

«Затверджую»

Голова Правління
ПРАТ «СК «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ»

С.О. Авдєєв

«23» березня 2020 р.



ЗМІНИ № 2

до ПРАВИЛ

ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

зарєєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України

03.06.2010 р. за № 2110361

м. Київ, 2020

1. Внести зміни до Правил добровільного страхування медичних витрат, зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 03.06.2010 р. за № 2110361, далі - Правила:

1.1. Пункти 1.5 - 1.8 та 1.15 - 1.16 Розділу «1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ» Правил викласти в наступній редакції:

«1.5. Застрахована особа (Застрахований)- фізична особа, щодо майнових інтересів, пов'язаних з життям і здоров'ям якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Якщо Страхувальник уклав Договір страхування щодо майнових інтересів, пов'язаних з власним життям і здоров'ям, то він одночасно є і Застрахованою особою за цим Договором страхування.

1.6. Вигодонабувач - юридична або фізична особа, призначена Страхувальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи для отримання страхової виплати у разі настання страхового випадку.

1.7. Близькі родичі Застрахованої особи - чоловік, дружина, батько, матір, вітчим, мачуха, син, дочка, пасинок, падчерка, усиновлювач чи усиновлений, опікун чи піклувальник, особа, яка перебуває під опікою або піклуванням.

1.8. Страхова виплата (страхове відшкодування) - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.»

«1.15. Нещасний випадок - раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана, ненавмисна та незалежна від волі Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача, спадкоємця Застрахованої особи) подія, що відбулась внаслідок впливу зовнішніх причин та призвела до травматичних ушкоджень та/або розладу здоров'я (нозологічних форм згідно з класифікацією МКХ X перегляду класи S00-S99, T00-T35, T51-T65) Застрахованої особи та/або її смерті. Нещасними випадками за цими Правилами вважаються: травми, термічні та хімічні опіки, відмороження, наслідки попадання стороннього тіла, токсична дія речовин немедичного призначення. Якщо це передбачено Договором страхування, до нещасних випадків можуть відноситись наступні події: утоплення, враження блискавкою або електричним струмом, укуси тварин або отруйних комах, змій, протиправні дії третіх осіб (інших, ніж Застрахована особа), а також отруєння лікувальними засобами, медикаментами та біологічними субстанціями. Захворювання, у тому числі раптові та професійні, не відносяться до нещасних випадків.

1.16. Заклад охорони здоров'я (медичний заклад) - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.».

1.2. Доповнити Розділ «1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ» Правил пунктами 1.17 – 1.26 у наступній редакції:

«1.17. Гостре захворювання – раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами, у разі ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до місця свого постійного проживання.

1.18. Загострення хронічного захворювання (хвороби) – раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму на фоні перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи або

загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до місця свого постійного проживання.

1.19. Країна (місце) постійного проживання - країна (місце), в якій (якому) Застрахована особа проживає у цілому не менше шести місяців на рік.

1.20. Країна (місце) перебування - країна (місце), на території якої Застрахована особа знаходиться під час подорожі (поїздки) та на території якої діє Договір страхування (крім країни (місця) постійного проживання).

1.21. Медико-санітарна допомога (медична допомога, медичні послуги) - консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури.

1.22. Інша допомога (інші послуги) – інша допомога, ніж медико-санітарна допомога, безпосередньо пов'язана з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки) та передбачена умовами Договору страхування.

1.23. Подорож (поїздка) – поїздка Застрахованої особи територією (акваторією), зазначеною в Договорі страхування, з будь-якою метою, що не суперечить чинному законодавству України та країни перебування (туризм, праця, відпочинок, спортивні змагання, відвідування родичів тощо).

1.24. Програма страхування - перелік медичних та інших послуг, надання яких або відшкодування вартості яких (оплата) передбачені Договором страхування.

1.25. Період страхування - визначена в Договорі страхування максимальна кількість днів в межах строку дії Договору, протягом яких Страховик несе зобов'язання щодо визнання випадків страховими та здійснення страхових виплат за страховими випадками, що передбачені умовами Договору страхування.

1.26. Розлад здоров'я - стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.».

1.3. Пункти 2.1 – 2.4 Розділу «2. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ» Правил викласти у наступній редакції:

«2.1. Відповідно до цих Правил ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ» (далі - Страховик) укладає договори добровільного страхування медичних витрат Застрахованих осіб під час їх поїздок за кордон та/або по території України (далі - Договір страхування) з юридичними або фізичними особами.

2.2. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою, а також медичними та додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки).

2.3. Страхування медичних витрат передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Страхувальником чи Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки).

2.4. За Договором страхування, укладеним відповідно до цих Правил, Страховик забезпечує, в тому числі, за допомогою Сервісної компанії, надання Страхувальнику чи Застрахованій особі медичної допомоги (медичних послуг) та іншої допомоги (інших послуг) та/або гарантує оплату медичному закладу або іншим особам, що надають Страхувальнику чи Застрахованій особі медичну допомогу (медичні послуги) або іншу допомогу (інші послуги), вартості цієї допомоги (послуг), у разі настання певних подій (страхових ризиків) під час здійснення нею подорожі (поїздки).

У Договорі страхування зазначається перелік медичних та інших послуг (видів допомоги), що надаються Страхувальнику чи Застрахованій особі у разі настання певних подій (страхових ризиків), в тому числі, за допомогою Сервісної компанії.

Відшкодування Страховиком документально підтверджених медичних та додаткових витрат на отримання Страхувальником чи Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги, передбаченої Договором страхування, у зв'язку з настанням страхового випадку здійснюється:

- шляхом розрахунку з Сервісною компанією або медичним закладом або іншими особами, що надають послуги, за надану медичну допомогу (медичні послуги) та/або іншу допомогу (інші послуги) без участі Страхувальника (Застрахованої особи) на підставі договорів, укладених між Страховиком та Сервісною компанією та/або медичним закладом та/або іншими особами, що надають послуги, або документів, що підтверджують витрати на вказану допомогу, якщо договори між Страховиком та вказаними особами не уклалися;

- якщо зазначена в Договорі страхування медична допомога (медичні послуги) або інша допомога (інші послуги) були отримані Страхувальником чи Застрахованою особою самостійно (без участі Сервісної компанії) та/або оплачені Страхувальником чи Застрахованою особою самостійно, Страховик відшкодовує вартість наданої медичної допомоги (медичних послуг) та/або іншої допомоги (інших послуг), наданих Страхувальнику чи Застрахованій особі за умови попереднього повідомлення ним (нею) про необхідність отримання медичної допомоги (медичних послуг) або іншої допомоги (інших послуг) або попереднього погодження їх отримання та оплати з Сервісною компанією або Страховиком у визначеному Договором страхування порядку та надання Страховику документів, що підтверджують витрати на вказану допомогу, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.».

1.4. Пункти 3.1 - 3.3 Розділу «3. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ» Правил викласти у наступній редакції:

«3.1. Страховим ризиком є:

- хвороба Застрахованої особи (гостре захворювання, загострення хронічного захворювання);

- розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

3.2. Страховим випадком є подія, передбачена в п.3.1 Договору, що сталася в період дії Договору страхування (період страхування) під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки), та не є виключенням зі страхових випадків або обмеженням страхування згідно з цими Правилами, внаслідок якої Страхувальник чи Застрахована особа отримує медико-санітарну та іншу допомогу, передбачену Договором страхування, та внаслідок чого виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Страхувальником чи Застрахованою особою вказаної допомоги.

3.3. Договором страхування може бути передбачено відшкодування Страховиком документально підтверджених витрат на наступні медичні та/або інші послуги у зв'язку з настанням страхового випадку:

3.3.1. Невідкладна (ургентна) стаціонарна допомога

Страховик оплачує медичні витрати на невідкладну (ургентну) допомогу, пов'язану з лікуванням Застрахованої особи, 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 подорожі в період дії Договору страхування, та якщо медичний стан Застрахованої особи є настільки серйозним, що за медичними показаннями, які визначаються місцевим лікарем та підтвержені лікарем Сервісної компанії, Застрахована особа повинна бути ургентно (за життєвими показниками) госпіталізована до цілодобового стаціонару в відповідний медичний заклад, оскільки стан здоров'я є таким, що становить пряму та невідворотну загрозу її життю та здоров'ю. При цьому, Сервісна компанія організовує транспортування Застрахованої особи каретою швидкої допомоги з необхідним спеціалістом та медикаментами, забезпечує госпіталізацію в медичний заклад та проводить моніторинг стану хворого, стежачи до моменту закінчення проведення невідкладної (ургентної) допомоги, медичним обслуговуванням Застрахованої особи, і повідомляє цю інформацію Страховику, при умові збереження конфіденційності отриманої інформації.

Відповідальність Страховика припиняється з моменту припинення надання невідкладної (ургентної) допомоги Застрахованій особі.

Невідкладною (ургентною) допомогою за цими Правилами вважається екстрена медична допомога, яка полягає у здійсненні медичними працівниками відповідно до закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

3.3.2. Невідкладна амбулаторна допомога

Страховик оплачує невідкладні медичні витрати (витрати на надання невідкладної ургентної медичної допомоги), пов'язані з лікуванням Застрахованої особи, необхідність в якому з'явилася у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням та іншим нещасним випадком, що трапились під час здійснення подорожі в період дії Договору страхування, за умови, що за медичними показаннями, що підтверджено лікарем Сервісної компанії, стан здоров'я Застрахованої особи вимагає невідкладної амбулаторної медичної допомоги та є таким, що становить пряму та невідворотну загрозу її життю та здоров'ю. При цьому, Сервісна компанія забезпечує транспортування Застрахованої особи до медичного закладу (за наявності медичних показань, що встановлені місцевим лікарем та підтверджені лікарем Сервісної компанії або встановлені лікарем Сервісної компанії при здійсненні транспортування з місця події/місця проживання Застрахованої особи під час подорожі), організацію прийому Застрахованої особи місцевим лікарем, організацію необхідного обстеження, знаходячись у постійному контакті з місцевим лікарем, або іншим шляхом, що забезпечить необхідну згідно зі станом здоров'я Застрахованої особи невідкладну амбулаторну допомогу.

3.3.3. Невідкладна стоматологічна допомога

У випадку необхідності отримання невідкладної медичної допомоги (екстреного лікування та медикаментів), за медичними показаннями, що визначені місцевим лікарем-стоматологом та підтверджені лікарем Сервісної компанії, при гострому болю зубу та/або оточуючих тканин, а також при травмі зубу внаслідок нещасного випадку, який стався в період дії Договору, якщо це передбачено обраною Програмою страхування, Сервісна компанія організовує, а Страховик оплачує витрати Застрахованої особи щодо отримання такої стоматологічної допомоги, але не більше ліміту відповідальності у відповідності до обраної Програми страхування. При виникненні гострого зубного болю та/або оточуючих тканин або у випадку необхідності невідкладної медичної допомоги стоматолога при травмі, Застрахованій особі забезпечується і оплачується екстрена (невідкладна первинна) стоматологічна допомога за виключенням будь-яких видів протезування, реставрації зубів.

3.3.4. Медичне транспортування (репатріація) у випадку хвороби (травми)

3.3.4.1. У разі необхідності, за медичними показаннями, визначеними місцевим лікарем та підтвердженими лікарем Сервісної компанії, Сервісна компанія організовує транспортування Застрахованої особи, а Страховик оплачує витрати на її транспортування, якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє пересуватися самостійно:

а) з місця знаходження Застрахованої особи при настанні випадку, згідно з яким йому необхідне надання таких послуг, в один із найближчих медичних закладів;

б) з медичного закладу в медичний заклад, більше відповідний за наявністю обладнання для надання медичної допомоги Застрахованій особі;

в) якщо поїздка або подорож здійснюється по території України та Застрахованою особою є особа, що проживає на території України – з медичного закладу в медичний заклад, розташований найближче до місця постійного проживання після надання екстреної медичної допомоги;

г) якщо поїздка або подорож здійснюється по території України та Застрахованою особою є особа, що проживає за межами території України – з медичного закладу в Україні в медичний заклад, розташований найближче до аеропорту/залізничної станції в країні постійного проживання Застрахованої особи, з яким є пряме міжнародне сполучення від місця перебування хворої Застрахованої особи при перевезенні авіаційним або залізничним транспортом та/або до державного кордону України при перевезенні автомобільним транспортом. Ця послуга надається

за умови, що стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє таке транспортування та передбачені витрати на лікування Застрахованої особи в Україні, де сталася необхідність такого лікування, перевищують передбачені витрати на його транспортування.

д) якщо поїздка або подорож здійснюється за межами території України та Застрахованою особою є особа, що проживає на території України – з медичного закладу в медичний заклад України, розташований найближче до аеропорту/залізничної станції в Україні, з яким є пряме міжнародне сполучення від місця перебування хворої Застрахованої особи при перевезенні авіаційним або залізничним транспортом та/або до державного кордону України при перевезенні автомобільним транспортом. Ця послуга надається за умови, що стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє таке транспортування та передбачені витрати на лікування Застрахованої особи в країні, де сталася необхідність такого лікування, перевищують передбачені витрати на його транспортування.

3.3.4.2. Якщо перевезення Застрахованої особи здійснювалось автомобільним транспортом, витрати на перевезення до державного кордону України, що відшкодовуються Страховиком, розраховуються пропорційно до загальних витрат на перевезення Застрахованої особи автомобільним транспортом в медичний заклад.

3.3.4.3. В усіх випадках засіб транспортування Застрахованої особи визначається Страховиком з урахуванням медичних показників хворої Застрахованої особи. Крім того, протягом періоду транспортування Застрахована особа забезпечується у разі необхідності медичним супроводом і засобами або пристроями для пересування.

3.3.4.4. Якщо лікар Сервісної компанії за погодженням з місцевим лікарем вважає, що медична репатріація (транспортування) Застрахованої особи можлива, а Застрахована особа відмовляється від неї, Страховик не відшкодовує оплату вартості послуг з лікування Застрахованої особи, наданих Застрахованій особі з моменту встановлення факту можливості транспортування.

3.3.5. Репатріація у випадку смерті

У випадку смерті Застрахованої особи, Сервісна компанія організовує репатріацію тіла або останків, або урни з прахом з країни, де стався випадок, а Страховик оплачує витрати на розтин тіла, труну, необхідну для перевезення, і перевезення тіла або останків, або урни з прахом до найближчого аеропорту/залізничної станції на території України при перевезенні авіаційним або залізничним транспортом та/або до державного кордону України при перевезенні автомобільним транспортом. Необхідною умовою для організації репатріації є надання близькими родичами померлої Застрахованої особи заяви-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи після перетинання кордону країни постійного місця проживання Застрахованої особи, а також надання Страховику належним чином оформлених документів, що підтверджують родинні зв'язки із Застрахованою особою. Страховик самостійно визначає вид транспорту, маршрут та строки репатріації.

Якщо перевезення тіла або останків, або урни з прахом здійснювалось автомобільним транспортом, витрати на перевезення до державного кордону України, що відшкодовуються Страховиком, розраховуються пропорційно до загальних витрат на перевезення автомобільним транспортом до місця поховання або іншого місця, визначеного близькими родичами.

3.3.6. Візит третьої особи у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі більше 10 днів

Якщо за медичними показниками, які визначені місцевим лікарем та підтверджені лікарем Сервісної компанії, життя Застрахованої особи перебуває під загрозою, її не може бути транспортовано через фізичний стан і її необхідно госпіталізувати на строк більше 10 днів під час дії Договору страхування, то для одного визначеного Застрахованою особою близького дієздатного родича, що постійно або тимчасово проживає в Україні, оплачується квиток з обслуговуванням в економічному класі повітряним, залізничним або іншим видом транспорту в обидві сторони. Страховик самостійно визначає вид транспорту, дату та маршрут перевезення.

3.3.7. Дострокове повернення Застрахованої особи до країни постійного місця проживання або в Україну (за вибором Страховика) у випадку смерті близького родича (оплата вартості квитків)

У випадку раптової смерті близького родичам, що підтверджується відповідними документами, Застрахованої особи, що вже знаходиться в подорожі, Страховик відшкодовує витрати на дострокове повернення Застрахованої особи до країни її постійного місця проживання або в Україну (за вибором Страховика), за умови надання Страховику Застрахованою особою невикористаного оригінального квитка, а саме Страховик відшкодовує вартість квитка з обслуговуванням в економічному класі (або аналогічному класі країни постійного місця проживання) повітряним, залізничним або іншим видом транспорту. Страховик самостійно визначає вид транспорту, дату та маршрут перевезення.

3.3.8. Евакуація дітей Застрахованої особи

Якщо із Застрахованою особою стався страховий випадок, передбачений умовами Договору страхування, внаслідок чого Застрахована особа госпіталізована, а діти у віці до 16 років (включно), що здійснюють подорож разом з нею, залишилися без нагляду дієздатного близького родича, який перебуває в тій країні, де настав страховий випадок з Застрахованою особою, то Сервісна компанія організовує, а Страховик оплачує витрати щодо їх дострокового повернення до місця їх постійного проживання. При необхідності Страховик організовує та оплачує витрати з надання супроводження дітям. Страховик відшкодовує вартість квитка з обслуговуванням в економічному класі (або аналогічному класі країни постійного місця проживання) повітряним, залізничним або іншим видом транспорту. Страховик самостійно визначає вид транспорту, дату та маршрут перевезення.

3.3.9. Заміщення Застрахованої особи

Якщо із Застрахованою особою, що знаходиться у службовому відрядженні, що підтверджується відповідними документами, стався страховий випадок, передбачений умовами Договору страхування, що призвело до госпіталізації у медичний заклад або Застрахована особа з інших причин, пов'язаних з настанням страхового випадку, не може продовжувати виконувати свої функції та цілі, щодо яких вона була направлена у відрядження за медичними показаннями (наприклад, не може бути присутньою на переговорах тощо), Сервісна компанія організовує, а Страховик відшкодовує витрати на проїзд в обидві сторони в економічному класі повітряним, залізничним або іншим видом транспорту для іншої особи, яка може замінити Застраховану особу для виконання таких функцій та цілей. Остаточне рішення щодо доцільності здійснення заміщення Застрахованої особи приймається Страховиком. Страховик самостійно визначає вид транспорту, дату та маршрут перевезення.

3.3.10. Передача термінових повідомлень

Якщо із Застрахованою особою стався страховий випадок, передбачений умовами Договору страхування, що призвело до госпіталізації, і Застрахована особа не має можливості зв'язатися з близькими родичами чи роботодавцем, Сервісна компанія у будь-який час доби передасть термінові повідомлення близьким родичам/роботодавцю або від близьких родичів/роботодавця Застрахованій особі.

3.3.11. Договором страхування може бути передбачено відшкодування Страховиком інших витрат на медичні та/або інші послуги у зв'язку з настанням страхового випадку, зазначених у Договорі страхування.».

1.5. Пункт 4.5 Розділу «4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ» Правил викласти в наступній редакції:

«4.5. Договором страхування можуть бути передбачені також обмеження щодо оплати певних видів медичної допомоги, обстежень та інших медичних маніпуляцій, медикаментозних засобів, а також інших послуг, що окремо визначаються в такому Договорі страхування.».

1.6. Доповнити Розділ «4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ» Правилами пунктами 4.7 - 4.11 у наступній редакції:

«4.7. Не підлягають відшкодуванню витрати, пов'язані з наданням послуг Застрахованій особі, з числа зазначених в п. 3.3 Правил, в наступних випадках, якщо інше не передбачено Договором страхування:

4.7.1. Якщо поїздку або подорож було здійснено з метою отримати лікування.

4.7.2. Якщо витрати пов'язані із загостренням захворювання, що попередні 6 місяців перед датою початку дії Договору страхування лікувалося чи вимагало лікування (обмеження не застосовується, якщо медична допомога була пов'язана із врятуванням життя, гострим болем або обов'язковим медичним втручанням для запобігання непрацездатності).

4.7.3. 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 лікаря відповідної кваліфікації, що здійснював лікування, щодо подорожі.

4.7.4. Якщо витрати пов'язані з будь-якими ускладненнями вагітності, ускладненнями, що були спричинені вагітністю, а також медичним та мимовільним абортom (за винятком змушеного переривання вагітності, що стало наслідком нещасного випадку або раптового захворювання).

4.7.5. Якщо витрати пов'язані з лікуванням вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень, які віднесені до XVII класу МКХ X перегляду; пренатальних пошкоджень та їх наслідків (в т.ч. дитячий церебральний параліч) .

4.7.6. Якщо витрати пов'язані з лікуванням хронічних захворювань та/або їх загострень; нещасного випадку, що є наслідком хронічного захворювання (обмеження не застосовується, якщо надані медичні послуги пов'язані з усуненням гострої небезпеки для життя Застрахованої особи).

4.7.7. Якщо витрати пов'язані з проявом або загостренням будь-якого психічного, психоневрологічного, психосоматичного захворювання, незалежно від його класифікації; Синдромом Гайе - Верніке (хвороба Верніке, енцефалопатія Верніке, верхній гострий геморагічний поліоенцефаліт Верніке); станами (захворюваннями та травмами), які сталися на фоні вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, спадкових захворювань; будь-якого ускладнення інвалідизуючого захворювання, з приводу якого буде встановлена Застрахованій особі група інвалідності до початку подорожі;

4.7.8. Якщо подія відбулася в результаті навмисного нараження себе на небезпеку (за виключенням спроби рятування людського життя), навмисного нанесення собі будь-яких ушкоджень, самогубства, замаху на самогубство чи відхилення від медичних приписів; виїзду або перебування Застрахованої особи в певній країні, якщо Міністерство закордонних справ України (або будь-який інший державний орган країни перебування Застрахованої особи) рекомендує утриматися від відвідання цієї країни, а тим Застрахованим особам, які вже перебувають у цій країні - залишити її територію; невиконання приписів і попереджень державних органів (в тому числі, але не виключно, рятувальних служб) про рекомендації або заборону здійснення будь-яких дій, або відвідування будь-яких місць на території перебування Застрахованої особи, або про рекомендації вжиття певних заходів та дій.

4.7.9. Якщо витрати пов'язані із захворюваннями, що передаються переважно статевим шляхом, венеричними захворюваннями, а також захворюваннями, що є їх наслідками, захворюваннями, викликаними або спровокованими СНІДом (синдромом набутого імунodefіциту) або ВІЛ (вірус імунodefіциту людини); наявності у Застрахованої особи СНІД/ВІЛ .

4.7.10. Якщо подія відбулася внаслідок авіаційної події, за винятком випадків, коли Застрахована особа була пасажиром авіаційного судна, що здійснювало регулярний або чартерний рейс, або членом екіпажу такого судна. Це виключення не застосовується щодо членів екіпажу, якщо згідно з умовами Договору страхування застосовується спеціальне застереження "Праця (фізична праця)", згідно з Додатком №2 до Правил.

4.7.11. Якщо витрати пов'язані з будь-яким протезуванням (в тому числі, але не виключно, ендопротезуванням, зубним й очним протезуванням).

4.7.12. Якщо витрати на медичні огляди та/або медичний догляд не пов'язані з раптовим захворюванням або травмою, та/або медичні або інші послуги не є обов'язковими для діагностики

та/або лікування, або якщо їх згідно з медичним висновком лікаря, який лікує Застраховану особу, та лікаря Сервісної компанії, можливо відкласти до повернення в Україну (країну місця постійного проживання).

4.7.13. Якщо витрати пов'язані з відновлювальною, лікувальною або оздоровчою фізіотерапією.

4.7.14. Якщо витрати пов'язані із проведенням профілактичної вакцинації, будь-якими медичними маніпуляціями, діагностичними дослідженнями, медикаментами, призначеними з профілактичною метою.

4.7.15. Якщо витрати пов'язані із онкологічними (доброякісними та злоякісними) захворюваннями та будь-якими їх ускладненнями.

4.7.16. Якщо витрати пов'язані з придбанням та/або ремонтом, встановленням допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, інгаляторів, протезів, милиць, інвалідних візків, тростин, вимірювальних приладів тощо).

4.7.17. Якщо витрати пов'язані з косметичною, реконструктивною, пластичною хірургією, операціями (зокрема, але не виключно, косметичної, реконструктивної, пластичної хірургії, операціями зв'язок, суглобів); лікуванням ожиріння або інших порушень обміну речовин; хірургічними втручаннями пов'язаними з трансплантацією органів та тканин (в тому числі при опіках), витрати на санаторно-курортне лікування (у тому числі санаторно-курортне лікування у зв'язку з діагнозом, витрати на лікування якого є предметом Договору страхування), в тому числі якщо таке лікування визначено лікарем як реабілітаційне лікування.

4.7.18. Якщо витрати пов'язані із засобами та методами лікування та діагностики, що не визначені рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

4.7.19. Якщо витрати пов'язані із операціями па серці та судинах, в тому числі ангіографія, ангіопластика, шунтування, стентування.

4.7.20. Якщо витрати пов'язані із лікуванням сонячного удару, сонячних опіків та інших гострих змін у шкіряному покриві, викликаних впливом ультрафіолетового опромінення, дерматитів, кропивниць та еритем, інших проявів алергічної реакції, крім негайної медичної допомоги для врятування життя.

4.8. Якщо інше не передбачено Договором страхування, не підлягають відшкодуванню витрати, пов'язані з наданням Застрахованій особі допомоги, якщо подія сталася 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 тощо. Факт настання форс-мажорних обставин підтверджується відповідними документами компетентних органів (Торгово-промислової палати тощо) та/або повідомленнями будь-яких офіційних органів, які були офіційно оприлюднені у засобах масової інформації (у тому числі, але не виключно, у мережі Інтернет).

4.9. Якщо інше не передбачено Договором страхування, не підлягають відшкодуванню витрати, пов'язані з наданням Застрахованій особі будь-якого виду послуг, з числа зазначених в п. 3.3 Правил:

4.9.1. Якщо Застрахована особа або особа, яка представляє її інтереси, не повідомила Сервісну компанію або Страховика про подію, що відбулася, та про витрати, понесені ним особисто.

Це обмеження не стосується тих випадків, якщо за Договором страхування було передбачено право Застрахованої особи на компенсацію витрат, які Застрахована особа могла здійснювати у зв'язку з настанням страхового випадку без звернення до Сервісної компанії або до Страховика, у межах, визначених в Договорі страхування.

4.9.2. Якщо мала місце будь-яка евакуація або транспортування з одного медичного закладу до іншого, яка не організувалася Сервісною компанією (або проведена без попереднього погодження із Сервісною компанією).

4.9.3. Якщо подія відбулася внаслідок участі Застрахованої особи у масових заворушеннях, повстаннях, бунтах, війнах, служби Застрахованої особи у будь-яких збройних силах або формуваннях.

4.9.4. Якщо подія відбулася при виконанні Застрахованою особою деяких видів робіт за наймом, за винятком випадків, коли в Договорі страхування застосовується відповідне спеціальне застереження "Праця (інтелектуальна праця)" або "Праця (фізична праця)". Перелік робіт, що вимагають застосування спеціального застереження "Праця (інтелектуальна праця)" або "Праця (фізична праця)" для того, щоб випадки при здійсненні таких робіт були визнані страховими згідно з умовами цих Правил, вказаний у Додатку №2 до Правил.

4.9.5. Якщо подія відбулася в результаті здійснення Застрахованою особою, Вигодонабувачем протиправних дій. Кваліфікація дій Застрахованої особи здійснюється відповідно до законодавства країни перебування Застрахованої особи, визначеної у Договорі страхування.

4.9.6. Якщо раптове захворювання або нещасний випадок сталися із Застрахованою особою під час впливу на її організм алкоголю, наркотичних, токсичних речовин та/або психотропних речовин, у тому числі, але не виключно, встановлення факту їх вживання безпосередньо до настання події та/або встановлення факту наявності цих речовин в організмі Застрахованої особи та/або встановлення місцевим лікарем клінічної картини сп'яніння без проведення лабораторних досліджень або під час перебування у стані алкогольного, наркотичного та/або токсичного сп'яніння та/або внаслідок вживання нею алкоголю, наркотичних речовин, токсичних речовин та/або психотропних речовин.

4.9.7. Якщо витрати, пов'язані з подією, мали місце до дати початку дії Договору страхування (періоду страхування) або після дати закінчення строку дії Договору страхування (періоду страхування).

4.9.8. Якщо подія відбулася за участі Застрахованої особи в деяких видах активного відпочинку (горні лижі, рафтинг, автоспорт, мотоспорт, дайвінг, стрибки з парашутом, дельтапланеризм, альпінізм, скелелазіння, сафарі, серфінг, катання на сноуборді, футбол, волейбол тощо) або під час пересування Застрахованої особи на мото-, вело транспорті та інших видах засобів пересування (наприклад, квадроцикл, сігвей, гіроборд тощо) або занятті професійним чи аматорським спортом, за винятком випадків, коли в Договорі страхування застосовується відповідне спеціальне застереження "Активний відпочинок" або "Спорт" із зазначенням відповідних видів активного відпочинку або спорту. Перелік видів активного відпочинку та видів спорту, що вимагають застосування спеціального застереження "Активний відпочинок" або "Спорт" для того, щоб випадки за участі в таких видах відпочинку та зайнятті такими видами спорту були визнані страховими згідно з умовами цих Правил, вказаний у Додатку №3 до Правил.

4.10. Договором страхування можуть бути передбачені інші витрати Страховальника чи Застрахованої особи, що не відшкодовуються за Договором страхування.

4.11. За Договором страхування не підлягають відшкодуванню моральна шкода та непрямі збитки (витрати і збитки через неможливість працювати, брати участь в подорожі, екскурсії, проводити відпустку за кордоном, за бронювання квитків і місць у готелях тощо).».

1.7. Пункт 5.1 Розділу «5. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ» Правил викласти в наступній редакції:

«5.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою сторін та визначається в Договорі страхування.».

1.8. Розділ «5. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ» Правил доповнити пунктами 5.3 – 5.7. у наступній редакції:

«5.3. Договір страхування може бути укладений на одній з наступних умов:

- «На одну подорож» - щодо здійснення однієї поїздки або подорожі, при цьому максимальна тривалість однієї поїздки (подорожі) складає 365 днів;

- «На необмежену кількість подорожей протягом зазначеного у Договорі страхування періоду страхування (надалі – «MultiTravel»);

- на іншій умові за згодою сторін Договору страхування, передбаченій Договором страхування.

При страхуванні на умові «MultiTravel» Договором страхування можуть бути передбачені обмеження щодо максимальної тривалості окремої поїздки або подорожі, здійснюваних Застрахованою особою протягом строку дії Договору страхування. При цьому строки здійснення таких поїздок або подорожей підтверджуються відповідними відмітками уповноважених службових осіб прикордонної служби в закордонному паспорті Застрахованої особи або іншими документами компетентних органів відповідно до умов Договору страхування.

5.4. Договором страхування може бути передбачено, що зобов'язання Страховика щодо визнання випадків страховими та/або здійснення страхових виплат за страховими випадками, що передбачені умовами Договору страхування, виникають (залежно від умов Договору страхування):

- в момент перетинання Застрахованою особою державного кордону України при виїзді, але не раніше, ніж з 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати набрання чинності Договором страхування;

- о 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати, зазначеної в Договорі страхування як дата набрання чинності Договором страхування;

- в момент посадки в транспортний засіб (приміський або міжміський автобус, електричку, потяг, літак тощо), з метою розпочати заплановану подорож (поїздку), але не раніше, ніж з 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати набрання чинності Договором страхування;

- в інший момент, зазначений в Договорі страхування.

5.5. Договором страхування може бути передбачено, що зобов'язання Страховика щодо визнання випадків страховими та/або здійснення страхових виплат за страховими випадками, що передбачені умовами Договору страхування, припиняються (залежно від умов Договору страхування):

- в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при в'їзді на територію країни постійного місця проживання або на територію України, але не пізніше, ніж о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дати, вказаної в Договорі страхування як дата закінчення дії Договору страхування;

- о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дати, зазначеної в Договорі страхування як дата закінчення дії Договору страхування;

- в момент висадки з транспортного засобу (приміського або міжміського автобусу, електрички, потягу, літака тощо), з метою завершити здійснену подорож (поїздку), але не пізніше, ніж о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дати, вказаної в Договорі страхування як дата закінчення дії Договору страхування;

- в інший момент, зазначений в Договорі страхування.

5.6. У випадку, якщо в момент закінчення строку дії Договору страхування Застрахована особа не може закінчити поїздку або подорож та повернутися до місця постійного проживання 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 Застрахованій особі, але в будь-якому разі не більше, ніж протягом 2 (двох) тижнів з моменту, зазначеного в Договорі страхування як дата закінчення строку дії такого Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.7. Якщо інше не передбачено Договором страхування, Договір страхування не діє:

5.7.1. В зонах збройних конфліктів та на території країн, які знаходяться під наглядом або санкціями ООН, території воєнного або збройного конфлікту або будь-якої місцевості, що підконтрольна терористам, незаконним збройним формуванням тощо, інших окупованих територій, території населеного пункту, де органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження, території невизнаних Україною в установленому порядку держав.

5.7.2. В зонах епідемій за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).»

1.9. Пункт 6.2 Розділу «6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВІ ПРЕМІЇ» Правил викласти у наступній редакції:

«6.2. Страхова премія (страховий платіж) розраховується Страховиком відповідно до базових страхових тарифів, наведених у Додатку №1 до Правил, з урахуванням віку застрахованої особи, місця дії Договору страхування (країни здійснення поїздки або подорожі), мети здійснення поїздки або подорожі (навчання, пляжний відпочинок, праця (інтелектуальна), праця (фізична), активні види відпочинку або спорту тощо), строку дії Договору страхування та інших умов страхування та зазначається у Договорі страхування.»

1.10. Пункти 7.1 - 7.3 розділу «7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ» Правил викласти в наступній редакції:

«7.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову Заяву на страхування за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

7.2. У випадку, якщо Договір страхування укладається на підставі письмової заяви Страхувальника, в ній зазначаються всі істотні та відомі Страхувальнику обставини, що мають відношення до предмету Договору страхування та оцінки ступеня страхового ризику. Подана Страхувальником Заява на страхування не зобов'язує Страховика та Страхувальника укласти Договір страхування. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин відмови.

При укладанні Договору страхування Страхувальник зобов'язаний письмово повідомити Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику. Істотними є такі обставини, що можуть мати вплив на рішення Страховика щодо укладання Договору страхування взагалі або щодо укладання Договору страхування на погоджених із Страхувальником умовах.

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

Договором страхування може бути передбачений порядок та умови проходження медичного огляду Застрахованих осіб при укладанні Договору страхування для оцінки ступеня страхового ризику.

7.3. Договір страхування укладається до початку подорожі (поїздки), якщо інше не передбачено Договором страхування. У випадку настання подій, що сталися за Договором страхування, який було укладено після початку подорожі (поїздки), Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати.»

1.11. Розділ «7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ» Правил доповнити пунктом 7.6 у наступній редакції:

«7.6. Договір страхування укладається у письмовій формі. Відповідно до законодавства України Договір страхування вважається таким, що укладений у письмовій формі, якщо його зміст зафіксований в одному або кількох документах (у тому числі електронних), у листах, телеграмах, якими обмінялися сторони. Якщо сторони домовилися укласти електронний Договір страхування у порядку, передбаченому законодавством України, він вважається таким, що за правовими наслідками прирівнюється до Договору страхування, укладеного у письмовій формі. Порядок укладання електронних Договорів страхування затверджується Страховиком відповідно до Законів України «Про електронні довірчі послуги», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронну комерцію», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» та інших законодавчих і підзаконних актів України.»

1.12. Підпункт 8.2.1 пункту 8.2 розділу «8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ПО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ» Правил викласти в наступній редакції:

«8.2.1. При укладанні Договору надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (наявність групи інвалідності або підготовка документів для отримання групи інвалідності, знаходження на диспансерному обліку, будь-яка інша інформація про стан здоров'я, яка може бути пов'язаною з ймовірним настанням страхового випадку, вік, рід занять Застрахованої особи, мета подорожі

тощо), і надалі письмово інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику протягом 2 (двох) робочих днів з дати настання таких змін або обставин, якщо інший строк не передбачений Договором страхування.»

1.13. Пункт 8.2 розділу «8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ПО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ» Правил доповнити підпунктами 8.2.6 - 8.2.12 у наступній редакції:

«8.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк та в формі, що передбачені умовами Договору страхування.

8.2.7. Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору страхування та Правилами.

8.2.8. Виконувати обов'язки, передбачені умовами Договору страхування та Правилами.

8.2.9. При зміні обставин, що істотно впливають на ступінь страхового ризику, протягом 2 (двох) робочих днів, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, повідомити про це в письмовій формі Страховика для прийняття останнім рішення про подальшу дію Договору страхування.

8.2.10. Надати на вимогу Страховика будь-яку необхідну інформацію (у тому числі додаткові пояснення) для встановлення факту настання страхового випадку та/або визначення суми страхової виплати, в тому числі, але не виключно, підтвердити документально дату початку перебування Застрахованої особи в країні дії Договору страхування.

8.2.11. Надати Страховику повноваження на одержання будь-якої необхідної інформації та документів від третіх осіб (лікарів, закладів охорони здоров'я всіх видів, інших страхових організацій, інших третіх осіб, які надавали послуги Застрахованій особі або володіють інформацією про подію, що сталася), у тому числі відомостей, що становлять таємницю про стан здоров'я Застрахованої особи/ лікарську таємницю/ інформацію з обмеженим доступом/ комерційну таємницю, а також надати Страховику згоду на отримання такої інформації від третіх осіб (правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ і організацій тощо), що володіють інформацією про обставини страхового випадку.

8.2.12. Повернути Страховику отриману страхову виплату або її відповідну частину, якщо після здійснення страхової виплати виявиться така обставина, що за законом та/або Правилами та/або відповідно до умов Договору страхування цілком або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу), Вигодонабувача або спадкоємців права на страхову виплату.»

1.14. Підпункти 8.3.5 - 8.3.9 пункту 8.3 Розділу «8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ПО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ» Правил викласти в наступній редакції:

«8.3.5. Направляти запити до Страхувальника (Застрахованої особи), Вигодонабувача або спадкоємців про надання документів та інформації (у тому числі додаткові пояснення), що підтверджують факт, причини та/або обставини страхового випадку та/або розмір заподіяної шкоди, у тому числі відомості, що становлять таємницю про стан здоров'я Застрахованої особи/ лікарську таємницю/ інформацію з обмеженим доступом/ комерційну таємницю.

8.3.6. У випадку зміни обставин, що істотно впливають на ступінь страхового ризику, вимагати від Страхувальника внесення додаткового страхового платежу, а у випадку відмови Страхувальника – вимагати дострокового припинення дії Договору страхування.

8.3.7. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, при необхідності направляти запити у компетентні органи та іншим третім особам, що володіють інформацією, про надання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди, у тому числі відомості, що становлять таємницю про стан здоров'я Застрахованої особи/ лікарську таємницю/ інформацію з обмеженим доступом/ комерційну таємницю.

8.3.8. Відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті у випадках, передбачених п. 12.3 Правил.

8.3.9. Вимагати повернення Страхувальником (Застрахованою особою), Вигодонабувачем або спадкоємцями отриманої страхової виплати або її відповідної частини, якщо після здійснення страхової виплати виявиться така обставина, що за законом та/або Правилами та/або відповідно

до умов Договору страхування цілком або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу), Вигодонабувача або спадкоємців права на страхову виплату.».

1.15. Розділ «9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ» викласти в наступній редакції:

«9.1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, внаслідок якої у Застрахованої особи виникає потреба в отриманні медичних послуг та/або додаткових послуг, забезпечення надання яких передбачене Договором страхування, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

9.1.1. Перш, ніж вжити будь-які дії, що пов'язані з оплатою медичних витрат або із організацією та оплатою всіх інших видів послуг, передбачених умовами Договору страхування, Страхувальник, Застрахована особа або особа, яка представляє їх інтереси, зобов'язаний протягом 12 (дванадцяти) годин з моменту настання події, що може бути визнана страховим випадком, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, звернутися в будь-який час доби до Сервісної компанії або Страховика у спосіб, передбачений Договором страхування, та:

9.1.1.1. Вказати повністю своє прізвище, ім'я, номер і строк дії Договору страхування.

9.1.1.2. Вказати, ким він (вона) є: Страхувальником, Застрахованою особою або особою, яка представляє їх інтереси.

9.1.1.3. Вказати місце, де Застрахована особа знаходиться (країна, місто, готель тощо) та номер телефону, за яким з нею може зв'язатися представник Сервісної компанії або Страховика (якщо Застрахована особа знаходиться у медичному закладі - адресу та номер телефону медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога, а також прізвище, ім'я, адресу та номер телефону лікаря, який її лікує).

9.1.1.4. Надати інформацію щодо причин та обставин події, що може бути визнана страховим випадком, та характеру необхідної допомоги.

9.1.1.5. Надати іншу інформацію, запитану Сервісною компанією або Страховиком.

9.1.2. Якщо Застрахована особа не мала можливості повідомити Сервісну компанію або Страховика про подію, що може бути визнана страховим випадком, з поважних причин (перебування у стані непритомності, амнезії тощо), то після припинення цих обставин Застрахована особа зобов'язана повідомити Сервісну компанію або Страховика протягом 12 (дванадцяти) годин, якщо інший строк не передбачений Договором страхування. Причини вважаються поважними, якщо вони підтвержені документами, виданими компетентними органами, та визнані поважними Страховиком. Зазначені дії від імені Страхувальника (Застрахованої особи) може здійснити третя особа (родич, співробітник Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо).

9.1.3. Погоджувати зі Страховиком або Сервісною компанією всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі настання події, що може бути визнана страховим випадком; виконувати всі розпорядження та/чи рекомендації Страховика та/або Сервісної компанії щодо дій в разі настання події, що може бути визнана страховим випадком.

9.1.4. Звільнити третіх осіб від обов'язків щодо нерозголошення відомостей, що становлять таємницю про стан здоров'я Застрахованої особи/ лікарську таємницю/ інформацію з обмеженим доступом/ комерційну таємницю, на вимогу Страховика надати таким третім особам необхідні повноваження для надання Страховику будь-якої інформації, пов'язаної з подією, що сталася, від третіх осіб (лікарів, закладів охорони здоров'я всіх видів, інших страхових організацій, інших третіх осіб, які надавали послуги Застрахованій особі або володіють інформацією про подію, що сталася).

9.1.5. Проходити лікування за призначенням лікаря, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога.

9.1.6. Достовірно інформувати лікаря та персонал медичного закладу, а також Страховика та/або Сервісну компанію, про стан свого здоров'я та наявні ризики його погіршення.

9.1.7. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком у зв'язку з розладом здоров'я внаслідок хвороби, - за вимогою медичного персоналу здати аналіз крові та/або сечі на вміст алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин на момент звернення до медичного закладу або госпіталізації; при настанні події, що може бути визнана страховим випадком у зв'язку з травмуванням внаслідок нещасного випадку, - здати аналіз крові та/або сечі на вміст алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин не пізніше, ніж через 2 (дві) години після травмування в результаті нещасного випадку.

9.1.8. Не вживати алкоголь, наркотичні та/або токсичні речовини після настання події, що може бути визнана страховим випадком, до проведення аналізу крові та/або сечі на вміст алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин.

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 повідомлення Страховика або його представника не є обов'язковим.

9.3. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші обов'язки Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні події, що може бути визнана страховим випадком. Договором страхування може бути передбачений інший порядок дій Страхувальника (Застрахованої особи) у разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, внаслідок якої у Застрахованої особи виникає потреба в отриманні медичних послуг та/або додаткових послуг, забезпечення надання яких передбачене Договором страхування.»

1.16. Розділ «10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ, ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ» Правил викласти у наступній редакції:

«10.1. Для підтвердження настання страхового випадку та розміру збитків (медичних та додаткових витрат, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку), Страхувальник (Застрахована особа), Вигодонабувач або спадкоємці зобов'язані надати Страховику наступні документи:

10.1.1. Письмова заява на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком.

10.1.2. Документи що ідентифікують особу одержувача страхової виплати - паспорт та реєстраційний номер ОКПП.

10.1.3. Документи, що підтверджують дату (-и) та час перетинання Застрахованою особою державного кордону України при виїзді та дату (-и) та час перетинання Застрахованою особою державного кордону при в'їзді на територію України або на територію країни постійного місця проживання.

Якщо Договір укладений на умові MultiTravel, що зазначається в Договорі страхування, Страхувальник (Застрахована особа), Вигодонабувач або спадкоємці зобов'язані надати Страховику документи, що підтверджують усі факти перетинання Застрахованою особою державного кордону України при виїзді та в'їзді на територію України або на територію країни постійного місця проживання протягом строку дії Договору страхування для підтвердження періоду перебування Застрахованої особи в країні дії Договору страхування протягом строку дії Договору страхування.

10.1.4. Договір страхування.

10.1.5. Звіт лікаря із зазначенням діагнозу, анамнезу захворювання, скарг Застрахованої особи, дати звернення, тривалості лікування та даними про результати функціонального і лабораторного обстеження та окремі лікувальні процедури та призначені лікарські засоби.

10.1.6. Документи, що підтверджують здійснення оплати за товари та надані послуги (квитанції, чеки тощо) місцевого лікаря/медичного закладу/спеціалізованого транспорту (оригінали), з деталізацією придбаних товарів та наданих послуг, в тому числі деталізацією щодо маршруту, відстані та вартості одного кілометра перевезення при перевезенні автомобільним транспортом у разі надання послуг, передбачених п.п 3.3.4, 3.3.5 Правил, та документи, що підтверджують необхідність використання даної послуги.

10.1.7. Рецепти з найменуванням призначених Застрахованій особі медикаментів, завірені печаткою відповідного лікаря або медичного закладу та документи, що підтверджують

здійснення їх оплати Застрахованою особою (квитанції, чеки тощо), з зазначенням вартості кожного придбаного медикаменту (оригінали).

10.1.7. Медичні документи, що містять інформацію про вміст алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин у крові та/або сечі Застрахованої особи на момент звернення до медичного закладу або госпіталізації.

10.1.8. Інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та його наслідки, на запит Страховика, враховуючи особливості конкретного страхового випадку.

10.2. Договором страхування можуть бути передбачені інші документи, які Страхувальник (Застрахована особа), Вигодонабувач або спадкоємці зобов'язані надати Страховику для підтвердження настання страхового випадку та розміру збитків.

10.3. Документи, зазначені розділом 10 Правил, Страхувальник (Застрахована особа), Вигодонабувач зобов'язані надати Страховику не пізніше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після закінчення подорожі (поїздки), протягом якої відбулася подія, що може бути визнана страховим випадком, а у випадку смерті Застрахованої особи - спадкоємці Застрахованої особи не пізніше 7 (семи) місяців з моменту настання події, що може бути визнана страховим випадком, якщо інші строки не передбачені умовами Договору страхування.

10.4. Документи, складені іноземною мовою повинні підтверджуватися наданням нотаріально засвідченого перекладу. Витрати на збір документів та їх переклад оплачує Страхувальник (Застрахована особа), Вигодонабувач або спадкоємці.

10.5. Ненадання або несвочасне надання Страхувальником (Застрахованою особою), Вигодонабувачем або спадкоємцями документів, передбачених розділом 10 Правил, вважається простроченням кредитора згідно зі ст. 613 Цивільного кодексу України.

10.6. Прострочення Страховика не настає, якщо зобов'язання не може бути виконане Страховиком внаслідок прострочення кредитора.».

1.17. Пункти 11.1, 11.2 Розділу «11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ» Правил викласти у наступній редакції:

«11.1. Розмір страхової виплати визначається Страховиком або його представником виходячи з вартості фактично наданих Застрахованій особі медичних та/або інших послуг, передбачених Договором страхування, в межах страхової суми та лімітів відповідальності, встановлених Договором страхування, з урахуванням франшизи (якщо вона встановлена у Договорі страхування) та інших умов Договору страхування.

11.2. Страхова виплата здійснюється на підставі документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитку та інших документів, передбачених Договором страхування відповідно до розділу 10 Правил:

11.2.1. Перерахуванням грошових коштів на банківський рахунок Сервісної компанії – у разі, якщо медичні та/або інші послуги надавались Застрахованій особі за допомогою Сервісної компанії;

11.2.2. Перерахуванням грошових коштів на банківський рахунок медичного або іншого закладу, який за згодою Страховика надав послуги, оплата вартості яких передбачена Договором страхування;

11.2.3. Страхувальнику (Застрахованій особі) – у разі, якщо Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатив вартість медичних та/або інших послуг, оплата вартості яких передбачена Договором страхування, або зазначені витрати здійснила третя особа.».

1.18. Розділ «12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ» Правил викласти у наступній редакції:

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

12.1. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у здійсненні страхової виплати шляхом складання Страхового акту протягом 15 (п'ятнадцяти)

робочих днів з моменту одержання від Страхувальника (Застрахованої особи), Вигодонабувача або спадкоємців усіх необхідних документів згідно з Розділом 10 Правил.

12.2. У випадку прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати, страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту складання Страхового акту.

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

12.3.1. У разі наявності обґрунтованих сумнівів у правомірності вимог на одержання Страхувальником (Застрахованою особою), Вигодонабувачем або спадкоємцями страхової виплати або кваліфікації події “страховий випадок” або “не страховий випадок”, - до моменту отримання необхідних доказів, але не більше, ніж на 6 (шість) місяців з дня отримання Заяви на страхову виплату та всіх необхідних документів, передбачених Договором страхування.

12.3.2. Якщо відповідними органами внутрішніх справ відносно Страхувальника (Застрахованої особи), Вигодонабувача або спадкоємців або за фактом події внесено відомості до Єдиного реєстру досудових розслідувань і ведеться розслідування обставин події або будь-яких неправомірних дій сторін при укладанні Договору страхування - не більше, ніж на строки, передбачені Кримінальним процесуальним кодексом України для досудового і судового закінчення розслідування і розгляду кримінального провадження.

12.3.3. Якщо Страхувальник (Застрахована особа), Вигодонабувач або спадкоємці надав документи, які необхідні для прийняття рішення про здійснення страхової виплати, оформлені з порушенням діючих норм (відсутні номер, печатка або дата, наявність виправлень) або якщо такі документи містять недостовірну інформацію щодо часу, причин, обставин події та розміру заподіяної шкоди, - до усунення таких порушень, але не більше, ніж на 6 (шість) місяців з дня отримання Заяви на страхову виплату та всіх необхідних документів, передбачених Договором страхування.

12.3.4. В інших випадках, передбачених Договором страхування, - не більше, ніж на 6 (шість) місяців з дня отримання Заяви на страхову виплату та всіх необхідних документів, передбачених Договором страхування.

12.4. Якщо в період відстрочення прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати виявиться інша підстава для відстрочення прийняття рішення з переліку, передбаченого п. 12.3 Правил, Страховик має право застосувати таку підставу та загальний строк відстрочення прийняття рішення продовжується на відповідні строки, передбачені п. 12.3 Правил.

12.5. При відмові або відстроченні здійснення страхової виплати Страховик повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу/ особу, яка здійснила витрати) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови або відстрочення протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання всіх необхідних документів згідно з Розділом 10 Правил.»

1.19. Пункт 13.2 Розділу «13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ» Правил викласти у наступній редакції:

«13.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечать законодавству України, зокрема, але не виключно:

13.2.1. Застрахована особа відмовилася від обстеження довіреним лікарем Страховика.

13.2.2. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач або спадкоємці) не виконав своїх обов'язків, передбачених умовами Договору страхування та Правилами.

13.2.3. Страхувальник письмово не повідомив Страховику при укладанні Договору страхування про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або повідомив Страховику свідомо неправдиві відомості про такі обставини.

13.2.4. Страхувальник не повідомив або несвоєчасно повідомив Страховика про зміну обставин, що істотно впливають на ступінь страхового ризику згідно умовами Договору страхування та Правилами.

13.2.5. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, спадкоємці) не надав

Страховику документи та інформацію (у тому числі додаткові пояснення), що підтверджують факт, причини та обставини страхового випадку та розмір заподіяної шкоди, у тому числі відомості, що становлять таємницю про стан здоров'я Застрахованої особи/ лікарську таємницю/ інформацію з обмеженим доступом/ комерційну таємницю, або не надав Страховику згоду на отримання такої інформації від третіх осіб (правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ і організацій тощо), що володіють інформацією про обставини страхового випадку.

13.2.6. Інші підстави, які не суперечать законодавству України.»

1.20. Розділ «14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ» Правил викласти у наступній редакції:

«14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

14.1.1. Закінчення строку його дії.

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

14.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки.

14.1.4. 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».

14.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

14.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

14.1.7. 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 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 страхування та законодавством України.

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

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 страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних сум страхових виплат, 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 страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних сум страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

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

14.4. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених законодавством України, а також у випадку, якщо його укладено після настання страхового випадку.

14.5. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку згідно з чинним законодавством України.

14.6. Всі зміни та доповнення до Договору страхування приймаються за згодою сторін у письмовій формі шляхом укладання додаткових договорів до Договору страхування, що є його невід'ємною частиною.».

1.21. Пункти 16.1, 16.2 Розділу «16. ЗБІЛЬШЕННЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ» Правил викласти у наступній редакції:

«16.1. До обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику при укладанні Договору страхування належать наступні обставини:

1) Застрахована особа на дату укладання Договору страхування була визнана у встановленому законодавством порядку недієздатною, знаходилась на освідченні МСЕК, перебувала на обліку в наркологічних, психоневрологічних та інших диспансерах, хворіла на СНІД або була ВІЛ – інфікована, мала інвалідність будь-якої групи з будь-якої причини (категорію “дитина з інвалідністю” або “дитина з інвалідністю підгрупи А”), знаходилась на стаціонарному лікуванні, мала психічну хворобу або онкологічну хворобу.

2) Вік Застрахованої особи.

3) Мета подорожі.

4) Країна здійснення подорожі.

5) Інші обставини, передбачені Договором страхування та/або Заявою на страхування.

Якщо Страхувальник письмово не повідомив Страховика при укладанні Договору страхування про обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику з наступного переліку: Застрахована особа на дату укладання Договору страхування була визнана у встановленому законодавством порядку недієздатною, знаходилась на освідченні МСЕК, перебувала на обліку в наркологічних, психоневрологічних та інших диспансерах, хворіла на СНІД або була ВІЛ – інфікована, мала інвалідність будь-якої групи з будь-якої причини (категорію “дитина з інвалідністю” або “дитина з інвалідністю підгрупи А”), знаходилась на стаціонарному лікуванні, мала психічну хворобу або онкологічну хворобу, або повідомив Страховика свідомо неправдиві відомості про такі обставини при укладанні Договору страхування, Договір страхування вважається не укладеним.

16.2. При зміні обставин, що істотно впливають на ступінь страхового ризику, Страхувальник зобов'язаний протягом 2 (двох) робочих днів (якщо інший строк не передбачений Договором страхування) повідомити про це в письмовій формі Страховика для прийняття останнім рішення про подальшу дію Договору страхування.

У випадку зміни обставин, що істотно впливають на ступінь страхового ризику, Страховик має право вимагати від Страхувальника внесення додаткового страхового платежу, а у випадку відмови Страхувальника – вимагати дострокового припинення дії Договору страхування.

Договором страхування за згодою сторін може бути передбачений інший порядок взаємодії сторін при зміні ступеня страхового ризику.»

1.22. Додаток №1 до Правил викласти у новій редакції, що зазначена у Додатку №1 до цих Змін №2 до Правил.

1.23. Додаток №2 до Правил викласти у новій редакції, що зазначена у Додатку №2 до цих Змін №2 до Правил.

1.24. Додаток №3 до Правил викласти у новій редакції, що зазначена у Додатку №3 до цих Змін №2 до Правил.

1.25. Виключити Додатки 4-6 з тексту Правил.

2. Всі інші положення Правил залишаються незмінними.

Додаток №1
до Змін №2 до Правил добровільного страхування медичних витрат,
зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових
послуг України 03.06.2010 р. за № 2110361

Додаток №1
до Правил добровільного страхування медичних витрат

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Базові страхові тарифи при страхуванні на умовах наступного набору послуг (Програма страхування S (Standard)) при здійсненні подорожі (поїздки) за межами території України:

Перелік послуг, відшкодування витрат на які передбачено Програмою страхування
Невідкладна (ургентна) стаціонарна допомога
Медичне транспортування (репатріація) у випадку хвороби (травми)
Репатріація у випадку смерті

Страхова сума, EUR/USD	Базові страхові тарифи за один день дії Договору страхування при зазначеному загальному строку дії Договору страхування, % від страхової суми						
	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	0,00508	0,00452	0,00395	0,00339	0,00282	0,00268	0,00254
10 000	0,00266	0,00237	0,00207	0,00177	0,00148	0,00140	0,00133
20 000	0,00145	0,00129	0,00113	0,00097	0,00081	0,00077	0,00073
30 000	0,00101	0,00090	0,00078	0,00067	0,00056	0,00053	0,00050
50 000	0,00163	0,00145	0,00127	0,00109	0,00091	0,00086	0,00082
понад 50 000	0,00326	0,00290	0,00254	0,00218	0,00182	0,00172	0,00164

Програма страхування Standard (S) на умові MultiTravel

Страхова сума, EUR/USD	Базові страхові тарифи за один день дії Договору страхування при зазначеному загальному строку дії Договору страхування та зазначеній кількості днів подорожі (поїздки), % від страхової суми			Базові страхові тарифи в цілому за Договором страхування, % від страхової суми			
	Строк дії Договору страхування - 60 днів, кількість днів подорожі (поїздки)			Строк дії Договору страхування - 90 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 30	Строк дії Договору страхування - 82 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 60	Строк дії Договору страхування - 182 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 90	Строк дії Договору страхування - 365 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 182
	від 1 до 10 днів	від 11 до 15 днів	від 16 до 30 днів				
5 000	0,00508	0,00452	0,00395	0,11860	0,18280	0,20320	0,34160
10 000	0,00266	0,00237	0,00207	0,06210	0,09580	0,10640	0,17890
20 000	0,00120	0,00129	0,00113	0,03385	0,05225	0,05805	0,09760
30 000	0,00101	0,00090	0,00078	0,02353	0,03630	0,04033	0,06777
50 000	0,00163	0,00145	0,00127	0,03810	0,05878	0,06532	0,10980
понад 50 000	0,00326	0,0029	0,00254	0,0762	0,11756	0,13064	0,2196

2. Базові страхові тарифи при страхуванні на умовах наступного набору послуг (Програма страхування С (Classic)) при здійсненні подорожі (поїздки) за межами території України:

Перелік послуг, відшкодування витрат на які передбачено Програмою страхування
Невідкладна (ургентна) стаціонарна допомога
Невідкладна амбулаторна допомога
Медичне транспортування (репатріація) у випадку хвороби (травми)
Репатріація у випадку смерті
Невідкладна стоматологічна допомога

Страхова сума, EUR/USD	Базові страхові тарифи за один день дії Договору страхування при зазначеному загальному строку дії Договору страхування, % від страхової суми						
	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	0,00798	0,00710	0,00621	0,00532	0,00444	0,00421	0,00399
10 000	0,00418	0,00372	0,00325	0,00279	0,00232	0,00221	0,00209
20 000	0,00228	0,00203	0,00177	0,00152	0,00127	0,00120	0,00114
30 000	0,00158	0,00141	0,00123	0,00106	0,00088	0,00084	0,00079
50 000	0,00257	0,00228	0,00200	0,00171	0,00143	0,00135	0,00128
понад 50 000	0,00514	0,00456	0,00400	0,00342	0,00286	0,00270	0,00256

Програма страхування Classic (C) на умові MultiTravel

Страхова сума, EUR/USD	Базові страхові тарифи за один день дії Договору страхування при зазначеному загальному строку дії Договору страхування та зазначеній кількості днів подорожі (поїздки), % від страхової суми			Базові страхові тарифи в цілому за Договором страхування, % від страхової суми			
	Строк дії Договору страхування - 60 днів, кількість днів подорожі (поїздки)			Строк дії Договору страхування - 90 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 30	Строк дії Договору страхування - 182 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 60	Строк дії Договору страхування - 182 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 90	Строк дії Договору страхування - 365 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 182
	від 1 до 10 днів	від 11 до 15 днів	від 16 до 30 днів				
5 000	0,00798	0,00710	0,00621	0,18620	0,28740	0,31940	0,53680
10 000	0,00418	0,00372	0,00325	0,09760	0,15050	0,16730	0,28120
20 000	0,00228	0,00203	0,00177	0,05320	0,08210	0,09125	0,15335
30 000	0,00158	0,00141	0,00123	0,03697	0,05703	0,06337	0,10650
50 000	0,00257	0,00228	0,01400	0,05988	0,09238	0,10264	0,17254
понад 50 000	0,00514	0,00456	0,02800	0,11976	0,18476	0,20528	0,34508

3. Базові страхові тарифи при страхуванні на умовах наступного набору послуг (Програма страхування G (Gold)) при здійсненні подорожі (поїздки) за межами території України:

Перелік послуг, відшкодування витрат на які передбачено Програмою страхування
Невідкладна (ургентна) стаціонарна допомога
Невідкладна амбулаторна допомога
Медичне транспортування (репатріація) у випадку хвороби (травми)
Репатріація у випадку смерті
Невідкладна стоматологічна допомога
Передача термінових повідомлень
Дострокове повернення Застрахованої особи до країни постійного місця проживання або в Україну (за вибором Страховика) у випадку смерті близького родича (оплата вартості квитків)

Страхова сума, EUR/USD	Базові страхові тарифи на один день дії Договору страхування при зазначеному загальному строку дії Договору страхування, % від страхової суми						
	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	0,01306	0,01161	0,01016	0,00871	0,00726	0,00689	0,00653
10 000	0,00684	0,00608	0,00532	0,00456	0,00380	0,00361	0,00342
20 000	0,00373	0,00332	0,00290	0,00249	0,00207	0,00197	0,00187
30 000	0,00259	0,00230	0,00202	0,00173	0,00144	0,00137	0,00130
50 000	0,00420	0,00373	0,00327	0,00280	0,00233	0,00222	0,00210
понад 50 000	0,00840	0,00746	0,00654	0,00560	0,00466	0,00444	0,00420

Програма страхування G (Gold) на умові MultiTravel

Страхова сума, EUR/USD	Базові страхові тарифи за один день дії Договору страхування при зазначеному загальному строку дії Договору страхування та зазначеній кількості днів подорожі (поїздки), % від страхової суми			Базові страхові тарифи в цілому за Договором страхування, % від страхової суми			
	Строк дії Договору страхування - 60 днів, кількість днів подорожі (поїздки)			Строк дії Договору страхування - 90 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 30	Строк дії Договору страхування - 182 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 60	Строк дії Договору страхування - 82 дні, кількість днів подорожі (поїздки) - 90	Строк дії Договору страхування - 365 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 182
	від 1 до 10 днів	від 11 до 15 днів	від 16 до 30 днів				
5 000	0,01306	0,01161	0,01016	0,30480	0,47020	0,52260	0,87840
10 000	0,00684	0,00608	0,00532	0,15970	0,24630	0,27370	0,46010
20 000	0,00373	0,00332	0,00290	0,08710	0,13435	0,14930	0,25095
30 000	0,00259	0,00230	0,00202	0,06047	0,09330	0,10367	0,17427
50 000	0,00420	0,00273	0,00327	0,09798	0,15116	0,16796	0,28234
понад 50 000	0,00840	0,00546	0,00654	0,19596	0,30232	0,33592	0,56468

4. Базові страхові тарифи при страхуванні на умовах наступного набору послуг (Програма страхування Р (Platinum)) при здійсненні подорожі (поїздки) за межами території України:

Перелік послуг, відшкодування витрат на які передбачено Програмою страхування
Невідкладна (ургентна) стаціонарна допомога
Невідкладна амбулаторна допомога
Медичне транспортування (репатріація) у випадку хвороби (травми)
Репатріація у випадку смерті
Невідкладна стоматологічна допомога
Передача термінових повідомлень
Дострокове повернення Застрахованої особи до країни постійного місця проживання або в Україну (за вибором Страховика) у випадку смерті близького родича (оплата вартості квитків)
Евакуація дітей Застрахованої особи
Візит третьої особи у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі більше 10 днів
Заміщення Застрахованої особи

Страхова сума, EUR/USD	Базові страхові тарифи за один день дії Договору страхування при зазначеному загальному строку дії Договору страхування, % від страхової суми						
	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	0,02032	0,01806	0,01581	0,01355	0,01129	0,01073	0,01016
10 000	0,01064	0,00946	0,00828	0,00710	0,00591	0,00562	0,00532
20 000	0,00581	0,00516	0,00452	0,00387	0,00323	0,00306	0,00290
30 000	0,00403	0,00358	0,00314	0,00269	0,00224	0,00213	0,00202
50 000	0,00653	0,00581	0,00508	0,00435	0,00363	0,00345	0,00327
понад 50 000	0,01306	0,01162	0,01016	0,00870	0,00726	0,00690	0,00654

Програма страхування Platinum на умові MultiTravel

Страхова сума, EUR/USD	Базові страхові тарифи за один день дії Договору страхування при зазначеному загальному строку дії Договору страхування та зазначеній кількості днів подорожі (поїздки), % від страхової суми			Базові страхові тарифи в цілому за Договором страхування, % від страхової суми			
	Строк дії Договору страхування - 60 днів, кількість днів подорожі (поїздки)			Строк дії Договору страхування - 90 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 30	Строк дії Договору страхування - 182 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 60	Строк дії Договору страхування - 182 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 90	Строк дії Договору страхування - 365 днів, кількість днів подорожі (поїздки) - 182
	від 1 до 10 днів	від 11 до 15 днів	від 16 до 30 днів				
5 000	0,02032	0,01806	0,01581	0,47420	0,73160	0,81280	1,36640
10 000	0,01064	0,00946	0,00828	0,24840	0,38320	0,42580	0,71570
20 000	0,00581	0,00516	0,00452	0,13550	0,20900	0,23225	0,39040
30 000	0,00403	0,00358	0,00314	0,09407	0,14517	0,16127	0,27110
50 000	0,00653	0,00581	0,00508	0,15240	0,23514	0,26128	0,43920
понад 50 000	0,01306	0,01162	0,01016	0,30480	0,47028	0,52256	0,87840

5. Базові страхові тарифи при страхуванні на умовах наступного набору послуг (Програма страхування П1 (Подорож1)) при здійсненні подорожі (поїздки) по території України:

Перелік послуг, відшкодування витрат на які передбачено Програмою страхування
Невідкладна (ургентна) стаціонарна допомога
Медичне транспортування у випадку хвороби (травми)

Страхова сума, грн.	Базові страхові тарифи за Договором страхування при зазначеному строку дії Договору страхування					
	1-4 днів	5-10 днів	11-15 днів	16-20 днів	21-30 днів	31-45 днів
5000 - 50000	0,2	0,5	0,8	1,0	1,2	1,4

6. Базові страхові тарифи при страхуванні на умовах наступного набору послуг (Програма страхування П2 (Подорож2)) при здійсненні подорожі (поїздки) по території України:

Перелік послуг, відшкодування витрат на які передбачено Програмою страхування
Невідкладна (ургентна) стаціонарна допомога
Невідкладна амбулаторна допомога
Медичне транспортування у випадку хвороби (травми)

Страхова сума, грн.	Базові страхові тарифи за Договором страхування при зазначеному строку дії Договору страхування, %					
	1-4 днів	5-10 днів	11-15 днів	16-20 днів	21-30 днів	31-45 днів
5000 - 50000	0,3	0,6	0,9	1,1	1,3	1,5

7. Корегуючі коефіцієнти

7.1. В залежності від розміру встановленої за Договором страхування франшизи Страховик має право застосувати до базового тарифу коригуючий коефіцієнт в діапазоні 0,1 – 1,0.

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

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

7.4. У випадку встановлення строку дії Договору страхування (кількості днів подорожі (поїздки)), не зазначеного у відповідній таблиці базових страхових тарифів, зазначених в цьому Додатку, Страховик має право застосовувати до базового тарифу, що відповідає строку дії Договору страхування (кількості днів подорожі (поїздки)), зазначеному у відповідній таблиці, та розмір якого найближчий до встановленого за Договором страхування, коригуючий коефіцієнт в діапазоні 1,0 - 5,0.

7.5. В залежності від віку Застрахованої особи Страховик має право застосовувати до базового тарифу коригуючий коефіцієнт в діапазоні 1,0 - 10,0.

7.6. В залежності від кількості Застрахованих осіб за одним Договором страхування Страховик має право застосовувати до базового тарифу коригуючий коефіцієнт в діапазоні 0,5 - 1,0.

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

7.8. В залежності від місця дії Договору страхування (країни здійснення подорожі (поїздки)) Страховик має право застосовувати до базового тарифу коригуючий коефіцієнт в діапазоні 0,7 - 10,0.

7.9. У випадку встановлення переліку послуг, що підлягають відшкодуванню відповідно до умов Договору страхування, не зазначеного у відповідній Програмі страхування та таблиці базових страхових тарифів, зазначених в цьому Додатку, Страховик має право застосовувати до базового тарифу, що відповідає Програмі страхування, зазначеній у відповідній таблиці, та перелік послуг якої найближчий до встановленого переліку послуг за Договором страхування, коригуючий коефіцієнт в діапазоні 0,5 - 2,0.

7.10. В кожному конкретному випадку, при встановленні розміру страхового тарифу в залежності від ступеня страхового ризику та умов Договору страхування (інших, ніж передбачені п.п. 7.1 – 7.9 цього Додатку), Страховик має право застосовувати до базового тарифу коригуючі коефіцієнти в діапазоні 0,3 - 3,0.

8. Конкретний розмір страхового тарифу визначається у Договорі страхування за згодою сторін шляхом множення базового страхового тарифу, визначеного у відповідній таблиці цього Додатку, на встановлений розмір відповідних коефіцієнтів.

9. Норматив витрат на ведення справи встановлюється в розмірі не більше 65% від страхового тарифу. Конкретний розмір нормативу витрат на ведення справи зазначається в Договорі страхування.

Актуарій



Луць А.О.

Свідоцтво №01-024 від 10.01.2017

**ПЕРЕЛІК РОБІТ,
ЩО ВИМАГАЮТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СПЕЦІАЛЬНОГО ЗАСТЕРЕЖЕННЯ «ПРАЦЯ
(ІНТЕЛЕКТУАЛЬНА ПРАЦЯ)» АБО «ПРАЦЯ (ФІЗИЧНА ПРАЦЯ)» В ДОГОВОРІ
СТРАХУВАННЯ, ЯКЩО ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА ПЛАНУЄ ВИКОНУВАТИ ТАКІ
РОБОТИ ПІД ЧАС ЗДІЙСНЕННЯ ПОДОРОЖІ (ПОЇЗДКИ)**

1. Під застереженням «Праця (інтелектуальна праця)» розуміється виконання Застрахованою особою під час подорожі (поїздки) робіт за наймом відповідно до таких професій (видів діяльності):

Професії (види діяльності):

Вчені, педагогічний персонал та студенти навчальних закладів, педагогічний персонал позашкільних дитячих закладів;
офісні працівники (бухгалтери, спеціалісти, менеджери), службовці;
інженерно-технічний персонал, який не пов'язаний із процесом виробництва;
працівники банків (крім осіб, які зайняті інкасуванням та перевезенням коштів);
артисти драматичних та музичних театрів, артисти естради;
домогосподарки;
працівники бібліотек.

2. Під застереженням «Праця (фізична праця)» розуміється виконання Застрахованою особою під час подорожі (поїздки) робіт за наймом відповідно до таких професій (видів діяльності):

Професії (види діяльності):

Працівники побутового і комунального господарства;
медичні працівники; офісні працівники (секретарі, прибиральниці);
працівники бактеріологічних лабораторій, працівники торговельної мережі і суспільного харчування; працівники пошти та телеграфу;
працівники виробництва;
персонал готелів, двірники, кіоскери;
працівники банків, які зайняті інкасуванням та перевезенням коштів ; касири; особи, які обслуговують водолазні роботи на ріках і озерах;
водії, члени екіпажу повітряних суден, вантажники, дезінфектори, електрики;
працівники паперово-целюлозної, лісової, деревообробної промисловості;
особи, які зайняті відкритою розробкою породи; робітники на компресорі, кустарі;
працівники побутового і комунального обслуговування (хімчистка, пральня, працівники зв'язку, кіномеханіки, кухарі тощо);
працівники легкої промисловості, наладчики, рибалки;
працівники будівельної промисловості;
працівники машинобудівної, скляної промисловості, працівники сільського господарства, працівники транспорту; будівельники (в тому числі верхолази, робітники, які зайняті на покрівельних і монтажних роботах)
працівники хімічної промисловості;
працівники поліграфічних підприємств;
працівники по виготовленню виробів з механічною обробкою;
працівники електростанцій; учасники експедицій;
працівники ветлікарень; артисти балету та танцювальних ансамблів.

3. Договором страхування можуть бути передбачені також інші види робіт, виконання яких передбачає необхідність застосування спеціального застереження «Праця (інтелектуальна праця)» або «Праця (фізична праця)».

**ПЕРЕЛІК ВИДІВ АКТИВНОГО ВІДПОЧИНКУ ТА СПОРТУ, ЩО ВИМАГАЮТЬ
ЗАСТОСУВАННЯ СПЕЦІАЛЬНОГО ЗАСТЕРЕЖЕННЯ «АКТИВНИЙ ВІДПОЧИНОК»
АБО «СПОРТ» В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ, ЯКЩО ЗАСТРАХОВАНА
ОСОБА ПЛАНУЄ БРАТИ УЧАСТЬ В ТАКИХ ВИДАХ АКТИВНОГО ВІДПОЧИНКУ АБО
ЗАЙМАТИСЯ ТАКИМИ ВИДАМИ СПОРТУ ПІД ЧАС ЗДІЙСНЕННЯ ПОДОРОЖІ
(ПОЇЗДКИ)**

1. Під застереженням «Активний відпочинок» розуміється заняття Застрахованою особою під час подорожі (поїздки) наступними видами активного відпочинку:

ВИДИ АКТИВНОГО ВІДПОЧИНКУ:

Горні лижі, рафтинг, автоспорт, мотоспорт, стрибки з парашутом, дельтапланеризм, альпінізм, скелелазіння, сафарі, серфінг, катання на сноуборді, футбол, волейбол тощо або пересування Застрахованої особи на мото-, вело транспорті та інших видах засобів пересування (наприклад, квадроцикл, сігвей, гіроборд тощо) риболовля, полювання, гірський туризм, водний туризм, заняття на відпочинку ігровими видами спорту, катання на водних лижах, віндсерфінг, занурення під воду з аквалангом (дайвінг), участь у водних атракціонах, верхова їзда, заняття повітряним, гірськолижним, санним спортом, катання на лижах та ковзанах, стрибки на батуті, стрибки з висоти на резиновому тросу, участь в ралі тощо.
--

2. Під застереженням «Спорт» розуміється заняття Застрахованою особою під час подорожі (поїздки) наступними видами професійного або аматорського спорту:

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.

3. Договором страхування можуть бути передбачені також інші види активного відпочинку та спорту, участь у яких або заняття якими передбачає необхідність застосування спеціального застереження «Активний відпочинок» або «Спорт».

Прошито, пронумеровано та скріплено печаткою

27 (двадцять сім) аркушів

Голова Правління

Кіліонер Ав'яєєв С.О.

