений за принципом „відшкодування названих медичних витрат”, за згодою сторін, може бути укладений щодо надання окремих пакетів медичних послуг та оплати відповідних окремих медичних витрат, перелік яких визначається в такому Договорі страхування. Наприклад, Договір страхування може бути укладений щодо надання послуг та відшкодування витрат, передбачених у відповідних програмах „Швидка допомога”, „Стаціонар”, „Поліклініка”, „Стоматологія”, „Лікувально-профілактичні заходи” тощо. Базові набори (пакети, програми) послуг зазначені в Додатку 1 до цих Правил. Договором страхування можуть бути передбачені також інші пакети послуг, що не суперечать чинному законодавству та необхідність в отриманні яких та наступне відшкодування медичних та пов'язаних з ними інших витрат за якими пов'язана із настанням страхового випадку, передбаченого умовами Договору страхування, укладеного у відповідності з цими Правилами.

3.3.3. Згідно з цими Правилами та на умовах, що зазначені в Додаткових умовах добровільного страхування медичних та інших витрат при здійсненні поїздок та подорожей (Додаток 2 до цих Правил) Страховик укладає договори добровільного страхування медичних

та пов'язаних з ними інших втрат особи, вказаної в договорі страхування (далі Застрахований), щодо сплати послуг з надання негайної медичної та іншої допомоги такій особі, під час здійснення такою особою подорожі або поїздки в країнах, зазначених у договорі страхування як місце дії такого Договору.

3.4. При настанні страхового випадку, як правило, рішення про видачу направлення для надання допомоги, передбаченої договором страхування, приймають лікарі або диспетчер Страховика. В екстрених випадках питання госпіталізації вирішують лікарі швидкої медичної допомоги, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

3.5. У спірних випадках, які виникають при настанні страхового випадку, остаточне рішення про необхідність надання певної медичної допомоги, послуг та/або лікування та наступного відшкодування відповідних медичних витрат, як правило, приймається спільно лікарями Страховика і лікарсько-консультативною комісією (ЛКК) поліклініки за місцем проживання (за винятком необхідності надання екстреної медичної допомоги), якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

3.6. Договір страхування може бути укладений на умовах обмеженого набору причин та обставин настання страхового випадку, що визначаються в такому Договорі страхування за згодою сторін та не суперечать чинному законодавству.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Якщо тільки інше особливо не зазначено в Договорі страхування, не є страховим випадок, коли необхідність звернення до медичної установи та наступне відшкодування медичних витрат викликано погіршенням стану здоров'я застрахованої особи, що відбулося:

- при спробі скоєння або скоєнні Застрахованим дій, в яких правоохоронними або іншими компетентними органами встановлений склад злочину;

- у зв'язку з управлінням Застрахованим будь-яким транспортним засобом (автомобіль, мотоцикл, мопед, моторний човен та т.п.) або здійсненням застрахованою особою інших дій у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також добровільною передачею ним права управління особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, особі, яка не має прав на водіння транспортного засобу, у т.ч. відповідної категорії;

- внаслідок отруєння наркотичними, токсичними речовинами або медичними препаратами, прийнятими з метою або в стані сп'яніння, а також алкоголем або його сурогатами (за винятком випадків насильницького застосування даних речовин у відношенні до Застрахованого третіми особами);

- внаслідок навмисного заподіяння Застрахованим собі тілесних ушкоджень (членушкодження);

- внаслідок замаху на самогубство, якщо тільки інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

4.2. Якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування, страховим захистом не покривається необхідність надання медичної допомоги та/або відшкодування медичних витрат при виникненні наступних захворювань:

- венеричні захворювання і СНІД, незалежно від термінів виявлення;

- особливо небезпечні інфекції (оспа, чума, холера, сибірська виразка);

- алкоголізм, наркоманія та токсикоманія незалежно від термінів виявлення;

- оперативні втручання, пов'язані з пересадкою органів;

- захворювання, які пов'язані з епідеміями, при запровадженні комплексу карантинних заходів (за винятком ОРВІ);

- захворювання (їхні наслідки), що настали в результаті війни, військових дій, революції, заколоту, повстання, громадянських заворушень, страйку, ядерного вибуху, а також впливу радіації;

- при необхідності лікування захворювань, про існування яких Застрахованому було відомо до укладення договору і про які він не повідомив в анкеті Застрахованого, якщо така

Заява була укладена письмово, якщо тільки інше спеціально не передбачено умовами Договору страхування.

4.3. Якщо інше особливо не зазначено в договорі страхування, не є страховими випадки:

4.3.1. Що стали наслідком форс-мажорних обставин, (воєнних дій, актів уряду чи місцевих органів управління, стихійних лих чи ін. обставин нездоланної сили, що не залежать від сторін), а також будь-яких подій, що відбулися з Застрахованим під час його перебування на військовій службі, у місцях позбавлення волі, а також на території військових частин, полігонів.

4.3.2. Що стали наслідком навмисних або протиправних дій Застрахованого, у т.ч. травм і психічних станів, або зловмисних дій, спрямованих на настання страхового випадку (включаючи навмисне покалічення).

4.3.3. Пов'язані з наданням Застрахованій особі медичних та пов'язаних з ними інших послуг без узгодження зі Страховиком (крім екстрених випадків, пов'язаних з лікуванням станів, що несуть реальну загрозу життю Застрахованого, якщо це особливо передбачено умовами договору страхування).

4.3.4. Пов'язані з уродженими захворюваннями, у т.ч. пов'язані з порушенням хромосомного набору, а також уродженими аномаліями і пороками.

4.3.5. Пов'язані з необхідністю звернення в медичну або іншу установу у зв'язку з психічними захворюваннями і їхніми ускладненнями, епілепсією, наданням послуг психолога, психотерапевта.

4.3.6. Пов'язані з онкологічними захворюваннями, крім таких, по яких вперше був поставлений діагноз та які вперше були виявлені протягом дії Договору страхування.

4.3.7. Пов'язані з лікуванням туберкульозу, крім випадків, уперше виявлених у період дії Договору страхування.

4.3.8. Пов'язані з захворюванням цукровим діабетом, крім уперше виявленого.

4.3.9. Пов'язані з гострими і/чи хронічними променевими поразками.

4.3.10. Пов'язані з захворюваннями вірусним гепатитом (крім гепатиту А) і цирозом печінки.

4.3.11. Пов'язані з венозними патологіями (геморой, флебіт, флеботромбоз), крім гострих форм.

4.3.12. Пов'язані з лікуванням хронічних захворювань, що вимагають постійного прийому медикаментів (чи іншого лікування), крім стадії вираженого загострення. Умови страхування таких випадків окремо визначаються в Договорі страхування за згодою сторін.

4.3.13. Пов'язані з наданням лікування і проведенням процедур у зв'язку з лікуванням безплідності, перешкодою зачаттю, антистерилізацією і стерилізацією, а також штучним перериванням вагітності, крім операцій за медичними показниками, у зв'язку із спасінням життя застрахованої особи.

4.3.14. Пов'язані з проведенням зубопротезування і пломбуванням зубів в обсязі протезування (реставрація зубної поверхні) понад 1/3 коронки зуба, якщо інше особливо не зазначено в договорі страхування.

4.3.15. Пов'язані з проведенням операції пластичної хірургії, наданням послуг косметологом, у т.ч. косметологічних операцій різного роду, крім усунень наслідків нещасного випадку, що мав місце в період дії Договору страхування.

4.3.16. Пов'язані з модифікаціями людського тіла з метою поліпшення емоційного, психологічного чи розумового стану Застрахованого, включаючи операції по зміні статі, кольору очей, шкіри, волосся, імплантації або видаленню волоссяного покриву, зміні зовнішності, корекції розміру органів тіла і Т.п.

4.3.17. Пов'язані з використанням, встановленням або пристосуванням коригувальних засобів, у т.ч. протезів, окулярів, стенторів, слухових апаратів та ін.

4.3.18. Пов'язані з проведенням планових операцій ока, крім операцій по усуненню наслідків нещасного випадку.

4.3.19. Пов'язані з лікуванням дефектів мови.

4.3.20. Пов'язані зі здійсненням операцій і лікуванням, спрямованим на зміну ваги і лікування ожиріння (виснаження).

4.3.21. Пов'язані з проведенням медикаментозного лікування з використанням живильних сумішей і коригувальних добавок, засобів контрацепції, корекції полової функції, косметичних і гігієнічних засобів, якщо тільки інше спеціально не зазначено в Договорі страхування.

4.3.22. Пов'язані з наданням медичних послуг і діагностичних процедур, наданих не в зв'язку з погіршенням стану здоров'я (медкомісії для водіїв, призовників, на одержання зброї, придатності до роботи й ін.). якщо тільки інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

4.3.23. Пов'язані з проведенням донорських операцій, коли донором виступає Застрахований, у т.ч. пов'язаних з донорством крові, внутрішніх органів чи частин тіла, а також наслідків таких операцій.

4.3.24. Пов'язані з алергійними реакціями, крім шоків станів, кропивниці, набряку Квінке та інших шоків будь-якої етіології, то загрожують життю Застрахованої особи і тільки на період таких станів, повністю виключаючи подальше лікування, якщо тільки інше особливо не зазначене в договорі страхування.

4.3.25. Пов'язані із самолікуванням без дозволу лікуючого лікаря, або використанням методів лікування, що носять дослідницький чи експериментальний характер, а також будь-яких інших послуг чи медикаментів, що на думку медичного персоналу медичного закладу, зазначеного в договорі страхування, не є необхідними для лікування Застрахованого.

4.3.26. Пов'язані з перебуванням у стаціонарі з метою одержання патронажного догляду, якщо тільки інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

4.3.27. Пов'язані з наданням санаторно-курортних і лікувально-оздоровчих послуг в установах санаторного типу, якщо тільки інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

4.3.28. Пов'язані з послугами по лікуванню чи догляду, що зроблені родичами Застрахованого.

4.3.29. Пов'язані з травмами і захворюваннями, що були отримані в результаті перебування Застрахованого в літальному апараті, крім як у якості пасажира в апараті, керування яким здійснювалося ліцензованим пілотом.

4.3.30. Пов'язані з критичними захворюваннями (інсульт, інфаркт міокарда, термінальна ниркова недостатність), крім захворювань, уперше виявлених протягом періоду дії даного Договору, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

4.3.31. Пов'язані з лікуванням особливо небезпечних інфекцій (віспа, чума, холера, сибірська виразка), а також будь-яких захворювань, що носять характер епідемії, при оголошенні епідемії чи введенні карантинних заходів (крім ОРВІ).

4.3.32. Пов'язані з захворюванням псоріазом, нейродермітом, екземою, якщо площа поразки шкірних покривів цими хворобами досягає 30-ти і більш відсотків, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

4.3.33. Пов'язані з глибоким мікозом шкіри, нігтів або внутрішніх органів.

4.3.34. Пов'язані з проведенням хірургічної операції по пересадженню органів, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

4.3.35. Пов'язані з установленням, протіканням вагітності чи родами, якщо тільки інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

4.3.36. Пов'язані з наданням ортопедичних послуг, крім випадків відношення чи корекції в результаті усунення наслідків нещасного випадку, що мав місце в період дії даного Договору.

4.3.37. Пов'язані з професійними захворюваннями Застрахованого, якщо тільки інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

4.3.38. Пов'язані з проведенням різного роду підтримуючого лікування; реабілітаційних заходів після перенесених захворювань чи травм, якщо тільки інше особливо не передбачено умовами Договору страхування.

4.3.39. Пов'язані з загостреннями наявного хронічного захворювання протягом 30 днів з дня укладання даного Договору, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

4.3.40. Пов'язані з ендокринологічними захворюваннями, крім уперше виявлених протягом дії даного Договору, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

4.3.41. Пов'язані з іншими станами здоров'я та/або захворюваннями чи наслідками нещасного випадку, що спеціально зазначені в договорі страхування за згодою сторін, та що не суперечить чинному законодавству України.

4.4. Якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування, не є страховим випадком факт настання подій, обумовлених в п.3.1 цих Правил, якщо вищезгадані страхові події сталися:

4.4.1. Внаслідок умов, які не можна було наперед передбачити, а саме:

- непередбачуваної дії медичних препаратів (анафілактичний шок, зупинка серця і т.д.);
- непередбачуваних ускладнень в результаті оперативних втручань.

Непередбачуваними ускладненнями вважаються незвичайні медичні обставини у вигляді прояву таких медичних симптомів, які не могли бути наперед передбачені і зажадали негайне медичне втручання.

- швидкоплинного перебігу хвороби за умови відсутності "лікарської помилки" в тактиці і методах лікування. Порядок визначення „Лікарської помилки” регламентується компетентними органами згідно до чинного законодавства.

4.4.2. При раптовій смерті Застрахованого, викликаній захворюванням, яке неможливо передбачити і визначити при його житті методами діагностики, що є в Україні.

4.4.3. При використуванні Застрахованим лікувальних засобів з простроченим терміном придатності.

4.4.4. При невиконанні Застрахованим призначень лікаря.

4.4.5. При проведенні операції Застрахованому в екстремальних умовах, які виникли в результаті військових дій, дії бойових снарядів будь-якого типу.

4.4.6. При захворюваннях, отруєннях або травмах, що виникли при проведенні будь-якого роду військових дій, ядерних вибухах, радіаційному забрудненні і ін.

4.4.7. При проведенні лікування (наданні медичної допомоги) у форс-мажорних умовах: раптовому відключенні електроенергії, тепло-забезпечення, водопостачання, затопленні і ін.

4.4.8. При порятунку життя і здоров'я Застрахованого при спробах самогубства.

4.5. Договором страхування можуть бути передбачені також обмеження щодо оплати певних видів медичної допомоги, обстежень та інших медичних маніпуляцій, що окремо визначаються в такому Договорі страхування за згодою сторін та що не суперечить чинному законодавству.

4.6. Договором страхування за згодою сторін можуть бути передбачені також інші випадки, що не є страховими.

5. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін та визначається в Договорі страхування.

5.1.1. За згодою сторін, що не суперечить чинному законодавству, Договором страхування, укладеним на певний строк, може бути передбачена можливість продовження строку його дії на наступний строк дії, якщо жодна з сторін за 30 днів, або інший строк, окремо зазначений в Договорі страхування, не заявить про бажання внести зміни в такий Договір страхування або припинити взаємовідносини щодо страхування, врегульовані таким

Договором страхування. При цьому наступний строк дії такого Договору починається з дня, наступного за останнім днем строку дії попереднього Договору, за умови виконання Страхувальником обов'язків щодо сплати страхової премії (страхових внесків) у визначеному сторонами порядку та розмірах, що визначаються в такому Договорі за згодою сторін.

5.2. Договір страхування діє на території України, якщо інше не передбачено Договором страхування за згодою сторін.

5.2.1. Договором страхування може бути передбачено, що якщо при настанні страхового випадку застрахованій особі потребується спеціальне та термінове лікування, надання якого в Україні не може бути здійснене або не може однозначно гарантувати якість його надання за медичними показниками, то дія такого Договору може бути продовжена на територію інших країн, в яких можливе надання необхідної медичної та іншої допомоги такій застрахованій особі. Умови здійснення такого страхування окремо визначаються в такому Договорі страхування, укладеному у відповідності з цими Правилами та не в супереч чинному законодавству.

5.2.2. Згідно до цих Правил, за згодою сторін може бути укладений Договір страхування, що може передбачати відшкодування медичних витрат щодо здійснення окремо зазначеного лікування, хірургічного втручання тощо, що спеціально визначені в такому Договорі страхування, надання яких (у випадку настання страхового випадку) буде здійснюватися у спеціально визначеній в такому Договорі страхування клініці або медичному закладі.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВІ ПРЕМІЇ

6.1. Страхова сума встановлюється Страхувальником за згодою зі Страховиком.

6.1.1. В договорі страхування, яким передбачається організація, надання та сплата декількох послуг та витрат, пов'язаних з настанням страхового випадку, як правило, вказується максимальна сума страхових виплат, яка може бути сплачена по такому договору та відповідні страхові суми, що встановлені щодо певних видів медичних послуг та інших послуг, що безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку та передбачені умовами Договору страхування, укладеного на підставі цих Правил за згодою сторін та не в супереч чинному законодавству.

6.1.2. Страхова сума та/або відповідні ліміти відшкодування можуть бути встановлені в Договорі страхування за згодою сторін щодо всіх медичних витрат, окремого набору/пакету медичних витрат, окремих медичних витрат, стадій лікування тощо.

6.1.3. При здійсненні страхової виплати або виплати страхового відшкодування страхова сума або ліміт відповідальності, що встановлені щодо такої застрахованої особи та щодо відповідного виду витрат, як правило, зменшується на суму здійсненої виплати, якщо інше особливо не зазначено в такому Договорі страхування за згодою сторін та не в супереч чинному законодавству.

6.2. Страхова премія встановлюється Страховиком на підставі відомостей про стан здоров'я застрахованої особи, в залежності від віку застрахованої особи, його місця роботи, строку дії договору та інших умов страхування. Базові страхові тарифи наведені в Додатку 3 до цих Правил. При страхуванні медичних та інших витрат при здійсненні поїздок та подорожей базові страхові тарифи наведені в Додатку 4 до цих Правил.

6.2.1. У випадку, якщо договором страхування, укладеним на певний строк, передбачена можливість пролонгації його дії згідно до п.5.1.1 цих Правил, то в такому Договорі страхування також визначається порядок встановлення страхового платежу (премії) та страхової суми на кожний наступний строк дії такого Договору страхування, за згодою сторін, з врахуванням збитковості здійснення страхових операцій за таким договором страхування протягом попереднього строку його дії.

6.2.2. За Договором страхування, укладеним на строк менше 1 року, розмір страхового платежу визначається як добуток річного страхового платежу на коефіцієнт короткостроковості на підставі наступної таблиці короткостроковості, в залежності від строку дії Договору страхування

Строк страхування	Показник коефіцієнту короткостроковості в % від річного страхового тарифу													
	До 7 дн.	7-14 дн.	15-21 дн.	22-31 дн.	2 міс.	3 міс.	4 міс.	5 міс.	6 міс.	7 міс.	8 міс.	9 міс.	10 міс.	11 міс.
К	8	12	15	20	0.35	0.50	0.60	0.65	0.70	0.75	0.80	0.85	0.90	0.95

У випадку, коли Договір страхування укладений на неповні місяці, страховий платіж сплачується як за повний місяць, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

6.3. Обсяг медичної допомоги і додаткові послуги, що надаються Застрахованому в результаті настання страхового випадку, регламентуються умовами договору страхування, укладеного у відповідності з цими Правилами.

6.4. Страховик несе відповідальність по договору страхування в межах страхової суми, встановленої щодо відповідного виду захворювань, медичної послуги або набору медичних послуг, надання та оплата витрат по яких безпосередньо передбачені в такому Договорі страхування за згодою сторін.

6.4.1. Страхувальник має право до настання страхового випадку збільшити розмір страхової суми або величину певних лімітів відповідальності, сплативши при цьому додаткову страхову премію, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування. При цьому Страховик має право вимагати додаткового медичного обстеження стану здоров'я застрахованої особи.

6.5. Страховий платіж сплачується одноразово, якщо інше не передбачено Договором страхування, у строк, визначений умовами Договору страхування.

6.6. У випадку сплати страхового платежу частинами (в розстрочення), якщо це передбачено Договором страхування, розмір страхових внесків та строк або порядок їхньої сплати визначається в такому Договорі страхування за згодою сторін та не в супереч чинному законодавству.

6.7. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою у касу Страховика чи страховому агенту, у визначеному законодавством порядку, або використати безготівкові форми розрахунків, що не суперечить чинному законодавству.

6.8. Якщо дія договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами (медичними установами, Сервісною компанією тощо), то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

6.9. Договором страхування може бути передбачена франшиза - частина збитку, що не відшкодовується Страховиком. Розмір франшизи та порядок її застосування визначається в договорі страхування за згодою сторін.

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 цьому укладання письмової Заяви на страхування не є обов'язковим).

7.2. При укладанні Договору Страхувальник, як правило, усно або письмово (на розсуд Страховика) повідомляє Страховику про всі відомі йому обставини, які мають істотне значення для оцінки ймовірності настання страхового випадку. Істотними є такі обставини, які можуть мати вплив на рішення Страховика щодо укладання Договору страхування взагалі або щодо укладання Договору на узгоджених із Страхувальником умовах.

Страхувальник несе відповідальність за достовірність і повноту даних, представлених ним при укладанні Договору страхування.

Якщо після укладання Договору був встановлений факт повідомлення Страхувальником наперед неправдивих відомостей або неповідомлення про відомі або такі, які повинні були бути йому відомі обставини, які мають істотне значення для визначення ймовірності настання страхового випадку, то в разі його настання Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати, а дія Договору вважається припиненою, починаючи з дня встановлення такого факту. У цьому випадку Страхувальнику повертаються

страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та сум фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

Якщо факт неповідомлення або повідомлення наперед неправдивих відомостей встановлено після того, як страхову виплату було здійснено, то Страховик має право на повернення йому здійсненої виплати від особи, яка її отримала.

При укладанні Договору страхування або протягом строку його дії, в такому Договорі страхування може бути передбачений обов'язок Страховика здійснити медичний огляд застрахованих осіб щодо підтвердження ступеня страхового ризику. Такий медичний огляд проводиться, як правило, за рахунок Страховика.

При необхідності, окремим застрахованим особам для укладання Договору страхування може бути запропоновано, згідно до рекомендації лікаря-експерта Страховика, пройти додатковий медичний огляд у профільного фахівця, щоб визначити ступінь страхового ризику.

Якщо Договором страхування передбачається відшкодування стоматологічних витрат, або Договір страхування укладається на умовах, що включають програму страхування «Стоматологія», то, за рішенням Страховика, може бути проведений попередній стоматологічний огляд застрахованої особи, якщо інше не зазначено в Договорі страхування.

7.3. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній з Сторін.

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

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

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ПО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Страхувальник має право:

8.1.1. Ознайомитися з умовами страхування.

8.1.2. Укладати із Страховиком договори страхування на користь третьої особи (Застрахованого).

8.1.3. Вимагати у медичних установах, в які Застрахований направлений Страховиком у відповідності з укладеним договором страхування, надання Застрахованому кваліфікованої медичної допомоги, згідно з умовами Договору страхування. У випадку ненадання такої медичної допомоги, Страхувальник (Застрахований) зобов'язаний негайно звернутися до Страховика.

8.1.4. До настання страхового випадку збільшити страхову суму, сплативши при цьому додаткову страхову премію, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування. При цьому Страховик має право вимагати додаткового лікарського обстеження. Договір страхування на нових умовах починає діяти з 00 годин дня, наступного за днем оплати (при оплаті готівкою або надходження на розрахунковий рахунок Страховика при перерахуванні по безготівковому розрахунку) додаткової страхової премії, у випадку, якщо така додаткова оплата премії необхідна, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

8.1.5. Отримувати страхові виплати у випадку, якщо медичні послуги, що передбачені умовами договору страхування, були сплачені Страхувальником (Застрахованим) самостійно за погодженням зі Страховиком або згідно до умов Договору страхування.

8.1.6. Отримати дублікат договору страхування у випадку його втрати.

8.1.7. Ініціювати внесення змін в Договір страхування або дострокове припинення його дії.

8.1.8. В період дії Договору страхування до настання страхового випадку, за згодою Застрахованої особи, Страхувальник має право змінити особу Вигодонабувача, повідомивши про це Страховика письмово, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.2. Страхувальник зобов'язаний:

8.2.1. Повідомити Страховику достовірну інформацію, що має значення для оцінки ступеня ризику. При зміні ступеня ризику протягом трьох робочих днів, якщо інше не обумовлено в Договорі страхування, повідомити про це в письмовій формі Страховика для прийняття останнім рішення про подальшу дію Договору страхування. Вся інформація надається в письмовому вигляді за підписом керівника Страхувальника (якщо Страхувальник є юридичною особою).

8.2.2. Сплачувати страховий платіж у розмірі і в строки, що обумовлені Договором страхування.

8.2.3. При настанні страхового випадку діяти відповідно до вимог Договору страхування та цих Правил.

8.2.4. Повідомити Страховика про інші діючі договори особистого страхування стосовно Застрахованої особи.

8.2.5. Вживати всіх необхідних заходів щодо запобігання і зменшення збитків при настанні випадку, що може спричинити настання страхового випадку.

8.3. Страховик має право:

8.3.1. Встановлювати розмір та порядок сплати страхової премії.

8.3.2. Перевіряти правдивість інформації, повідомленої йому Страхувальником (Застрахованим).

8.3.3. Запрошувати у Страхувальника інформацію про зміни обставин, що мають значення для оцінки імовірності настання страхового випадку.

8.3.4. При рішенні питання про направлення на лікування Застрахованого запросити додаткові документи, що необхідні для уточнення стану здоров'я Застрахованої особи та Визначення обсягу необхідної медичної допомоги.

8.3.5. Вжити заходи для збору інформації про стан здоров'я Застрахованого, сповістивши його про те, якого роду відомості та з якою метою будуть з'ясовуватися.

8.3.6. У випадку, якщо залишок індивідуальної страхової суми Застрахованого менше вартості необхідного лікування, частина лікування, що не покривається залишком страхової суми, проводиться на загальних підставах або за додатковою угодою між Страхувальником (Застрахованим) і лікувально-профілактичною установою, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

8.3.7. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту, причин та обставин страхового випадку і визначення розміру страхового відшкодування, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи або його представника) перекладу довідок, медичних висновків, рахунків та іншу надану для виплати документацію на українську мову.

8.3.8. Самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку. При необхідності направляти запит у компетентні органи про надання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причини і обставини настання страхового випадку. Строк складання Страхового акту в такому випадку продовжується до моменту одержання необхідної додаткової інформації.

8.3.9. Відстрочити виплату страхового відшкодування при необхідності додаткової перевірки обставин страхового випадку, а також у випадку, якщо відповідними компетентними органами порушено кримінальну справу проти Страхувальника або Застрахованої особи, і ведеться розслідування обставин, що спричинили настання страхового випадку. Максимальний строк відстрочки 6 (шість) місяців.

8.3.10. Відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках, передбачених Договором страхування, або у випадку невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) обов'язків, передбачених Договором страхування.

8.4. Страховик зобов'язаний:

8.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

8.4.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового

випадку вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

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

8.4.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору.

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

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

8.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки сторін, що не суперечать чинному законодавству.

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

8.7. Договором страхування, за згодою сторін, можуть бути передбачені також права та обов'язки Застрахованої особи, що не суперечать чинному законодавству, наприклад:

8.7.1. *Застрахований має право:*

8.7.1.1. Вимагати в медичних установах надання кваліфікованої медичної допомоги згідно умовам укладеного Договору страхування.

8.7.1.2. Повідомити Страховику про випадки непредставлення медичної допомоги, неповного або некваліфікованого надання такої допомоги.

8.7.2. *Застрахований зобов'язаний:*

8.7.2.1. При укладенні договору страхування повідомляти Страховику про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику (попередні захворювання, перенесені операції, захворювання найближчих родичів Застрахованого і т.і.).

8.7.2.2. При направленні на лікування Страховиком проходити його тільки в медичних установах, визначених Страховиком, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування за згодою сторін.

8.7.2.3. Дотримуватися приписів медичного персоналу, отриманих в ході надання медичної допомоги, дотримуватися режиму лікування та правилам внутрішнього розпорядку, встановленого в лікувальних-профілактичних установах, медичних призначень щодо надання йому медичної допомоги, рекомендацій з дієтичного харчування, за винятком випадків, коли такі призначення, на думку застрахованої особи або його близьких родичів, можуть зашкодити його здоров'ю. Такі випадки мають бути обґрунтовані та узгоджені сторонами.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. У випадку необхідності отримання послуг, передбачених умовами договору страхування, перш, ніж вжити будь-які дії, що пов'язані з оплатою медичних витрат' або із організацією та сплатою всіх інших видів послуг, передбачених умовами відповідного договору страхування. Застрахована особа або особа, яка представляє його інтереси, повинен протягом 24 годин з моменту настання страхового випадку звернутися в будь-який час доби в будь-який з пунктів Страховика або його представника, зазначених в договорі страхування або додатках до нього та:

- вказати повністю своє прізвище, ім'я, номер і термін дії свого договору страхування;

- вказати місце, де він знаходиться та номер телефону, за яким з ним негайно зв'яжеться представник Страховика (якщо Застрахована особа знаходиться у лікарні - адресу та номер телефону лікарні, до якої його помістили, а також прізвище, ім'я, адресу та номер телефону лікаря, що його лікує);

- надати інформацію щодо обставин того, що трапилося;

- здійснити інші дії, то зазначені в договорі страхування.

9.2. Договором страхування можуть бути передбачені ліміти витрат, у разі перевищення яких необхідність повідомлення Страховика або його представника є обов'язковою, а якщо витрати нижче цих лімітів, то сповіщення Страховика або його представника не є обов'язковим.

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

10.1. Для здійснення страхової виплати або виплати страхового відшкодування Страховику повинні бути надані наступні документи:

- заява на виплату;
- завірені у встановленому порядку документи медичних закладів (штамп, печатка ЛПЗ, підписи лікарів з розбірливою вказівкою їхніх прізвищ) про одержання медичної допомоги і надання медичних послуг, із визначенням строків звертання, встановленого діагнозу, переліку і кількості наданих медичних послуг і призначених медикаментозних препаратів (назви препаратів, форми випуску, дозування, кратності і тривалості прийому):
- фінансові документи, що підтверджують витрати па надання відповідних медичних послуг і медикаментів або їхню оплату (касові чеки, товарні чеки тощо), оформлені згідно до чинного законодавства;
- реєстр виписаних рецептів на ліки, необхідні для лікування, виданий лікарем і завірений головним лікарем ЛПУ або його заступником по медичній частині, з визначенням назви препаратів, форми випуску, дозування, кратності прийому і загальної кількості кожного препарату, необхідного для лікування Застрахованого;
- рахунки з аптеки, де вказані назви препаратів, дозування кожного з них, загальна кількість і вартість кожного препарату, загальна вартість та дата продажу;
- довіреність, видана Застрахованим родичу або довірєній особі, завірена головним лікарем ЛПУ або його заступником по медичній частині (тільки в випадку отримання страхового відшкодування родичами або довіреною особою Застрахованого);
- акт про нещасний випадок, складений згідно до чинного законодавства (якщо необхідність в отриманні медичних послуг виникла внаслідок настання нещасного випадку):
- паспорт або інший документ, що посвідчує особистість одержувача виплати;
- інші документи на вимогу Страховика, що зазначені у відповідному Договорі страхування.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. При настанні страхового випадку, Страховик в межах страхової суми або відповідного ліміту відповідальності, спеціально передбаченого в такому Договорі страхування за згодою сторін, оплачує фактичні витрати медичних та інших установ за надану медичну допомогу Застрахованому на підставі рахунків і договорів з лікувально-профілактичними установами (ЛПУ) та іншими організаціями, що надавали відповідні послуги та зазнали відповідних витрат.

11.2. Оплата витрат здійснюється:

11.2.1. Страховиком лікувальній установі, лікарю або іншій установі, що лікує або лікував Застраховану особу або що надавала відповідні послуги, пов'язані з настанням страхового випадку. При цьому сума страхового відшкодування перераховується без участі Застрахованої особи.

11.2.2. Страховиком Застрахованій особі (Вигодонабувачу, особі, що представляє його інтереси):

якщо оплата медичних витрат за надання лікування за погодженням із Страховиком була проведена самим Застрахованим (особою, що представляє його інтереси) лікувальній установі або лікарю
або

якщо витрати були здійснені без узгодження із Страховиком, але в межах сум, визначених в договорі страхування як ліміт витрат на такі послуги, що можуть бути сплачені без узгодження із Страховиком, якщо такий ліміт передбачений за договором страхування.

11.3. У випадку, якщо для лікування Застрахованого використовувались медичні препарати, відсутні в лікувально-профілактичній установі, в якій він проходив лікування, в розрахунок суми страхової виплати приймається також вартість таких медичних препаратів, що має бути підтверджена відповідним рахунком з аптеки, чеком тощо, якщо умовами Договору страхування передбачене відшкодування витрат на медикаменти, про що особливо визначається в Договорі страхування за згодою сторін, якщо інше особливо не зазначено в такому Договорі.

11.4. У випадку, якщо для транспортування Застрахованої особи до лікувально-профілактичної або іншої медичної установи, в якій він проходив прийом, огляд, медичне обстеження та або лікування, було використано службу таксі або було використано послуги іншої транспортної установи, замість використання швидкої допомоги, якщо тільки це особливо передбачено в Договорі страхування, то в розрахунок суми страхової виплати приймається також вартість таких витрат на транспортування Застрахованої особи до такої медичної установи, що має бути підтверджена відповідним рахунком, чеком тощо, згідно до чинного законодавства.

11.5. Оплата витрат, як правило, здійснюється тільки за умови організації таких послуг за участю Страховика або його представників, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

11.6. Для отримання страхового відшкодування Страхувальником, у випадку, коли витрати, відшкодування яких передбачене умовами відповідного договору страхування, були відшкодовані Страхувальником (Застрахованою особою) самостійно за згодою зі Страховиком або відповідно до умов такого договору страхування, Страховику необхідно надати документи, відповідно до Договору страхування.

11.7. Страхова виплата здійснюється тією валютою, яка передбачена договором страхування, якщо інше не передбачено законодавством України. У випадку здійснення страхової виплати у гривнях, її розмір обчислюється за курсом НБУ на час складання відповідного рахунку щодо надання відповідних послуг, передбачених договором страхування та цими Правилами.

11.8. Загальна сума страхових виплат не може перевищувати страхової суми, встановленої у договорі страхування щодо такої застрахованої особи. У випадку, якщо договором страхування передбачені спеціальні ліміти відповідальності Страховика щодо окремих видів захворювань або медичних витрат, то загальна сума виплат щодо таких послуг або витрат не може перевищувати відповідного ліміту, встановленого в такому Договорі за згодою сторін.

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

12.1. Страхова виплата здійснюється протягом 15 робочих днів після складання Страховиком Страхового акту та рішення про виплату страхового відшкодування, якщо інший строк особливо не зазначений в Договорі страхування. Рішення про виплату страхового відшкодування або про відмову у виплаті страхового відшкодування, а також Страховий акт складається протягом однієї доби з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у Договорі страхування. Страховик може самостійно направляти запити в компетентні органи про представлення відповідних документів та інформації. Термін складання Страхового акту при цьому продовжується до моменту отримання такої інформації.

12.2. При відмові або відстрочці у виплаті страхового відшкодування Страховик повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу, особу, яка зазнала витрат) у письмовій формі протягом 15 робочих днів (якщо інший строк особливо не зазначений в

Договорі страхування) після одержання всіх необхідних документів, згідно до розділу 10 цього Договору, з мотивованим обґрунтуванням причин відмови або відстрочки.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

13.1. Підставою для відмови страховика у здійсненні страхових виплат або страхового відшкодування є:

1) навмисні дії страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

2) вчинення страхувальником - фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

3) подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;

4) отримання страхувальником повного відшкодування збитків за майновим страхуванням від особи, винної у їх заподіянні;

5) несвоєчасне повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків:

б) інші випадки, передбачені законом.

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

13.3. У випадку, якщо про обставини, зазначені у цьому розділі, Страховику стало відомо після здійснення страхової виплати, то він має право вимагати від особи, що одержала страхову виплату, повернення виплаченого відшкодування або його частини та сплати наданих йому послуг.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

1) закінчення строку дії;

2) виконання страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі;

3) несплати страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При ньому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору;

4) ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;

5) ліквідації страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6) прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

7) в інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою страхувальника або страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування. Дія договору особистого страхування не може бути припинена страховиком достроково, якщо на це немає згоди страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України.

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

14.2.1. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою страхувальника страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, 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.

14.2.2. У разі дострокового припинення договору страхування за вимогою страховика страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога страховика обумовлена невиконанням страхувальником умов договору страхування, то страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори по договору страхування між Страхувальником та Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

15.2. Якщо переговори по спірним питанням не дадуть результату, рішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

16. ЗБІЛЬШЕННЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ

16.1. Страхувальник зобов'язаний протягом двох днів, якщо інше особливо не зазначено в договорі страхування, письмово повідомляти Страховика про будь-які зміни ступеня застрахованого ризику, зокрема, про зміну будь-якої інформації з числа зазначеної в договорі страхування або його додатках (в тому числі - заяві на страхування, якщо така була оформлена письмово). Після отримання від Страхувальника повідомлення про зміни ступеня ризику Страховик має право видавати Страхувальнику відповідні письмові рекомендації або ініціювати внесення змін в Договір страхування. Якщо Страхувальник в обговорений термін не повідомив про зміну умов ступеня застрахованих ризиків, не виконав отриманих рекомендацій Страховика або відмовився прийняти зміни в Договорі страхування, ініційовані Страховиком у зв'язку зі зміною ступеня застрахованих ризиків, то при настанні страхового випадку Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування, якщо на настання страхового випадку вплинуло або могло вплинути збільшення ступеня страхового ризику, про яке Страхувальник не повідомив Страховику або в зв'язку з яким Страхувальник не виконав рекомендацій Страховика або відмовився внести зміни в Договір страхування.

16.2. Договором страхування за згодою сторін може бути передбачений інший порядок взаємодії сторін при значних змінах в ризику, що не суперечать чинному законодавству.

16.3. Обидві Сторони залишають за собою право відкласти повністю або частково виконання обов'язків за Договором страхування, укладеним на підставі даних Правил, у випадку введення особливого положення та інших надзвичайних заходів, об'явлених у встановленому порядку, а також у випадку виникнення або дії непереборних сил (до непереборних сил відносяться: заколоти, революції, військові дії, стан облоги, стихійні лиха), дії яких неможливо Сторонами запобігти або уникнути - на період дії цих обставин.

16.4. Договором страхування може бути передбачений інший порядок виконання умов Договору страхування при настанні обставин непереборної сили та інших форс-мажорних обставин.

17. ПІЛЬГИ

17.1. При продовженні (безперервному переукладенні) договору добровільного

страхування медичних витрат па попередніх умовах (у випадку, якщо протягом попереднього строку його дії Страхувальником не було подано вимоги про здійснення страхових виплат), без зміни Застрахованої особи, стану її здоров'я та інших чинників, що впливають або можуть у подальшому вплинути на ймовірність настання страхового випадку, на наступний термін, Страхувальнику може бути надана знижка з суми страхового платежу.

Умови, розмір та порядок надання такої знижки визначаються за згодою сторін та вказуються в такому Договорі страхування.

БАЗОВІ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

Програма страхування „Швидка допомога”

Умовами програми передбачено організація і оплата медичних витрат, пов'язаних з:

- викликом бригади швидкої медичної або спеціалізованої допомоги з числа служб, передбачених в договорі страхування;
- наданням швидкої і невідкладної медичної допомоги на до-госпітальному етапі;
- госпіталізацією до чергових лікувально-профілактичних установ з числа передбачених в договорі (тільки доставка до приміщення в стаціонар, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування).

Договором страхування, укладеним на умовах „Швидка допомога”, за згодою сторін встановлюється порядок надання та сплати витрат на необхідні медикаменти. При цьому порядок оплати та відповідні ліміти відшкодування вказуються в такому Договорі за згодою сторін.

Договором страхування, укладеним на умовах „Швидка допомога”, за згодою сторін може бути передбачено надання та оплата витрат з проведення заходів щодо профілактики шоку, тромбоемболії і ін. загрозливих станів, про що спеціально вказується в такому Договорі.

Договором страхування, укладеним на умовах „Швидка допомога”, за згодою сторін може бути передбачено також організація і оплата витрат з транспортування застрахованої особи з одного медичного стаціонару в іншій за медичними показниками.

Програма страхування „Поліклініка”

Умовами програми передбачено організація і оплата медичних витрат, пов'язаних з:

- наданням амбулаторно-поліклінічної і консультативно-діагностичної медичної допомоги довіреним лікарем;
- проведенням діагностичних тестів, включаючи УЗД, лабораторні дослідження, рентген, гомографію (при цьому Страховик оплачує проведення діагностики тільки за умови згоди лікаря-експерта Страховика з необхідністю проведення таких тестів, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування за згодою сторін);
- лікуванням хворого в амбулаторних умовах;
- забезпеченням оформлення і видачі лікарняних листів у разі непрацездатності;
- наданням разового медичного інструментарію;
- проведенням екстрених амбулаторних хірургічних операцій.

Договором страхування, укладеним на умовах „Поліклініка”, за згодою сторін встановлюється порядок надання та сплати витрат щодо отримання необхідних медикаментів. При ньому порядок оплати та відповідні ліміти відшкодування вказуються в такому Договорі за згодою сторін. Таким Договором страхування можуть бути також передбачені окремі ліміти відповідальності щодо відшкодування витрат на отримання медикаментів, необхідних для лікування в період амбулаторного лікування, а також витрат на отримання медикаментів, необхідних для лікування в період, після закінчення повного курсу амбулаторного лікування, що не суперечить чинному законодавству та визначається за згодою сторін.

Програми страхування „Стационар”

Умовами програми передбачено організація і оплата медичних витрат, пов'язаних з:

- екстреною госпіталізацією у разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку до лікувальних установ з числа передбачених в договорі (по вибору застрахованого, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування) (виключаючи транспортування і допомогу на до-госпітальному стані);
- лікуванням в стаціонарі терапевтичного або хірургічного профілю, відділеннях реанімації;
- проведенням діагностичних тестів, включаючи УЗД, рентген, а також лабораторних досліджень (при цьому Страховик оплачує витрати з проведення діагностичних тестів та досліджень тільки за умови згоди лікаря-експерта Страховика з необхідністю проведення таких тестів та досліджень);
- лікуванням у разі гострого захворювання, загострення хронічних захворювань або нещасного випадку в денних стаціонарах (виключаючи транспортування і допомогу на до-госпітальному етапі);
- здійсненням анестезії, включаючи загальний наркоз;
- наданням харчування, включаючи дієтичне;
- наданням послуг середнього і молодшого медичного персоналу;
- наданням разового медичного інструментарію.

Договором страхування, укладеним на умовах „Стационар”, за згодою сторін встановлюється порядок надання та сплати витрат на необхідні медикаменти. При цьому порядок оплати та відповідні ліміти відшкодування вказуються в такому Договорі за згодою сторін. Таким Договором страхування можуть бути також передбачені окремі ліміти відповідальності щодо відшкодування витрат на вартість медикаментів, необхідних для лікування в період стаціонарного лікування, а також витрат на вартість медикаментів, необхідних для лікування в період, після закінчення повного курсу стаціонарного лікування, що не суперечить чинному законодавству та визначається за згодою сторін.

Договором страхування, укладеним на умовах „Стационар”, за згодою сторін може бути передбачений окремий порядок надання та сплати витрат щодо організації і оплати послуг середнього і молодшого медичного персоналу, а також організації та оплати проведення реконструктивної хірургії, викликаній усуненням наслідків нещасного випадку або хірургічного втручання, що відбулися протягом терміну дії договору.

Договором страхування, за згодою сторін, може бути передбачений окремий ліміт щодо максимальної суми оплати знаходження застрахованої особи в стаціонарі (т.з. „койкодень”, що включає вартість мешкання і харчування хворої застрахованої особи).

Програма страхування „Стоматологія”

Умовами програми передбачено організація і оплата медичних витрат, пов'язаних з:

- лікуванням: карієсу; пульпіту; стоматиту; парадонтоза у стадії вираженого загострення;
- наданням невідкладної стоматологічної допомоги.

Договором страхування, укладеним на умовах „Стоматологія”, за згодою сторін встановлюється порядок надання та сплати витрат щодо консультації і огляду стоматолога при зверненні по стоматологічну допомогу; зняття зубних відкладень як 1-й етап лікування зуба; рентгенодіагностики: анестезії, хірургічних стоматологічних втручань, пломбування зубних каналів, фотополімерних пломб; застосування одноразового інструментарію;

Договором страхування, укладеним на умовах „Стоматологія”, за згодою сторін встановлюється порядок надання та сплати витрат щодо медикаментозного забезпечення необхідного лікування.

Договором страхування, укладеним на умовах „Стоматологія”, за згодою сторін встановлюється порядок надання та сплати витрат щодо забезпечення і оплати протезування, з визначенням в такому Договорі страхування порядку оплати матеріалів, вибраних

замовником, якщо дане протезування викликане усуненням наслідків нещасного випадку, що відбувся в період дії договору страхування і лікування наслідків якого відбувалося з участю Страховика.

Програма страхування „Лікувально-профілактичні заходи”

Умовами програми передбачено організація і оплата медичних витрат, пов'язаних з:

- проведенням вакцинації проти грипу в осінній період (порядок вибору вакцини визначається в договорі страхування за згодою сторін);
- проведенням вітаміно-профілактики - місячного курсу вітамінів весною (порядок вибору вітамінів визначається в Договорі страхування за згодою сторін);
- проведенням фізіотерапії, ЛФК і масажу;
- плановим медичним оглядом (перелік фахівців і лабораторно-інструментальних досліджень обмовляється в кожному конкретному договорі за згодою сторін);
- проведенням курсів фізіотерапевтичного стоматологічного лікування;
- проведенням необхідних медичних маніпуляцій (ін'єкції, аплікації і т.п.);
- наданням санаторно-курортних і лікувально-оздоровчих послуг в установах санаторного типу відповідного профілю;
- проведенням різного роду підтримуючого лікування; реабілітаційних заходів після перенесених захворювань чи травм.

ДОДАТКОВІ УМОВИ
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ІНШИХ ВИТРАТ
ПРИ ЗДІЙСНЕННІ ПОЇЗДОК ТА ПОДОРОЖЕЙ

1. Згідно до цих Додаткових умов та на підставі Правил добровільного страхування медичних витрат ЗАТ "Страхова компанія АРСЕНАЛ-ДНЕПР", у подальшому за текстом - Страховик, укладає договори добровільного страхування медичних та пов'язаних з ними інших витрат особи, вказаної в договорі страхування (далі - Застрахований), щодо сплати послуг з надання негайної медичної та іншої допомоги такій особі, під час здійснення такою особою подорожі або поїздки в країнах, зазначених у договорі страхування як місце дії такого Договору.

Під „місцем перебування”, згідно до цих Додаткових умов, розуміється місцезнаходження органу управління підприємства, організації, установи - для Страхувальників - юридичних осіб, та місце фактичного знаходження Страхувальника - фізичної особи.

2. При укладанні договорів страхування згідно до Правил добровільного страхування медичних витрат та на умовах цих Додаткових умов предметом договору страхування є майновий інтерес, що не суперечить закону і пов'язаний з медичними та іншими витратами Страхувальника (Застрахованої особи) щодо оплати послуг медичним, транспортним та іншим сервісним службам за надання екстреної допомоги у зв'язку з настанням страхового випадку із застрахованою особою при здійсненні подорожі чи поїздки.

3. При страхуванні на умовах цих Додаткових умов страхова премія встановлюється Страховиком, виходячи із страхової суми, набору послуг та умов страхування, обраних Страхувальником, місця дії, тривалості дії договору страхування, а також інших факторів, що впливають на ризик, в тому числі - в залежності від віку Застрахованого, кількості Застрахованих, у відношенні до яких укладений договір страхування, виду професійної діяльності Застрахованого (у випадку, якщо договором страхування передбачене покриття випадків, що сталися в результаті здійснення Застрахованою особою різних видів праці за наймом, про що спеціально зазначено в такому Договорі за згодою сторін) виду спорту або занять активними видами відпочинку (у випадку, якщо договором страхування передбачене покриття випадків, що сталися в результаті занять Застрахованою особою різними видами спорту або видами активного відпочинку, про що спеціально зазначено в такому Договорі за згодою сторін), розміру франшизи, стану здоров'я Застрахованого і т. ін.

При укладанні договорів страхування на умовах цих Додаткових умов використовуються страхові тарифи, що зазначені в Додатку 4 до Правил добровільного страхування медичних витрат.

4.1. Страховим ризиком, застрахованим на умовах цих Додаткових умов, згідно до Правил страхування, є:

4.1.1. Факт пред'явлення до Застрахованої особи (Страхувальника) вимоги на сплату медичних та інших витрат, зазначених в Договорі страхування з числа зазначених в п.5 цих Додаткових умов, отримання яких пов'язане з наданням негайної медичної та пов'язаної з нею іншої допомоги Застрахованому під час його перебування на території, зазначеній в договорі страхування як місце дії договору страхування.

Як правило, послуги організуються Сервісною компанією, з якою Страховик має договір про співробітництво, укладений у відповідності до чинного законодавства. Під Сервісною компанією також може розумітися відповідний підрозділ Страховика з врегулювання страхових випадків. Реквізити Сервісної компанії (тел., факс., ел. пошта, адреса, найменування тощо) вказуються в Договорі страхування. В екстрених випадках, якщо це особливо зазначено в Договорі

страхування. Застрахований має право скористатися відповідними послугами без участі Сервісної компанії. Умови дії сторін при цьому регламентуються цими Додатковими умовами до Правил та відповідним Договором страхування, згідно до закону.

4.2. За згодою сторін, що не суперечить закону, Договір страхування може бути укладений на умовах обмеженого набору причин та обставин настання страхового випадку, зазначених в такому договорі.

5.1. Послуги, організація та сплата яких Страховиком може бути передбачена договором страхування при здійсненні поїздки або подорожі по території України або за її межами:

5.1.1. Сплата медичних витрат.

Страховик оплачує екстрені медичні витрати, пов'язані з лікуванням Застрахованого, необхідність в якому з'явилася у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням та іншим нещасним випадком, що трапилися під час здійснення поїздки або подорожі, в період дії договору страхування.

У випадку необхідності отримання екстреного лікування та медикаментів при гострому спалаху зубу та оточуючих тканин, а також при травмі зубу внаслідок нещасного випадку, якщо це особливо передбачено в Договорі страхування («невідкладна стоматологічна допомога»). Сервісна компанія організовує, а Страховик сплачує витрати Застрахованого щодо отримання такої стоматологічної допомоги, але не більше суми, що особливо зазначена в Договорі страхування, якщо інше не передбачене Договором страхування.

Договором страхування за згодою сторін та не в супереч закону може бути зазначений вичерпний перелік медичних витрат, щодо сплати яких діє такий договір страхування.

5.1.2. Репатріація у випадку хвороби.

У випадку необхідності, за медичними показниками. Сервісна компанія організовує транспортування Застрахованого, а Страховик оплачує витрати на його транспортування:

а) з місця знаходження Застрахованої особи при настанні випадку, згідно з яким йому необхідне надання таких послуг, в одну з найближчих лікарень;

б) в лікарню, більше відповідну за обладнанням для лікування отриманих тілесних пошкоджень або захворювання;

в) якщо поїздка або подорож здійснюється по території України та Застрахованою особою є особа, що проживає на території України - до місця постійного проживання після надання екстреної медичної допомоги:

якщо поїздка або подорож здійснюється по території України та Застрахованою особою, що проживає за межами території України - в лікарню, найближчу до аеропорту в країні постійного проживання Застрахованої особи, з яким є пряме міжнародне сполучення від місця перебування хворого в Україні, якщо стан його здоров'я припускає таку евакуацію. Ця послуга надається в тому випадку, якщо передбачені витрати на лікування Застрахованої особи в Україні, де сталася необхідність його лікування, перевищують передбачені витрати на його евакуацію. В іншому випадку, коли Застрахована особа відмовляється від отримання медичної допомоги на Україні, а витрати на його евакуацію перевищують витрати з надання йому медичної допомоги на Україні, Страховик відшкодовує такому Застрахованому витрати в сумі, що дорівнює витратам, якби Застрахованій особі надавалися медичні послуги на Україні, та подальше обслуговування такої поїздки або подорожі щодо цього Застрахованого припиняється, якщо інше не обумовлене договором страхування;

якщо поїздка або подорож здійснюється за межами території України та Застрахованою особою, що проживає на території України - в лікарню, найближчу до аеропорту в Україні, з яким є пряме міжнародне сполучення від місця перебування хворого, якщо стан його здоров'я припускає таку евакуацію. Ця послуга надається в тому випадку, якщо передбачені витрати на лікування Застрахованого в країні, де сталася необхідність такого лікування, перевищують передбачені витрати на його евакуацію.

В усіх випадках засіб транспортування Застрахованого визначається у відповідності з медичними показаннями хворого. Крім того, протягом періоду транспортування Застрахований забезпечується необхідним медичним супроводом і засобами або пристроями для пересування.

5.1.3. Репатріація у випадку смерті.

У випадку смерті Застрахованої особи, Сервісна компанія організовує репатріацію тіла, а Страховик оплачує витрати на розтин тіла, труну, необхідну для перевезення, і перевезення останків до аеропорту або на залізничну станцію, найбільш близьку до передбачуваного місця поховання Застрахованої особи в країні його постійного проживання/перебування.

5.1.4. Візит третьої особи у випадку перебування Застрахованої особи в лікарні більше 10 днів.

Якщо Застрахована особа, що здійснює поїздку або подорож одна, знаходиться в лікарні більше 10 днів і її стан здоров'я викликає побоювання, Страховик здійснює сплату витрат на придбання прямого і зворотного залізничного квитка або авіаційного квитка в економічному класі для відвідання Застрахованої особи одним з його найближчих родичів.

5.1.5. Дострокове повернення Застрахованої особи.

У випадку несподіваної смерті найближчого родича Застрахованої особи, що вже знаходиться в поїзді або подорожі, Страховик сплачує дострокове повернення Застрахованого до місця його постійного проживання за умови повернення Застрахованим невикористаного оригінального зворотного квитка (або його вартості) представнику Сервісної Компанії або Страховику.

5.1.6. Евакуація дітей

Якщо із Застрахованим стався страховий випадок, передбачений умовами договору страхування, укладеного у відповідності з цими Додатковими умовами до Правил, та він потрапив у лікарню, а діти, що здійснюють подорож або поїздку разом з ним, залишилися без нагляду, то Сервісна компанія організовує, а Страховик оплачує витрати щодо їхнього дострокового повернення додому. При необхідності Страховик організовує та оплачує витрати з надання Супроводження дітям.

5.1.7. Заміщення Застрахованої особи

У випадку, якщо із Застрахованим, що здійснює бізнес-поїздку та знаходиться у службовому відрядженні, стався страховий випадок, передбачений умовами договору страхування, укладеного у відповідності з цими Додатковими умовами до Правил, та він потрапив у лікарню або з інших причин, пов'язаних з настанням страхового випадку, не може продовжувати виконувати свої функції та цілі, щодо яких він був відправлений у відрядження (наприклад, не може бути присутнім на переговорах тощо). Сервісна компанія організовує, а Страховик сплачує витрати з проїзду у обидва кінця в економічному класі для іншого співробітника, що може замінити Застрахованого для виконання таких функцій та цілей. Остаточне рішення щодо доцільності здійснення заміщення Застрахованого приймається за згодою Страхувальника та Страховика, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

5.1.8. В усіх випадках, що передбачають репатріацію у відповідності з договором страхування. Сервісна компанія організовує, а Страховик оплачує транспортування з легкодоступних місць, що мають під'їзні шляхи.

5.2. Договір страхування може укладатися у відношенні надання та оплати обмеженого набору послуг, з числа зазначених в цих Додаткових умовах до Правил.

6.1. При страхуванні на умовах цих Додаткових умов не підлягають відшкодуванню витрати, пов'язані з наданням допомоги Застрахованому, з числа зазначених в п. 5.1. цих Додаткових умов, в наступних випадках, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування:

6.1.1. Якщо поїздка або подорож була вжита з наміром отримати лікування.

- 6.1.2.** Якщо страховий випадок відбувся в результаті прямого або побічного впливу радіоактивного опромінення.
- 6.1.3.** Якщо витрати пов'язані із захворюваннями, що останні 6 місяців перед датою страхування вимагали лікування або стоматологічної допомоги. (Обмеження не застосовується, якщо медична допомога була пов'язана із врятуванням життя, гострим болем або обов'язковим медичним втручанням для запобігання тривалої непрацездатності).
- 6.1.4.** Якщо витрати пов'язані з курсом лікування, що почався до початку дії договору страхування та який триває під час дії договору страхування, або якщо подорож була здійснена, незважаючи на існування медичних протипоказань кваліфікованого лікаря щодо подорожі.
- 6.1.5.** Якщо витрати пов'язані з вагітністю терміном більше 3-х місяців, абортми (за винятком змушеного переривання вагітності, що стало наслідком нещасного випадку) або пологами.
- 6.1.6.** Якщо витрати пов'язані з нервовими, психічними, хронічними захворюваннями та їхніми загостреннями, судорожними станами, невротами (панічні атаки, депресії, істеричні синдроми тощо), внаслідок природжених аномалій та психічної загальмованості, релаксації та станам, які ще не стабілізувались та підлягали лікуванню до дати вступу договору в силу (початку здійснення поїздки або подорожі), та щодо яких існує реальний ризик швидкого погіршення.
- 6.1.7.** Якщо страховий випадок відбувся в результаті самогубства, замаху на самогубство, навмисного ушкодження тіла, навмисних дій Застрахованого.
- 6.1.8.** Якщо витрати пов'язані із венеричними захворюваннями, СНІДом або будь-яким подібним синдромом.
- 6.1.9.** Якщо витрати пов'язані з частковою або повною втратою працездатності, у разі інтоксикації організму внаслідок вживання алкоголю або наркотиків.
- 6.1.10.** Якщо страховий випадок відбувся під час керування Застрахованим літальним апаратом.
- 6.1.11.** Якщо страховий випадок відбувся внаслідок авіаційної події, за винятком випадків, коли Застрахований був пасажиром авіаційного судна, що здійснювало регулярний або чартерний рейс, або членом екіпажу такого судна. Щодо членів екіпажу це виключення не застосовується, якщо згідно з умовами договору страхування застосовується спеціальне застереження "Праця за наймом", згідно до Додатку 5 до Правил Добровільного страхування медичних витрат.
- 6.1.12.** Якщо витрати пов'язані з будь-яким протезуванням, включаючи стоматологічне та операції з протезування, здійснювані на очах.
- 6.1.13.** Якщо витрати на медичні огляди та медичний догляд не пов'язані з раптовим захворюванням або травмою.
- 6.1.14.** Якщо витрати пов'язані з відновлювальною або лікувальною фізіотерапією.
- 6.1.15.** Якщо витрати пов'язані з косметичною або пластичною хірургією.
- 6.1.16.** Якщо витрати пов'язані з послугами, що не є обов'язковими для діагностики та лікування, та що надаються лікарнею, лікарем або медсестрою.
- 6.1.17.** Якщо витрати пов'язані із проведенням профілактичної вакцинації, дезинфекції, лікарської експертизи.
- 6.1.18.** Якщо витрати пов'язані із онкологічними захворюваннями.
- 6.1.19.** Якщо лікування здійснювалося родичами Застрахованого.
- 6.1.20.** Якщо витрати пов'язані із закупкою та ремонтом засобів медичної допомоги, за винятком випадків, передбачених п. 5.1.2. цих Додаткових умов до Правил.
- 6.1.21.** Якщо витрати пов'язані з перебуванням у санаторіях і будинках відпочинку.
- 6.1.22.** Якщо витрати пов'язані із засобами лікування та діагностики, що не визначені системами соціального захисту країн членів ЄЕС.
- 6.1.23.** Якщо витрати пов'язані із операціями па серці та судинах, в тому числі ангіографія, ангіопластика та шунтування.

6.1.24. Якщо витрати пов'язані із лікуванням сонячних опіків та інших гострих змін шкіряного покриву, що спричинені дією ультрафіолетового опромінення.

6.1.25. Якщо витрати пов'язані із проведенням профілактичних заходів та загальних медичних оглядів, що не пов'язані з настанням нещасного випадку, захворюванням або загостренням захворювання.

6.2. Тільки якщо інше особливо не зазначено в договорі страхування, не підлягають відшкодуванню витрати, пов'язані з наданням Застрахованому допомоги, якщо страховий випадок стався внаслідок форс - мажорних обставин, настання яких жодна з сторін не змогла б передбачити або запобігти розумними заходами, в тому числі військових дій, терористичних актів, страйків, актів військової або цивільної влади і т.ін. Факт настання форс-мажорних обставин підтверджується відповідними документами компетентних органів (торгівельно-промислової палати тощо)

6.3. Тільки якщо інше особливо не зазначено в договорі страхування, не підлягають відшкодуванню витрати, пов'язані з паданням Застрахованому будь-якого виду послуг, з числа зазначених в п. 5.1. цих Додаткових умов:

6.3.1. Якщо Застрахований або особа, яка представляє його інтереси, не повідомив Сервісну компанію або Страховика про страховий випадок, що відбувся, та про витрати, понесені ним особисто.

Це обмеження не стосується тих випадків, якщо за договором страхування було передбачено право Застрахованого на компенсацію витрат, які Застрахований міг здійснювати у зв'язку з настанням страхового випадку без звернення до Сервісної компанії або до Страховика, у межах, визначених в договорі страхування.

6.3.2. Якщо мала місце будь-яка евакуація або транспортування з однієї лікувальної установи до іншої, яка не організувалася Сервісною компанією (або проведена без попереднього погодження з Сервісною компанією).

6.3.3. Якщо страховий випадок відбувся в результаті участі Застрахованого у народних заворушеннях, повстаннях, бунтах, війнах, служби Застрахованого у будь-яких збройних силах або формуваннях.

6.3.4. Якщо страховий випадок відбувся при виконанні Застрахованим деяких видів робіт за наймом, та винятком випадків, коли в договорі страхування застосовується спеціальне застереження "Праця за наймом". Перелік робіт, що вимагають застосування спеціального застереження "Праця за наймом" для того, щоб випадки при здійсненні таких робіт були визнані страховими згідно з умовами цих Правил, вказаний у Додатку 5 до Правил добровільного страхування медичних витрат.

6.3.5. Якщо страховий випадок відбувся в результаті здійснення Застрахованим протиправних дій. Кваліфікація дій Застрахованого встановлюється відповідно до закону країни перебування Застрахованого.

6.3.6. Якщо Застрахований отримав тілесні ушкодження, знаходячись у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння. Стан алкогольного сп'яніння визначається на підставі норм споживання спиртних напоїв, діючих у країні перебування.

6.3.7. Якщо витрати, пов'язані із страховим випадком, мали місце до дати початку дії договору страхування або після дати закінчення терміну дії договору страхування.

6.3.8. Якщо витрати пов'язані з відшкодуванням моральних збитків, у тому числі через неможливість участі в екскурсіях або інших заходах.

6.3.9. Якщо страховий випадок відбувся при участі Застрахованої особи в деяких видах активного відпочинку або при заняттях професійним чи аматорським спортом, за винятком випадків, коли в договорі страхування застосовується спеціальне застереження "Спортивні заняття та активний відпочинок" із зазначенням видів спорту або занять. Перелік видів активного відпочинку та видів спорту, що вимагають застосування спеціального застереження "Спортивні заняття та активний відпочинок" для того, щоб випадки при участі в таких видах відпочинку та

при зайняттях такими видами спорту були визнані страховими згідно з умовами цих Правил, вказаний у Додатку 6 до Правил добровільного страхування медичних витрат.

6.4. Договором страхування можуть бути передбачені інші винятки з страхового покриття, що не суперечать закону.

7.1. Договір страхування на умовах цих Додаткових умов, як правило, укладається щодо здійснення одної поїздки або подорожі. Договір страхування може бути укладений також щодо необмеженої кількості поїздок або подорожей, що здійснюються протягом строку його дії. Договором страхування можуть бути передбачені обмеження щодо максимальної тривалості окремої поїздки або подорожі, здійснюваних Застрахованим протягом строку дії договору страхування (позначка MultiTravel). При цьому строки здійснення таких поїздок або подорожей підтверджуються відповідними відмітками митних органів в закордонному паспорті Застрахованого, відповідними посвідченнями про відрядження або іншими документами компетентних органів.

7.2. У випадку, якщо в момент закінчення строку дії договору страхування Застрахований не може закінчити поїздки або подорож та повернутися додому у зв'язку з тим, що знаходиться в медичному закладі внаслідок настання страхового випадку, то Страховик продовжує здійснювати свої обов'язки щодо організації та сплати послуг Застрахованому, але в будь-якому разі не більше, ніж протягом двох тижнів з моменту, зазначеного в договорі страхування як дата закінчення строку дії такого Договору, якщо інше особливо не зазначено в такому договорі страхування.

7.3. Договір страхування діє на території країн, визначених у договорі страхування. Якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування, Договір страхування не діє в зонах військових конфліктів та в країнах, що підлягають санкціям ООН.

8.1. При укладанні договору страхування на умовах цих Додаткових умов договір страхування, як правило, укладається без медичного огляду Застрахованої особи. Страховик залишає в кожному конкретному випадку за собою право вимагати медичне обстеження Застрахованої особи при укладанні договору страхування.

8.2. Договір страхування, як правило, є дійсним за умови, що Застрахований здійснює поїздки або подорож не всупереч медичним показникам і не з метою отримати лікування або здійснення ремонту транспортного засобу.

9.1. На додаток до обов'язків, зазначених в Правилах добровільного страхування медичних витрат, при страхуванні на умовах цих Додаткових умов Страхувальник (Застрахований) зобов'язаний:

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

9.1.2. При настанні страхового випадку діяти, як приписано в п. 10.1 та 10.2 цих Додаткових умов до Правил.

9.1.3. Пред'явити на вимогу Страховика будь-яку необхідну інформацію для встановлення факту настання страхового випадку або визначення суми страхової виплати. За вимогою Страховика, час початку перебування Застрахованого в країні дії договору страхування повинен бути підтверджений документально.

9.1.4. Надати Страховику повноваження за його першою вимогою одержувати будь-яку необхідну інформацію від третіх осіб (лікарів, із лікувальних установ всіх видів, інших страхових організацій, органів охорони здоров'я і т. ін.), що за умовами діючого договору страхування повинні бути звільнені від зобов'язань по нерозголошенню лікарської та комерційної таємниці по відношенню осіб, що є Застрахованими за таким договором страхування.

9.2. На додаток до прав Страховика, зазначених в Правилах добровільного страхування медичних витрат, при страхуванні на умовах цих Додаткових умов Страховик має право:

9.2.1. Вимагати від Страхувальника (Застрахованого) інформацію, необхідну для встановлення факту, причин та обставин страхового випадку і визначення розміру страхового відшкодування, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю. Вимагати від Страхувальника (Застрахованого або його представника) перекладу довідок, медичних висновків, рахунків та іншу надану для виплати документацію на українську мову.

9.2.2. Самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку. При необхідності направляти запит у компетентні органи про надання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причини і обставини настання страхового випадку. Строк складання Страхового акту в такому випадку продовжується до моменту одержання необхідної додаткової інформації.

9.2.3. Відстрочити виплату страхового відшкодування при необхідності додаткової перевірки обставин страхового випадку, а також у випадку, якщо відповідними компетентними органами порушено кримінальну справу проти Страхувальника або Застрахованого, та ведеться розслідування обставин, що спричинили виникнення збитку. Максимальний строк відстрочки визначається в договорі страхування за згодою сторін.

9.2.-4. Відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках, зазначених у п. 14.1-14.2. цих Додаткових умов до Правил, або у випадку невиконання Страхувальником (Застрахованим) обов'язків, передбачених Правилами добровільного страхування медичних витрат, та у випадках, передбачених законом.

9.3 Умовами договору страхування, за згодою сторін, можуть бути передбачені також інші права та обов'язки сторін, що не суперечать закону.

10.1. У випадку необхідності отримання послуг, передбачених умовами договору страхування, укладеного на умовах, зазначених в цих Додаткових умовах, перш, ніж вжити будь-які дії, що пов'язані з оплатою медичних витрат або із організацією та сплатою всіх інших видів послуг, передбачених умовами відповідного договору страхування, Застрахований або особа, яка представляє його інтереси, зобов'язаний протягом 24 годин з моменту настання страхового випадку звернутися в будь-який час доби в будь-який з пунктів Сервісної компанії, зазначених в договорі страхування або додатках до нього, або до Страховика та:

- вказати повністю своє прізвище, ім'я, помер і сірок дії свого договору страхування;
- вказати, що він є клієнтом Страховика;
- вказати місце, де він знаходиться та номер телефону, за яким з ним негайно зв'яжеться представник Сервісної компанії або Страховика (якщо Застрахований знаходиться у лікарні - адресу та номер телефону лікарні, до якої його помістили, а також прізвище, ім'я, адресу та номер телефону лікарня, що його лікує);
- надати інформацію щодо обставин того, що трапилося;
- здійснити інші дії, що зазначені в договорі страхування.

10.2. Договором страхування можуть бути передбачені ліміти витрат, у разі перевищення яких необхідність повідомлення Сервісної компанії або Страховика є обов'язковою, а якщо витрати нижче цих лімітів, то сповіщення Сервісної компанії або Страховика не є обов'язковим.

11.1. Для отримання страхового відшкодування за договором страхування, укладеним на умовах цих Додаткових умов, Страхувальником, у випадку, коли витрати, відшкодування яких передбачене умовами відповідного договору страхування, були відшкодовані Страхувальником (Застрахованим) самостійно за згодою зі Страховиком або згідно до умов такого договору страхування, Страховику необхідно надати наступні документи:

- письмову заяву на виплату за формою, встановленою Страховиком, з описом обставин страхового випадку;

- договір страхування;
- документи лікувальної установи, що підтверджують факт настання страхового випадку та вартість лікування (та вимогою Страховика, разом з перекладом з іноземної мови). У документах повинні бути вказані прізвище, ім'я, по-батькові та дата народження хворого, найменування захворювання, інформація про кожний окремий вид лікування із зазначенням дат, термінів і вартості лікування. При стоматологічному лікуванні в документах лікувальної установи повинно бути вказано, які саме зуби були піддані лікуванню та якому саме лікуванню;
- документи органів ДАІ, МВС або іншої служби, яка підтверджує факт настання страхового випадку та документи всіх служб, що приймали участь в наданні послуг. В документах повинні бути вказані прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованого, найменування наданої послуги, інформація про кожний окремий вид послуги з визначенням дат, термінів та вартості послуг.
- оригінали рахунків за одержані послуги, видані організаціями, що надавали такі послуги;
- документ, що посвідчує особистість Одержувача страхової виплати;
- документи, що підтверджують повноваження Одержувача страхового відшкодування (якщо він не є Вигодонабувачем) на одержання такого відшкодування;
- інші документи, що зазначені у відповідному Договорі страхування за згодою сторін та що не суперечить закону.

11.2. У випадку настання страхового випадку, коли Страхувальник (Застрахована особа) скористався послугами Сервісної компанії та не здійснював самостійно будь-яких сплат наданих йому та передбачених умовами Договору страхування послуг та витрат - Страховик здійснює відшкодування таких послуг та витрат Сервісній компанії або безпосередньо всім службам, що надавали такі послуги, на підставі оригіналів документів, чеків та рахунків, що підтверджують факт надання таких послуг Застрахованій особі, їх зв'язок з страховим випадком, та розмір необхідних та наданих послуг. Порядок таких взаєморозрахунків визначається згідно до умов закону, та вказується в укладених між Страховиком та Сервісною компанією угодах.

12.1. Оплата витрат, зазначених у н. 5.1. цих Додаткових умов до Правил, здійснюється:

12.1.1. Страховиком через Сервісну компанію лікувальної установі або лікарю, що лікує або лікував Застрахованого. При цьому сума страхового відшкодування сплачується без участі Застрахованого.

12.1.2. Страховиком Застрахованому (особі, що представляє його інтереси) після повернення його:

- в Україні - у випадку здійснення поїздки або подорожі за межі України;
- в місце постійного проживання - у випадку здійснення поїздки або подорожі в межах України.

якщо оплата лікування за погодженням із Сервісною компанією або Страховиком була проведена самим Застрахованим (особою, що представляє його інтереси) лікувальної установі або лікарю

або

якщо витрати були здійснені без узгодження із Сервісною компанією або Страховиком, але в межах сум, визначених в договорі страхування як ліміт витрат на такі послуги, що можуть бути сплачені без узгодження із Сервісною компанією або Страховиком, якщо такий ліміт передбачений умовами договору страхування.

12.2. Оплата витрат, як правило, здійснюється тільки за умови організації таких послуг Сервісною компанією, якщо інше особливо не зазначено в Договорі страхування.

12.3. Оплата витрат згідно з п. 5.1.4 цих Додаткових умов здійснюється після отримання повідомлення від Сервісної компанії про кретичний стан Застрахованого.

12.4. Для отримання страхового відшкодування Страхувальником, у випадку, коли витрати, відшкодування яких передбачене умовами відповідного договору страхування, були відшкодовані Страхувальником (Застрахованим) самостійно за згодою зі Страховиком або згідно до умов такого

Договору страхування, Страховику необхідно надати документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір оплачених витрат, з числа зазначених в п.11.1. цих Додаткових умов.

12.5. Страхова виплата здійснюється тією валютою, яка передбачена договором страхування, якщо інше не передбачено законодавством України. У випадку здійснення страхової виплати у гривнях, її розмір обчислюється за курсом НБУ на час складання відповідного рахунку щодо надання відповідних послуг, передбачених договором страхування та цими Додатковими умовами.

12.6. Сума страхових виплат за кожну послугу з числа передбачених договором страхування не повинна перевищувати передбачених договором страхових сум або лімітів, встановлених щодо відповідної послуги.

12.7. Загальна сума страхових виплат за кожного Застрахованого протягом строку дії договору страхування не повинна перевищувати страхову суму, встановлену щодо кожного Застрахованого та зазначену в договорі страхування.

13.1. При страхуванні на умовах цих Додаткових умов страхова виплата здійснюється протягом 15 робочих днів після одержання всіх необхідних документів, що підтверджують факт, причини та обставини настання випадку та розмір завданих збитків та складання Страховиком Страхового акту, якщо інший строк особливо не зазначений в Договорі страхування. Страховий акт складається протягом однієї доби з дня отримання всіх необхідних документів, з числа зазначених у п. 11.1 цих Додаткових умов до Правил. У випадку, якщо наданих документів недостатньо для підтвердження факту настання страхового випадку, визначення причин та обставин його настання, а також розміру завданого збитку, то Страховик письмово повідомляє Заявника на виплату про необхідність проведення додаткового розслідування обставин страхового випадку, та надання інших документів та/або інформації, необхідних для виплати. При цьому Страховик може самостійно направляти запити в компетентні органи про представлення відповідних документів та інформації. Строк складання Страхового акту при цьому продовжується до моменту отримання такої інформації.

13.2. При відмові або відстрочці у виплаті страхового відшкодування Страховик повідомляє про це Застрахованого (особу, яка зазнала витрат) у письмовій формі протягом 15 робочих днів (якщо інший строк особливо не зазначений в Договорі страхування) після одержання всіх необхідних документів, згідно до п. 11.1 та п.13.1. цих Додаткових умов, з мотивованим обґрунтуванням причин відмови або відстрочки.

14.1. Страхова виплата або виплата страхового відшкодування за договором страхування, укладеним на умовах цих Додаткових умов, не здійснюється, якщо Страховальник (Застрахований, його представник):

14.1.1. Скоїв навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням Застрахованим громадянського або службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Застрахованого або особи, яка є його представником, встановлюється відповідно до чинного законодавства країни перебування Застрахованого.

14.1.2. Вчинив умисний злочин, що призвів до страхового випадку.

14.1.3. Надав Сервісній компанії або Страховику неправдиві відомості (або документи) про предмет страхування, які впливали на оцінку ризику при укладенні договору страхування, або про факт настання страхового випадку, що вплинуло на об'єктивність встановлення причин і обставин настання випадку.

14.1.4. Одержали відшкодування своїх витрат від особи (осіб) або від імені особи (осіб), відповідальної (відповідальних) за заподіяння збитків.

14.1.5. Несвоєчасно повідомив Сервісну компанію або Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин, якщо інше особливо не зазначено в договорі страхування.

14.1.6. Створював Страховикові перешкоди у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

14.1.7. В інших випадках, передбачених Правилами добровільного страхування медичних витрат та законом.

14.2. У випадку, якщо про обставини, зазначені у п. 14.1 цих Додаткових умов, Страховику стало відомо після здійснення страхової виплати, то він має право вимагати від особи, що одержала страхову виплату, повернення виплаченого відшкодування або його частини та сплати за надані йому послуги.

15. У відношенні інших питань, не оговорених в цих Додаткових умовах, діють відповідні положення Правил добровільного страхування медичних витрат.

РІЧНІ БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ
по добровільному страхуванню медичних витрат

I. Умови покриття - „повне покриття, крім названих виключень" (п.3.3. Правил):

Річний Базовий страховий тариф складає 12% від страхової суми.

В залежності від конкретних умов Договору страхування, стану здоров'я застрахованої особи, строку страхування, кількості застрахованих осіб, виду діяльності застрахованих осіб, переліку виключень та інших чинників, що можуть впливати на ймовірність настання страхового випадку, до базового страхового тарифу можуть бути застосовані поправочні коефіцієнти від 0,3 до 2,5.

2. Умови покритті - „відшкодування названих медичних витрат" (п.3.3.1. Правил):


№ п/п	Програми страхування медичних витрат	Страховий тариф у % від страхової суми
1.	„Швидка допомога"	1,5
2.	„Поліклініка"	2,5
3.	„Стаціонар"	3,0
4.	„Стоматологія"	4,5
5.	„Лікувально-профілактичні заходи"	1,5
6.	Разом	13,0

У випадку встановлення набору страхових ризиків за договором страхування, не зазначеного у відповідній Програмі страхування медичних витрат, зазначеній в цьому Додатку, Страховик має право застосовувати до базового тарифу, що відповідає Програмі, зазначеній у цій таблиці та набір ризиків якої найближчий до встановленого набору ризиків за договором, коригуючий коефіцієнт в діапазоні 0,3-2,0.

В залежності від конкретних умов Договору страхування, стану здоров'я застрахованої особи, строку страхування, кількості застрахованих осіб, виду діяльності застрахованих осіб та інших чинників, що можуть впливати на ймовірність настання страхового випадку, до базового страхового тарифу можуть бути застосовані поправочні коефіцієнти від 0,3 до 3,5.

Норматив витрат на ведення справи встановлюється в розмірі до 40% від суми страхових внесків та зазначається в договорі страхування, але в будь-якому разі не більше 40% від суми страхових внесків.

Актурій (Свідоцтво № 03-002 від 26.11.2009 року)

/Карташов Ю.М./

Додаток 4
До Правил добровільного страхування медичних витрат

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ
З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ІНШИХ ВИТРАТ
ПРИ ЗДІЙСНЕННІ ПОЇЗДОК та ПОДОРОЖЕЙ

1. При страхуванні на умовах наступною набору ризиків (Програма S (Standard)):

Застраховані ризики на умовах програми
Сплата медичних витрат.
Репатріація у випадку хвороби.
Репатріація у випадку смерті.

Страхова сума, EUR/USD	Базові страхові тарифи за один день дії договору страхування при зазначеному загальному строку дії договору складають (EUR / USD)						
	від 1 до 10 днів	від 11 до 15 днів	від 16 до 30 днів	від 31 до 60 днів	від 61 до 90 днів	від 91 до 182 днів	від 183 до 365 днів
5 000	0,2540	0,2258	0,1976	0,1693	0,1411	0,1341	0,1270
10 000	0,2661	0,2365	0,2070	0,1774	0,1478	0,1404	0,1331
20 000	0,2903	0,2580	0,2258	0,1935	0,1613	0,1532	0,1452
30 000	0,3024	0,2688	0,2352	0,2016	0,1680	0,1596	0,1512
50 000	0,8165	0,7258	0,6350	0,5443	0,4536	0,4309	0,4082

Програма Standard (S) з позначкою MultiTravel

Страхова сума, EUR/USD	Страхова премія за один день перебування EUR/USD			Страхова премія у цілому за договором, EUR /USD			
	Дія договору - 60 днів, кількість днів перебування			Дія Договору 90 днів, кількість днів перебування 30	Дія Договору 82 днів, кількість днів перебування 60	Дія Договору 182 днів, кількість днів перебування 90	Дія Договору 365 днів, кількість днів перебування 182
	від 1 до 10 днів	від 11 до 15 дії in	від 16 до 30 днів				
5 000	0,2540	0,2258	0,1976	5,93	9,14	10,16	17,08
10 000	0,2661	0,2365	0,2070	6,21	9,58	10,64	17,89
20 000	0,2403	0,2580	0,2258	6,77	10,45	11,61	19,52
30 000	0,3024	0,2688	0,2352	7,06	10,89	12,10	20,33
50 000	0,8165	0,7258	0,6350	19,05	29,39	32,66	54,90

З врахуванням можливих коефіцієнтів, зазначених в розділі 5 цього Додатку.

Норматив витрат на ведення справи встановлюється в розмірі до 40% від суми страхових внесків та зазначається в договорі страхування, але в будь-якому разі не більше 40 % від суми страхових внесків.

Актуарій (Свідоцтво № 03-002 від 26.11.2009 року)

 /Карташов Ю.М./

2. Базові страхові тарифи при страхуванні на умовах наступного набору ризиків (Програма С (Classic))

Застраховані ризики на умовах програми
Сплата медичних витрат.
Репатріація у випадку хвороби.
Репатріація у випадку смерті.
Невідкладна стоматологічна допомога в межах окремо узгодженої суми

Страхова сума, EUR/USD	Базові страхові тарифи за один день дії договору страхування при зазначеному загальному строку дії договору складають (EUR/USD)						
	від 1 до 10 днів	від 11 до 15 днів	від 16 до 30 днів	від 31 до 60 днів	від 61 до 90 днів	від 91 до 182 днів	від 183 до 365 днів
5 000	0,3992	0,3548	0,3105	0,2661	0,2218	0,2107	0,1996
10 000	0,4182	0,3717	0,3252	0,2788	0,2323	0,2207	0,2091
20 000	0,4562	0,4055	0,3548	0,3041	0,2534	0,2408	0,2281
30 000	0,4752	0,4224	0,3696	0,3168	0,2640	0,2508	0,2376
50 000	1,2830	1,1405	0,9979	0,8554	0,7128	0,6772	0,6415

Програма Classic (C) з позначкою MultiTravel

Страхова сума, EUR/USD	Страхова премія за один день перебування, EUR/USD			Страхова премія \ цілому за договором, EUR /USD			
	Дія Договору - 60 днів, кількість днів перебування			Дія Договору 90 днів, кількість днів перебування 30	Дія Договору 182 днів, кількість днів перебування 60	Дія Договору 182 днів, кількість днів перебування 90	Дія Договору 365 днів, кількість днів перебування 182
	від 1 до 10 днів	від 11 до 15 днів	від 16 до 30 днів				
5 000	0,3992	0,3548	0,3105	9,31	14,37	15,97	26,84
10 000	0,4182	0,3717	0,3252	9,76	15,05	16,73	28,12
20 000	0,4562	0,4055	0,3548	10,64	16,42	18,25	30,67
30 000	0,4752	0,4224	0,3696	11,09	17,11	19,01	31,95
50 000	1,2830	1,1405	0,9979	29,94	46,19	51,32	86,27

З врахуванням можливих коефіцієнтів, зазначених в розділі 5 цього Додатку.

Норматив витрат на ведення справи встановлюється в розмірі до 40% від суми страхових внесків та зазначається в договорі страхування, але в будь-якому разі не більше 40 % від суми страхових внесків.

Актуарій (Свідоцтво № 03-002 від 26.11.2009 року)

 /Карташов Ю.М./

3. Базові страхові тарифи при страхуванні на умовах наступного набору ризиків (Програма G (Gold))

Застраховані ризики на умовах програми
Сплата медичних витрат.
Репатріація у випадку хвороби.
Репатріація у випадку смерті.
Невідкладна стоматологічна допомога в межах окремо узгодженої суми
Передача термінових повідомлень
Дострокове повернення застрахованої особи

Страхова сума, EUR/USD	Базові страхові тарифи на один день дії договору страхування при зазначеному загальному строку дії договору складають (EUR/USD)						
	від 1 до 10 днів	від 11 до 15 днів	від 16 до 30 днів	від 31 до 60 днів	від 61 до 90 днів	від 91 до 182 днів	від 183 до 365 днів
5 000	0,6532	0,5806	0,5080	0,4355	0,3629	0,3447	0,3266
10 000	0,6843	0,6083	0,5322	0,4562	0,3802	0,3612	0,3421
20 000	0,7465	0,6636	0,5806	0,4977	0,4147	0,3940	0,3732
30 000	0,7776	0,6912	0,6048	0,5184	0,4320	0,4104	0,3888
50 000	2,0995	1,8662	1,6330	1,3997	1,1664	1,1081	1,0498


Програма G (Gold) з позначкою MultiTravel

Страхова сума, EUR/USD	Страхова премія за один День перебування. EUR USD			Страхова премія у цілому за договором, EUR / USD			
	Дія Договору - 60 днів, кількість днів перебування			Дія Договору 90 днів, кількість днів перебування 30	Дія Договору 182 днів, кількість днів перебування 60	Дія Договору і 82 днів, кількість днів перебування 90	Дія Договору 365 днів, кількість днів перебування 182
	від 1 до 10 днів	від 11 до 15 днів	від 16 до 30 днів				
5 000	0,6532	0,5806	0,5080	15,24	23,51	26,13	43,92
10 000	0,6843	0,6083	0,5322	15,97	24,63	27,37	46,01
20.000	0,7465	0,6636	0,5806	17,42	26,87	29,86	50,19
30 000	0,7776	0,6912	0,6048	18,14	27,99	31,10	52,28
50 000	2,0995	1,3662	1,6330	48,99	75,58	83,98	141,17

З врахуванням можливих коефіцієнтів, зазначених в розділі 5 цього Додатку.

Норматив витрат на ведення справи встановлюється в розмірі до 40% від суми страхових внесків та зазначається в договорі страхування, але в будь-якому разі не більше 40 % від суми страхових внесків.

Актуарій (Свідоцтво № 03-002 від 26.11.2009 року)

 /Карташов Ю.М./

4. Базові страхові тарифи при страхуванні на умовах наступного набору ризиків (Програма Р (Platinum))

Застраховані ризики на умовах програми
Сплата медичних витрат.
Репатріація у випадку хвороби.
Репатріація у випадку смерті.
Невідкладна стоматологічна допомога в межах окремо узгодженої суми
Передача термінових повідомлень
Дострокове повернення застрахованої особи
Евакуація дітей
Візит третьої особи у випадку перебування Застрахованої особи в лікарні більше 10 днів.

Страхова сума, EUR/USD	Базові страхові тарифи за один день дії договору страхування при зазначеному загальному строку дії договору складають (EUR/USD)						
	від 1 до 10 днів	від 11 до 15 днів	від 16 до 30 днів	від 31 до 60 днів	від 61 до 90 днів	від 91 до 182 днів	від 183 до 365 днів
5 000	1,0161	0,9032	0,7903	0,6774	0,5645	0,5363	0,5080
10 000	1,0644	0,9462	0,8279	0,7096	0,5914	0,5618	0,5322
20 000	1,1612	1,0322	0,9032	0,7741	0,6451	0,6129	0,5806
30 000	1,2096	1,0752	0,9408	0,8064	0,6720	0,6384	0,6048
50 000	3,2659	2,9030	2,5402	2,1773	1,8144	1,7237	1,6330

Програма Platinum з позначкою MultiTravel

Страхова сума, EUR/USD	Страхова премія за один день перебування, EUR/USD			Страхова премія за договором, EUR/USD			
	Дія договору – 60 днів, кількість днів перебування			Дія Договору 90 днів, кількість днів перебування 30	Дія Договору 182 дня, кількість днів перебування 60	Дія Договору 182 дня, кількість днів перебування 90	Дія Договору 365 днів, кількість днів перебування 182
	від 1 до 10 днів	від 11 до 15 днів	від 16 до 30 днів				
5 000	1,0161	0,9032	0,7903	23,71	36,58	40,64	68,32
10 000	1,0644	0,9462	0,8279	24,84	38,32	42,58	71,57
20 000	1,1612	1,0322	0,9032	27,10	41,80	46,45	78,08
30 000	1,2096	1,0752	0,9408	28,22	43,55	48,38	81,33
50 000	3,2659	2,9030	2,5402	76,20	117,57	130,64	219,60

З врахуванням можливих коефіцієнтів, зазначених в розділі 5 цього Додатку.

Норматив витрат на ведення справи встановлюється в розмірі до 40% від суми страхових внесків та зазначається в договорі страхування, але в будь-якому разі не більше 40 % від суми страхових внесків.

Актуарій (Свідоцтво № 03-002 від 26.11.2009 року)



/Карташов Ю.М./

5. Корируючи коефіцієнти, що застосовуються при страхуванні медичних та інших витрат при здійсненні поїздок та подорожей

В залежності від розміру встановленої за договором франшизи Страховик має право застосувати до базового тарифу корируючий коефіцієнт в діапазоні

Розмір франшизи, EUR/USD	Величина коефіцієнту
0	1
30	0,97
50	0,92
70	0,87
100	0,84
250	0,7

В залежності від наявності чи відсутності в минулому випадків, що пов'язані із застрахованою особою та мають ознаки страхових, Страховик має право застосувати до базового тарифу корируючий коефіцієнт в діапазоні 0,5 - 2,5.

У випадку встановлення страхової суми за договором страхування, не зазначеної у відповідній таблиці базових страхових тарифів, зазначених в цьому Додатку, Страховик має право застосувати до базового тарифу, що відповідає страховій сумі, зазначеній у відповідній таблиці, та розмір якої найближчий до встановленої за договором, корируючий коефіцієнт в діапазоні 0,5-2,0.

В залежності від віку Застрахованої особи Страховик має право застосувати до базового тарифу корируючий коефіцієнт в діапазоні 1,0-3,5.

В залежності від кількості Застрахованих осіб за одним договором страхування Страховик має право застосувати до базового тарифу корируючий коефіцієнт в діапазоні 1,0-0,5.

В залежності від мети здійснення поїздки або подорожі (навчання, пляжний відпочинок, праця (інтелектуальна), праця (фізична), активні види відпочинку або спорту тощо) Застрахованою особою Страховик має право застосувати до базового тарифу корируючий коефіцієнт в діапазоні 1,0-3,5.

В залежності від місця дії договору страхування (країни здійснення поїздки або подорожі) Страховик має право застосувати до базового тарифу корируючий коефіцієнт в діапазоні 0,7-3,5.

У випадку встановлення набору страхових ризиків за договором страхування, не зазначеного у відповідній Програмі та таблиці базових страхових тарифів, зазначених в цьому Додатку, Страховик має право застосувати до базового тарифу, що відповідає Програмі, зазначеній у відповідній таблиці, та набір ризиків якої найближчий до встановленого набору ризиків за договором, корируючий коефіцієнт в діапазоні 0,5-2,0.

В кожному конкретному випадку, при встановленні розміру страхового тарифу в залежності від факторів ризику та умов страхування, що не перелічені вище Страховик має право застосувати до базового тарифу корируючи коефіцієнти в діапазоні 0,3-2,5.

Коефіцієнти застосовуються до ставки базових страхових тарифів, зазначеної у відповідній таблиці цього Додатку, шляхом множення базового страхового тарифу на встановлений розмір відповідного коефіцієнту.

Актуарій (Свідоцтво № 03-002 від 26.11.2009 року)

 /Карташов Ю.М./

Додаток 5

До Правил добровільного страхування медичних витрат

**ПЕРЕЛІК РОБІТ,
ЩО ВИМАГАЮТЬ СПЕЦІАЛЬНОГО ЗАСТЕРЕЖЕННЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ,
ЯКЩО ЗАСТРАХОВАНИЙ ПЛАНУЄ ВИКОНУВАТИ ТАКІ РОБОТИ ПІД ЧАС ЗДІЙСНЕННЯ
ПОЇЗДКИ АБО ПОДОРОЖІ**

Професія	- Льотчики, члени екіпажів повітряних і морських суден, шахтарі, особи, зайняті у важкій, будівельній, нафтовій, газовій та нафтопереробній промисловості (за винятком «білих комерців»), водолази, робітники лісного господарства, поліцейські, пожежні, професійні спортсмени; - Водії, постачальники (кур'єри), вартові, двірники, охоронці, робітники фізичної праці (будівельники тощо).
----------	--

Договором страхування можуть бути передбачені також інші види робіт, виконання яких передбачає необхідність застосування спеціального застереження, що не суперечить закону.

Додаток 6
До Правил добровільного страхування медичних витрат

**ПЕРЕЛІК ВИДІВ АКТИВНОГО ВІДПОЧИНКУ ТА СПОРТУ,
ЩО ВИМАГАЮТЬ СПЕЦІАЛЬНОГО ЗАСТЕРЕЖЕННЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ,
ЯКЩО ЗАСТРАХОВАНИЙ ПЛАНУЄ ЗАЙМАТИСЯ ТАКИМИ ВИДАМИ СПОРТУ АБО
ПРИЙМАТИ УЧАСТЬ В ТАКИХ ВИДАХ АКТИВНОГО ВІДПОЧИНКУ
ПІД ЧАС ЗДІЙСНЕННЯ ПОЇЗДКИ АБО ПОДОРОЖІ**

Під «Активним відпочинком» Страховик розуміє відпочинок, що припускає риболовлю, полювання, гірський туризм, альпінізм, скелелазіння, водний туризм, заняття на відпочинку ігровими видами спорту, катання на водних лижах, віндсерфінгу, занурення під воду з аквалангом (дайвінг), участь у водних атракціонах, верхову їзду, заняття повітряним, гірськолижним, санним спортом, катання на лижах та ковзанах, стрибки з парашутом, стрибки на батуті, стрибки з висоти на резиновому тросу, участь в ралі і т.д.

ВИДИ СПОРТУ:

Бадмінтон, біатлон, буєрний спорт, волейбол, гімнастика художня, городки, орієнтувальний спорт, вітрильний спорт, лижні гонки, плавання, радіоспорт, теніс, важка атлетика

Акробатика, батут, бейсбол, велоспорт (трек, шосе), водяне поло, боротьба, водяні лижі, гирьовий спорт, веслування, лижне двоборство, легка атлетика, пожежно-прикладний спорт, стрибки у воду, планерний спорт, стрільба (усі види), фехтування, фігурне катання

Альпінізм, баскетбол, бобслей, бокс, гімнастика спортивна, кінний спорт, карате, гірськолижний спорт, дельтапланеризм, ковзанярський спорт, стрибки на лижах із трампліну, підводний спорт, поло, регбі, ручний м'яч, гірський та піший туризм, сучасне п'ятиборство, санний спорт, спідвей, хокей (усі види), фрістайл, футбол, шорт-трек.

Ралі, багатоборство, комплексні спортивні заходи.

Договором страхування можуть бути передбачені також інші види спорту та активного відпочинку, заняття або участь в яких передбачає необхідність застосування спеціального застереження, що не суперечить закону.

Змісто, пронумеровано та скріплено печаткою

Голова Правління



*Микола Кавицький - директор
генерального штабу*

[Handwritten signature]

Кавицький О.М.

2110361

03.06.10

Регістраційний номер

Г.М.А.

архів