

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор

ТДВ "СК "ЕКСПО СТРАХУВАННЯ"

 А.Є. Іванців

30 вересня 2019 р.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ
№ 21
(нова редакція)**

Київ

2019

ЗМІСТ

	Стор.
1. Визначення термінів	3
2. Загальні положення	5
3. Предмет Договору страхування	5
4. Страхові ризики і Страхові випадки	6
5. Виключення із Страхових випадків і обмеження страхування	8
6. Порядок визначення розмірів Страхових сум. Страхові тарифи. Страхові платежі	11
7. Порядок укладення Договору страхування	11
8. Строк та Місце дії Договору страхування	12
9. Права та обов'язки Сторін	12
10. Дії Страхувальника (Застрахованої особи) у разі настання Страхового випадку	14
11. Перелік документів, що підтверджують настання Страхового випадку	15
12. Строк прийняття рішення про здійснення або про відмову у здійсненні Страхових виплат	16
13. Порядок і умови здійснення Страхових виплат	16
14. Підстави для затримання здійснення Страхової виплати. Причини відмови у Страховій виплаті	18
15. Умови припинення і зміни Договору страхування	19
16. Порядок вирішення спорів	20
17. Відповідальність Сторін	20
18. Особливі умови	20
Додаток 1. Тарифи при добровільному страхуванні медичних витрат	21

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

1.1. Асистанс - юридична або фізична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) в разі настання Страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика.

Назва, адреса та телефони Асистансу зазначаються у Договорі страхування.

За договором, укладеним зі Страховиком, Асистанс може здійснювати виплати по страховому випадку на користь Застрахованої особи та вимагати відповідної компенсації від Страховика.

1.2. Близькі родичі - законні чоловік або дружина Застрахованої особи, її діти і батьки. За умовами Договору, вказаний перелік Близьких родичів може бути змінено та/або доповнено.

1.3. Вартість проїзду - вартість квитка на проїзд залізничним та/або морським транспортом першим класом або авіаквитка - економічним класом, якщо інше не передбачено Договором.

1.4. Гострий біль (гострий стан) - реакція нервової системи Застрахованої особи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка, у випадку ненадання цій особі необхідної медичної допомоги, може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

1.5. Договір страхування (Договір) – договір добровільного страхування медичних витрат, укладений у відповідності з цими Правилами. Сторонами Договору є Страховик і Страхувальник.

1.5.1. Договір 1-го типу передбачає страхування медичних витрат фізичної особи під час її поїздки за кордон.

1.5.2. Договір 2-го типу передбачає страхування медичних витрат фізичної особи під час її поїздки по території України.

1.6. Застрахована особа (ЗО) – фізична особа, на користь якої укладено Договір.

1.7. Ідентифікаційна картка - документ, який може видаватись Застрахованій особі, згідно з умовами Договору, на підтвердження права ЗО на отримання відповідних страхових послуг.

1.8. Компетентні органи – це:

- державні органи, до компетенції яких належать ліквідація наслідків Страхових випадків, встановлення причин та обставин настання Страхових випадків, оцінка їх наслідків, а також надання офіційних роз'яснень щодо питань, що стосуються обставин настання Страхового випадку.

- юридичні особи, що мають відповідні повноваження, до яких може звертатися Страховик, Страхувальник або Застрахована особа для вирішення суперечок та інших питань, що стосуються Договору.

Компетентними органами, зокрема, вважаються: медичні установи, органи внутрішніх справ, служби з надзвичайних ситуацій та інші органи, які наділені відповідними повноваженнями.

1.9. Країна тимчасового перебування – країна, розташована у межах географічного району, вказаного у Договорі, де Застрахована особа знаходиться на момент звернення за наданням їй послуг, передбачених Договором.

1.10. Країна постійного проживання - країна, в якій Застрахована особа проживає у цілому не менше 183 (ста восьмидесяти трьох) днів у календарному році.

1.11. Ліміт відповідальності – вказаний у Договорі розмір грошової суми, що є граничним значенням Страхової виплати при настанні окремих видів Страхових випадків, вказаних у Договорі. Розмір Ліміту відповідальності не може перевищити Страхової суми, визначеної Договором для певної Застрахованої особи.

1.12. Медична (медико-санітарна) допомога - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

1.12.1. Швидка (екстрена) медична допомога - медична допомога, яка надається Застрахованій особі при такому стані її здоров'я, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму Застрахованої особи або до загрози її життю.

1.12.2. Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі в амбулаторно-поліклінічних умовах при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму, або до загрози життю Застрахованої особи. Передбачає надання медичних консультацій, лікарських послуг, діагностичних досліджень, медикаментів, перев'язочних засобів, необхідних засобів фіксації.

1.12.3. Невідкладна стаціонарна допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму, або до загрози життю Застрахованої особи. Передбачає проведення медикаментозного лікування, діагностичних та лікувальних процедур, оперативних втручань, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, надання консультаційних послуг, оплати вартості перебування в медичних палатах, у тому числі реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному медичному закладі.

1.12.4. Невідкладна стоматологічна допомога – медична допомога, необхідна Застрахованій особі для зняття Гострого болю при захворюваннях і пошкодженнях зубів, щелеп та інших органів порожнини рота і щелепно-лицьової області. Передбачає проведення стоматологічного огляду ЗО, рентгенівського дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням зубу та/або оточуючих зуб тканин або щелепною травмою, що отримана внаслідок Нещасного випадку.

1.13. Місце дії Договору - територія, в межах якої, згідно умов Договору, останній діє в частині зобов'язань Страховика при настанні Страхових випадків.

1.14. Місце постійного проживання - місце проживання фізичної особи на території конкретної країни не менше одного року, якщо ця особа не має постійного місця проживання на території інших країн і має намір проживати на території цієї країни протягом необмеженого строку, не обмежуючи таке проживання певною метою, і за умови, що таке проживання не є наслідком виконання цією особою службових (посадових) обов'язків або зобов'язань за договором (контрактом).

1.15. Нещасний випадок – раптова короткочасна подія, незалежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи), що фактично відбулась внаслідок дії зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо), характер, час та місце впливу яких можливо однозначно визначити, та які спричинили ушкодження здоров'я Застрахованої особи або її смерть.

1.16. Подія, що має ознаки Страхового випадку (Подія) - це подія, визначення якої відповідає визначенню Страхового ризику за цими Правилами, що фактично настала, та з настанням якої на певних осіб, визначених Договором, згідно з умовами такого Договору і даних Правил, покладено виконання конкретних обов'язків. У подальшому така Подія може бути як визнана, так і не визнана у якості Страхового випадку.

1.17. Правила – дані "Правила добровільного страхування медичних витрат" Страховика (ТДВ "СК "ЕКСПО СТРАХУВАННЯ"), зареєстровані у встановленому порядку.

1.18. Програма страхування (Програма) - перелік лікувально-діагностичних, транспортних та інших послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з Договором.

1.19. Раптове захворювання - раптове непередбачене погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, що загрожує життю та здоров'ю цієї особи та яке, у випадку ненадання їй необхідної медичної допомоги, може призвести до тривалого Розладу здоров'я Застрахованої особи або загрозувати її життю.

1.20. Розлад здоров'я – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму цієї особи.

1.21. Спеціалізовані заклади - треті особи, що на законних підставах є закладами з надання певних видів допомоги (медичної, медико-транспортної, адміністративної, юридичної, технічної тощо) та надають послуги Застрахованим особам через Асистанс або Страховика.

1.22. Сторони Договору (Сторони) – спільне найменування Страховика і Страхувальника у цих Правилах та у певному Договорі.

1.23. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору, зобов'язаний здійснити Страхову виплату при настанні Страхового випадку.

1.24. Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком, відповідно до умов Договору, при настанні Страхового випадку.

1.25. Страховий випадок – передбачена Договором подія, яка фактично відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату на користь Застрахованої особи.

1.26. Страховий платіж (Страховий внесок, Страхова премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику, згідно з умовами Договору.

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

- 1.28. Страховий тариф** – ставка Страхового внеску з одиниці Страхової суми за визначений період страхування.
- 1.29. Страховик** – ТДВ "СК "ЕКСПО СТРАХУВАННЯ".
- 1.30. Страхувальник** – юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договір, на підставі цих Правил.
- 1.31. Суб'єкт туристичної діяльності (СТД)** - підприємство, установа, організація (незалежно від форм власності), а також фізична особа - суб'єкт підприємницької діяльності, що зареєстровані у встановленому чинним законодавством України порядку і мають ліцензію на здійснення діяльності, пов'язаної з наданням туристичних послуг.
- 1.32. Терористичний акт** – застосування зброї, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, які створюють небезпеку для життя чи здоров'я людини, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокація воєнного конфлікту, міжнародного ускладнення, або з метою впливу на прийняття рішення або невчинення дій органами державної влади чи органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів, об'єднаннями громадян, юридичними особами, або привернення уваги громадськості до певних політичних, релігійних чи інших поглядів терориста.
- 1.33. Третя особа** - будь-яка юридична або фізична особа, крім Страховика, Страхувальника, Застрахованої особи.
- 1.34. Франшиза** - це частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. За Договором, у загальному випадку, застосовується **Франшиза безумовна**, тобто, встановлена частина збитків Застрахованої особи, що підлягає вирахуванню із суми збитку при настанні будь-якого і кожного страхового випадку. Якщо розмір Франшизи визначено в іноземній валюті, то перерахунок суми Франшизи у гривні проводиться за офіційним обмінним курсом НБУ на дату настання Страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором.
- 1.35. Хронічне захворювання** – тривале захворювання, яке, з моменту його виникнення, супроводжує людину протягом її життя. Характеризується повільними прогресуючими негативними змінами в організмі людини і, як правило, циклічністю протікання: періоди загострень (більший прояв вже існуючих симптомів хвороби та/або поява нових) змінюються періодами ремісії (зменшення проявів хвороби, інколи, до повного зникнення ознак хвороби).

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 2.1.** Ці Правила розроблені відповідно до Цивільного кодексу України, Закону України "Про страхування" та інших нормативних актів чинного законодавства України.
- 2.2.** На підставі цих Правил, Страховик укладає зі Страхувальниками Договори добровільного страхування медичних витрат.
- 2.3.** Якщо інше не передбачено Договором, Застрахованою особою може бути будь-яка дієздатна фізична особа віком від 1 (одного) до 70 (сімдесяти) років, за винятком осіб, зазначених у п.п. 5.1 Правил. Зазначені вікові обмеження можуть бути зняті Страховиком при укладенні певного Договору, у разі застосування підвищених коригуючих коефіцієнтів при визначенні Страхового тарифу.
- 2.4.** Страхувальник може укладати зі Страховиком Договори щодо страхування Застрахованих осіб лише за згодою цих осіб, крім випадків, передбачених чинним законодавством України. Для укладення Договору щодо малолітніх чи неповнолітніх осіб, необхідна згода їх батьків (опікунів, піклувальників).

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 3.1.** Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованої особи та медичними витратами Застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням Страхового випадку під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).
- 3.2.** Даний вид страхування передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (Страховий внесок, Страховий платіж, Страхову премію) здійснити Страхову виплату відповідно до умов Договору в розмірі Страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою Медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з захворюванням Застрахованої особи, загостренням

Хронічного захворювання, Розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку або її смертю внаслідок захворювання або Нещасного випадку, що сталися під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Страховими ризиками, на випадок виникнення яких проводиться страхування, є Раптове захворювання, Нещасний випадок, смерть або інша непередбачувана подія, зазначені у Договорі, що сталися із Застрахованою особою під час здійснення нею поїздки за кордон та/ або подорожі по території України.

4.2. Страховим випадком є фактичне надання Застрахованій особі, під час здійснення нею подорожі (поїздки), медичних та інших послуг, передбачених Договором відповідно до цього розділу Правил.

4.3. До Програми страхування можуть бути включені, згідно з умовами Договору, такі послуги:

4.3.1. Медичні послуги, пов'язані з медичною допомогою Застрахованій особі, та які передбачають надання ЗО:

- 1) **Швидкої (екстреної) медичної допомоги;**
- 2) **Невідкладної амбулаторно-поліклінічної допомоги;**
- 3) **Невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах;**
- 4) **Невідкладної стоматологічної допомоги;**
- 5) **невідкладної пологової допомоги до 7 (сьомого) місяця вагітності включно;**
- 6) **іншої медичної допомоги,** передбаченої умовами Договору, на підставі медичного висновку про її необхідність;
- 7) **ліків,** призначених для невідкладного лікування або зняття Гострого стану (за умови, що такі ліки придбані за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого рецепту та підтвердження факту оплати).

4.3.2. Медико-транспортні послуги, пов'язані з транспортуванням (перевезенням) Застрахованої особи:

- 1) до найближчого медичного закладу чи лікаря машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом;
- 2) до спеціалізованого медичного закладу машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом;
- 3) під час медичної репатріації - до конкретного населеного пункту (медичного закладу, найближчого до міжнародного аеропорту або найближчого до пункту перетину кордону тощо) Країни постійного проживання ЗО, якщо необхідність такого транспортування виникла в результаті настання із Застрахованою особою Нещасного випадку або Раптового захворювання, щодо якого діє Договір, та є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку.

ПРИМІТКИ.

- 1) Рішення щодо необхідності та можливості здійснення такого транспортування, а також про вибір пункту призначення, маршруту та засобу здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за погодженням зі Страховиком.
- 2) Додатково умовами Договору може бути передбачено відшкодування витрат на транспортування Застрахованої особи з медичного закладу (після проведення консультації та/ або лікування) до місця тимчасового проживання Застрахованої особи при її знаходженні у Країні тимчасового перебування.

4.3.3. Проїзд особи, яка супроводжує Застраховану особу (за рішенням Страховика або Асистансу щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту) до Країни тимчасового перебування ЗО і назад до Країни її постійного проживання, на утримання і перебування її в готелі у випадку, якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в Країну постійного проживання і це підтверджено медичним висновком.

4.3.4. Репатріація тіла (останків) Застрахованої особи до конкретного пункту Країни постійного проживання (за рішенням Страховика або Асистансу) або на поховання (кремацію) тіла (останків) Застрахованої особи у Країні тимчасового перебування, якщо смерть ЗО є Страховим випадком згідно умов Договору. Якщо інше не передбачено Договором, всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Асистанс за погодженням зі Страховиком. При здійсненні Репатріації останків ЗО, невикористаний зворотний квиток ЗО передається Асистансу (Страховику).

4.3.5. Послуги з надання телефонного зв'язку ЗО або особи, що представляє її інтереси, з Асис-

тансом та/або Страховиком з приводу повідомлення про Подію та з метою передачі термінових повідомлень, пов'язаних з Подією.

4.3.6. Транспортні послуги:

1) **Дострокове повернення Застрахованої особи** до Країни постійного проживання (до пункту перетину кордону Країни постійного проживання) у разі смерті Близького родича Застрахованої особи, який не знаходиться разом з нею у Країні тимчасового перебування, за умови, що Договір діє не менше ніж 3 (три) дні після дати отримання звернення про необхідність дострокового повернення ЗО. Рішення про маршрут, вид та клас транспорту визначає Асистанс за погодженням зі Страховиком. При забезпеченні ЗО цією послугою, Асистанс (Страховик) має право використання зворотного квитка Застрахованої особи.

2) **Транспортування дітей Застрахованої особи** віком до 16 років (у т.ч. дострокового повернення) до конкретного пункту Країни постійного проживання (за рішенням Страховика або Асистансу щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), якщо Застрахована особа не може бути транспортована через свій фізичний стан і підлягає лікуванню в стаціонарі, або у разі смерті Застрахованої особи, та в Країні тимчасового перебування Застрахованої особи немає іншого повнолітнього (віком понад 18 років) Близького родича. При забезпеченні ЗО цією послугою, Асистанс (Страховик) має право використання зворотного квитка дітей Застрахованої особи.

3) **Поїздка Близького родича Застрахованої особи**, що мешкає у Країні постійного проживання ЗО, у Країну тимчасового перебування Застрахованої особи і назад в разі лікування ЗО в стаціонарному медичному закладі більше строку, визначеного в Договорі, за умови, що жоден із повнолітніх Близьких родичів Застрахованої особи не супроводжує її в Країні тимчасового перебування. Рішення про маршрут, вид та клас транспорту визначає Асистанс, за погодженням зі Страховиком.

4) **Поїздка Третьої особи** в Країну тимчасового перебування Застрахованої особи і назад до Країни її постійного проживання у разі лікування Застрахованої особи в стаціонарі більше строку, визначеного у Договорі. При цьому, згідно з умовами Договору, Страховик оплачує: вартість перебування в готелі, вартість проїзних документів в Країну тимчасового перебування Застрахованої особи та назад до Країни її постійного проживання. Рішення про доцільність візиту, маршрут, вид та клас транспорту визначає Асистанс, за погодженням зі Страховиком, у межах Ліміту відповідальності, визначеного Договором.

5) **Поїздка колеги Застрахованої особи** в Країну тимчасового перебування ЗО, де остання знаходилась у відрядженні, - внаслідок лікування Застрахованої особи у стаціонарі або смерті ЗО. Рішення про маршрут, вид та клас транспорту визначає Асистанс за погодженням зі Страховиком. При цьому, діловий характер подорожі (відрядження) Застрахованої особи та її колеги, особистість колеги ЗО мають бути письмово підтверджені адміністрацією підприємства, працівниками якого вони є, - за формою, визначеною Страховиком (Асистансом).

6) **Продовження знаходження Застрахованої особи в Країні тимчасового перебування**, якщо внаслідок Нещасного випадку або Раптового захворювання, щодо якого діє Договір, Застрахована особа через свій фізичний стан не може вчасно повернутися в Країну постійного проживання та її виїзд має бути організований пізніше, що є необхідним з медичних показань, при наявності медичного висновку. До таких витрат, зокрема, відносяться: вартість утримання і перебування в готелі, вартість проїзного документу до Країни постійного проживання ЗО.

4.3.7. Адміністративні послуги, що надаються Застрахованій особі у зв'язку із втратою нею документів, багажу, втратою та пошкодженням спорядження, затримкою або відміною авіарейсу, закриттям гірськолижних трас при відсутності необхідних погодних умов (відсутність або велика кількість снігу), невикористанням послуг лижної школи (або інструктора) чи прокату спорядження та пов'язані із: бронюванням номеру у готелі, бронюванням, придбанням та переоформленням авіаквитків (клас і вид квитка визначає Асистанс за погодженням зі Страховиком), пошуком багажу, документів, заміною документів, придбанням предметів першої необхідності, прокатом спорядження, неможливістю катання на гірськолижних трасах тощо. Конкретний перелік послуг з адміністративної допомоги та витрат, які сплачує (компенсує) Страховик, зазначається у Договорі.

4.3.8. Юридична допомога - надання Застрахованій особі юридичних послуг в частині підбору (вибору) адвоката в країні тимчасового перебування та надання консультації з питань чинного законодавства, а також відшкодування витрат на юридичну допомогу, зазначену в Договорі, які за змістом не суперечать цим Правилам та чинному законодавству України, зокрема:

1) При втраті або крадіжці закордонного паспорта ЗО під час перебування цієї особи за кордоном;

2) При виникненні термінової необхідності у порушенні справи щодо захисту прав Застрахованої особи за кордоном, коли невжиття термінових заходів може призвести або до ускладнення такого захисту, або до втрати можливості захисту прав та законних інтересів Застрахованої особи.

Максимальна сума витрат на надання ЗО юридичної допомоги визначається у Договорі.

4.3.9. Технічна допомога - надання Застрахованій особі технічних послуг, пов'язаних із буксируванням автомобіля ЗО до місця ремонту, буксируванням (евакуацією) автомобіля ЗО до місця постійного зберігання автомобіля (Місця постійного проживання Застрахованої особи), доставкою запасних частин, ремонтом автомобіля, доставкою Застрахованої особи до місця призначення (маршрут, вид, клас транспорту визначає Асистанс за погодженням із Страховиком), надання послуг водія, розміщення Застрахованої особи та пасажирів автомобіля в готелі (строк перебування в готелі визначає Асистанс за погодженням зі Страховиком). Конкретний перелік витрат та послуг з технічної допомоги, а також відповідний Ліміт відповідальності Страховика зазначаються у Договорі.

4.4. Конкретний перелік послуг, вартість яких відшкодовує Страховик, а також послуг, надання яких організовує Асистанс (з подальшою оплатою послуг за рахунок ЗО), вказується в Договорі.

4.5. Страховик, згідно з умовами Договору, може включити до Програми страхування додаткові послуги, не зазначені у Правилах, надання яких не суперечить чинному законодавству України.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Якщо умовами Договору не передбачено інше, не укладаються Договори щодо страхування наступних категорій осіб:

5.1.1. інвалідів I та II груп;

5.1.2. осіб, які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний);

5.1.3. психічно хворих осіб;

5.1.4. осіб, хворих на алкоголізм, наркоманію, СНІД;

5.1.5. осіб, визнаних недієздатними у порядку, встановленому законодавством України.

5.2. Якщо умовами Договору не передбачено інше, Страховик не несе зобов'язань за Договором у випадках, коли необхідність надання Застрахованій особі послуг, що входять до Програми страхування, настала за наявності таких обставин:

5.2.1. Прямої або непрямої дії радіації, ядерного вибуху, радіоактивного забруднення будь-якого походження.

5.2.2. Самогубства Застрахованої особи, спроби самогубства або навмисного заподіяння ЗО собі тілесних ушкоджень.

5.2.3. Раптового захворювання ЗО особи або Нещасного випадку, які сталися із ЗО внаслідок вживання нею алкоголю, наркотиків, токсичних, психоактивних речовин. При цьому, стан алкогольного сп'яніння визначається на основі норм вживання спиртних напоїв, чинних у Країні тимчасового перебування.

5.2.4. Учасності Застрахованої особи у правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту), народних заворушеннях, повстаннях, бунтах, війнах, а також служби ЗО у військових структурах або формуваннях.

5.2.5. Події, що сталися внаслідок Терористичного акту.

5.2.6. Заняття Застрахованою особою під час перебування за кордоном активними видами аматорського спорту (повітряні і підводні види спорту, альпінізм, види спорту із застосуванням моторних машин), а також іншими видами спорту, крім випадків, коли це передбачено умовами Договору, а також сплати додаткового Страхового платежу.

5.2.7. При виконанні Застрахованою особою робіт за наймом, крім випадків, коли це передбачено умовами Договору, а також сплати додаткового Страхового платежу.

5.2.8. Керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом:

- без посвідчення, яке визнається у Країні тимчасового перебування;

- у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, під дією психоактивних речовин, а

також у зв'язку з передачею з боку ЗО керування транспортним засобом іншій особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, під дією психоактивних речовин, або особі, яка не мала посвідчення водія відповідної категорії.

5.2.9. Дії сонячного проміння, що призвело до сонячного опіку або теплового удару, окрім виникнення підвищеної небезпеки для життя Застрахованої особи, що мало наслідком лікування цієї особи у стаціонарних умовах.

5.3. Якщо інше не передбачено Договором, не підлягають відшкодуванню витрати Застрахованої особи, пов'язані із наданням таких медичних та інших послуг:

5.3.1. Діагностика та лікування вроджених аномалій (вад розвитку), хронічних захворювань, їх ускладнень та наслідків.

5.3.2. Діагностика та лікування захворювань, що виникли до початку дії Договору.

5.3.3. Переривання вагітності (за винятком позаматкової вагітності), веденням вагітності та пологів.

5.3.4. Проведення лікування нервових (крім невритів) та психічних захворювань та їх загострень, лікування уроджених аномалій та психічного розладу, а також релаксації та станів, за наявності яких існує реальний ризик швидкого погіршення стану здоров'я.

5.3.5. Лікування захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (в тому числі СНІД та ВІЛ-інфекція, імунодефіцитний стан).

5.3.6. Діагностика та лікування хвороб крові та кровотворних органів.

5.3.7. Захворювання або наслідки (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз.

5.3.8. Будь-яке протезування, включаючи зубне.

5.3.9. Здійснення медичного огляду та медичної допомоги, які не пов'язані з Раптовим захворюванням або Нещасним випадком.

5.3.10. Проведення реабілітації, відновлювальної терапії або лікувальної фізіотерапії.

5.3.11. Діагностика та лікування, пов'язані з пластичною, коригуючою, косметичною або реконструктивною хірургією, трансплантацією органів.

5.3.12. Надання медичних послуг, які не є обов'язковими для діагностики та лікування при настанні Раптового захворювання або Нещасного випадку.

5.3.13. Проведення профілактичних вакцинацій і дезінфекцій, лікарської експертизи.

5.3.14. Здійснення лікування Застрахованої особи її родичами.

5.3.15. Лікування Застрахованої особи в санаторії та/ або будинку відпочинку.

5.3.16. Придбання та ремонт допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, інгаляторів, протезів, милиць, інвалідних візків, тростин, вимірювальних приладів тощо); придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування.

5.3.17. Лікування нетрадиційними методами.

5.3.18. Штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи щодо запобігання вагітності.

5.3.19. Надання засобів та послуг додаткового комфорту, а саме: радіоприймача, кондиціонера, телевізора, а також послуг перукаря або косметолога тощо.

5.3.20. Лікування ускладнень, які виникли після проведеного за кордоном планового (оперативного або консервативного) лікування Застрахованої особи.

5.3.21. Проведення репатріації, якщо за медичними показаннями лікування захворювання або тілесного ушкодження може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в Країну постійного проживання та/ або якщо ушкодження здоров'я ЗО не перешкоджає продовженню її поїздки.

5.3.22. Проведення лікування, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в Країну постійного проживання.

5.3.23. Транспортування Застрахованої особи до лікарні або до лікаря, за відсутності клінічної необхідності та медичних показань у транспортуванні: автомашиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом чи засобом санітарної авіації з необхідним медичним супроводом.

5.3.24. Оформлення та виписки медичної документації, перекомпостування білетів на рейсовий транспорт на інший строк, будь-яке транспортування Застрахованої особи, крім перевезення ЗО до лікарні або лікаря за медичними показаннями.

5.3.25. Діагностика та лікування онкологічних захворювань, новоутворень, хвороб ендокринної системи.

5.3.26. Лікування захворювань шкіри (дерматитів, кропивниць та еритем тощо), крім випадків, що потребують невідкладної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи.

- 5.3.27.** Отримання медичної допомоги з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном.
- 5.3.28.** Ангіографія, а також витрати, пов'язані з операціями на серці та судинах, в тому числі стентування, шунтування, протезування артерій, балонна ангіопластика.
- 5.3.29.** Лікування методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), масажу, гомеопатії, фіто- і натуропатії тощо.
- 5.3.30.** Використання фіксаторів для проведення остеосинтезу (штифти, цвяхи, шурупи, спиці, гвинти тощо).
- 5.3.31.** Лікування, пов'язане з ускладненням або побічними діями ліків, що не були призначені лікарем.
- 5.3.32.** Надання медичної допомоги в зв'язку з епідеміями, крім епідемії грипу.
- 5.4.** Якщо інше не передбачено Договором, Страховик має право відмовити у відшкодуванні вартості послуг, включених до Програми страхування, у випадках, коли їх надання було пов'язане із наступними обставинами:
- 5.4.1.** При оформленні Договору Застрахована особа не надала Страховику необхідної інформації, яка була суттєвою для визначення ступеню ризику, зокрема, відносно роду занять при здійсненні закордонної поїздки, свого стану здоров'я тощо.
- 5.4.2.** Застрахована особа або Третя особа, що представляє її інтереси:
- 1) не сповістила Асистанс компанію або Страховика або СТД, який, на правах страхового агента, оформив Договір, у строки, зазначені в розділі 10 цих Правил, про необхідність отримання медичної допомоги (або отриману медичну допомогу) внаслідок Нещасного випадку або Раптового захворювання та про витрати, які були зроблені для надання Застрахованій особі медичної допомоги (в частині перевищення Ліміту відповідальності, встановленого у Договорі);
 - 2) навмисно створила перешкоди Страховику (Асистансу) у встановленні обставин Події, її характеру та розміру витрат при настанні Страхового випадку.
- 5.4.3.** Евакуація (транспортування) Застрахованої особи з одного лікувального закладу в інший була проведена без попередньої згоди Асистансу, без поважних на те причин.
- 5.4.4.** Застрахована особа порушила медичні вказівки при наданні їй будь-яких видів невідкладної допомоги, а також, якщо вона здійснила навмисні дії, що призвели до збільшення витрат.
- 5.4.5.** Застрахована особа отримала відшкодування витрат за надані їй послуги від особи, винної у заподіянні шкоди Застрахованій особі, або іншої Третьої особи. Якщо збиток (шкоду) відшкодовано частково, то Страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої як компенсація за заподіяний збиток (шкоду).
- 5.4.6.** Репатріацію Застрахованої особи було проведено без участі Асистансу.
- 5.4.7.** У разі самостійної оплати медичних послуг, Застрахована особа (Страховальник або третя особа) не звернулась до Страховика із заявою про виплату страхового відшкодування протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати повернення із-за кордону, за винятком випадків, коли Застрахована особа (Страховальник або Третя особа) не мала фізичної можливості для своєчасного звернення, зокрема, внаслідок ушкодження здоров'я.
- 5.4.8.** Госпіталізацію Застрахованої особи у медичний заклад було проведено без участі Асистансу, крім випадку, якщо мала місце безпосередня загроза життю Застрахованої особи на момент госпіталізації.
- 5.4.9.** Страховик не оплачує вартість послуг, які входять до складу Програми страхування за Договором, якщо необхідність надання 30 таких послуг виникла до початку дії Договору або після закінчення його строку дії, або після повернення Застрахованої особи із зарубіжної поїздки в Країну постійного проживання, якщо інше не передбачено Договором.
- 5.5.** Страховик не несе зобов'язань в частині відшкодування непрямих збитків, зокрема, моральної шкоди, заподіяної Застрахованій особі під час здійснення нею поїздки.
- 5.6.** Вартість надання послуг, що входять до складу Програми страхування за Договором, не може перевищити вказані у Договорі Страхову суму (Ліміт відповідальності) в частині відшкодування таких витрат.
- 5.7.** Дія Договору 1-го типу не поширюється на територію Країни постійного проживання 30.
- 5.8.** Якщо це не суперечить чинному законодавству України, Договір може містити додаткові обмеження страхування і виключення із страхових випадків, крім зазначених у п.п.5.1 – 5.7 цих Правил.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВІ ТАРИФИ, СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. ФРАНШИЗА

- 6.1. Страхові суми за цими Правилами встановлюються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору або внесення до нього змін, в залежності від обраної Страхувальником і передбаченої Договором Програми страхування.
- 6.2. В межах Страхової суми, Договором можуть встановлюватися Ліміти відповідальності Страховика щодо Страхових виплат за окремими послугами.
- 6.3. Загальна сума Страхових виплат по Страхових випадках за окремими послугами не може перевищувати відповідних Лімітів відповідальності та загальної Страхової суми, встановлених Договором.
- 6.4. При укладенні Договору, розмір Страхового тарифу, від якого залежить сума Страхового платежу, визначається Страховиком у залежності від: типу Програми страхування, розміру Страхової суми, віку Застрахованої особи, наявності і розміру Франшизи, строку дії Договору та інших чинників, в залежності від конкретних умов страхування.
- 6.5. Страхові тарифи визначаються відповідно до Додатку 1 до цих Правил.
- 6.6. Страховий платіж може бути сплачено готівкою у касу Страховика, шляхом безготівкового розрахунку на поточний рахунок Страховика або через платіжні системи, дозволені законодавством України і які запроваджені у Страховика. Порядок сплати Страхового платежу визначається у Договорі.
- 6.7. Страхувальники – резиденти мають право вносити Страхові платежі за Договорами лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент - у іноземній вільно конвертованій або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 6.8. За згодою сторін Договору, зазначений у Договорі Страховий платіж може сплачуватися одноразово або частинами. Конкретні умови та строки сплати Страхового платежу встановлюються Договором.
- 6.9. Якщо інше не передбачено Договором, останній набирає чинності в частині зоб'язань Страховика, за умови сплати Страхувальником Страхового платежу або першої його частини в строки, зазначені у Договорі.
- 6.10. Якщо Страхувальнику була надана можливість внесення Страхового платежу частинами, то, у разі несплати чергової частини платежу, при настанні Страхового випадку із суми, належної до виплати, Страховик має право утримати несплачену частину Страхового платежу за Застраховану особу, щодо якої здійснюється Страхова виплата.
- 6.11. Якщо вірогідні витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням послуг згідно Програми страхування за Договором, застраховані у кількох страховиків, то, у разі настання Страхового випадку, сума страхової виплати, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати розміру фактичних витрат, пов'язаних із наданням відповідних послуг. При цьому, кожний страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування.
- 6.12. В період дії Договору Страхувальник може збільшити розмір Страхової суми, уклавши зі Страховиком додаткову угоду до Договору та сплативши додатковий страховий платіж.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 7.1. Для укладання Договору, Страхувальник подає Страховику заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.
- 7.2. Договір укладається у письмовій формі або електронній формі із використанням інформаційно-телекомунікаційних систем. Недотримання однієї із вказаних форм є підставою для визнання Договору недійсним.
- 7.3. При укладанні Договору Страховик має право запитати у Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки Страхового ризику.
- 7.4. При укладанні Договору щодо групи Застрахованих осіб, Страхувальник надає відомості щодо таких осіб. Список Застрахованих осіб, після його підписання Странами, є невід'ємною частиною Договору.
- 7.5. Факт укладання Договору може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору. Разом із Договором, Застрахованій особі може бути видано Ідентифікаційну картку.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 8.1. Договір укладається на строк від 1 (одного) дня до 1 (одного) року, якщо інший строк дії не передбачено Договором.
- 8.2. Договір набирає чинності, за умови отримання Страховиком суми Страхового платежу (першого Страхового внеску) у повному обсязі, якщо інше не передбачено Договором.
- 8.3. При виконанні п.8.2 Правил, в частині зобов'язань Страховика Договори 1-го типу набувають чинності з моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю при виїзді з Країни постійного проживання.
- 8.4. Дія Договору 1-го типу закінчується о 24-00 дати, визначеної у Договорі як дата закінчення його строку дії, але не пізніше моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час в'їзду ЗО до Країни постійного проживання.
- 8.5. Якщо Договором передбачена певна кількість днів перебування Застрахованої особи за кордоном при неодноразових зарубіжних поїздках ЗО протягом строку дії Договору, то, після закінчення кожної подорожі ЗО, максимальний загальний строк перебування Застрахованої особи за кордоном, протягом якого діють зобов'язання Страховика за Договором, зменшується на фактичну кількість днів перебування ЗО в подорожі.
- 8.6. Якщо, на дату закінчення строку дії Договору 1-го типу, Застрахованій особі, яка перебуває за кордоном, надавались медичні послуги, і вона потребує подальшого лікування у стаціонарному медичному закладі та, за медичним висновком, не підлягає репатріації у Країну постійного проживання, дію Договору може бути продовжено, але не більш, як на 15 (п'ятнадцять) днів понад дату закінчення його строку дії, якщо інше не зазначено у Договорі.
- 8.7. Договір 2-го типу в частині зобов'язань Страховика діє за умови знаходження Застрахованої особи на території України поза Місцем постійного проживання ЗО.
- 8.8. Місце дії Договору 1-го типу, укладеного на підставі цих Правил, зазначається у Договорі.
- 8.9. Договір 1-го типу може, зокрема, діяти:
- 8.9.1. на території країн, зазначених у Договорі;
- 8.9.2. на території всього світу, за виключенням країни постійного проживання.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

- 9.1.1. Перевіряти виконання Страховиком умов Договору та вимагати від Страховика здійснення Страхових виплат на користь Застрахованої особи у розмірах та у порядку, передбачених Договором при настанні Страхових випадків.
- 9.1.2. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у Страховій виплаті або її розмір.
- 9.1.3. На зміну умов Договору та на дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених цими Правилами та Договором.
- 9.1.4. У випадку втрати примірника Договору у період його дії, звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу дубліката.
- 9.1.5. Отримати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов укладеного Договору.
- 9.1.6. Звертатися до Страховика при настанні Страхового випадку за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 9.2.1. Своєчасно вносити Страхові платежі у розмірах та в строки, визначені Договором.
- 9.2.2. При укладанні Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику, і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну Страхового ризику протягом 2 (двох) робочих днів з дати отримання інформації про зміни.
- 9.2.3. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмету страхування.
- 9.2.4. У разі відмови від Договору, повернути Страховику свій примірник Договору.
- 9.2.5. Ознайомити Застраховану особу, що не є Страхувальником, з умовами Договору, якщо останній укладається щодо такої особи.
- 9.2.6. Повідомити Страховика про настання Події із Застрахованою особою у порядку та у строки, передбачені Договором.

9.2.7. В межах своєї компетенції, вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої особи та провадити усі можливі заходи, спрямовані на зменшення збитків, завданих внаслідок настання Події із Застрахованою особою.

9.3. Застрахована особа має право:

9.3.1. У разі настання Страхового випадку, при належному зверненні до Асистанса (Страховика), отримати передбачені Договором послуги в обсязі, передбаченому Договором.

9.3.2. При настанні Події, погоджувати з Асистансом або Страховиком всі свої дії, пов'язані з лікуванням, отриманням медичних чи інших послуг та оплатою вартості отриманих послуг за Договором, виконувати відповідні розпорядження/ рекомендації Асистанса і Страховика, пов'язані з Подією.

9.4. Застрахована особа зобов'язана:

9.4.1. Повідомити Страховика про настання Події у порядку та у строки, передбачені Договором, діяти згідно з положеннями Договору і цих Правил, виконуючи всі рекомендації Асистансу і Страховика.

9.4.2. Надавати, на вимогу Страховика, будь-яку необхідну інформацію для встановлення факту настання (обставин) Події, визначення розміру Страхової виплати.

9.4.3. В частині обставин Події звільнити Третіх осіб від обов'язку щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, а також, на вимогу Страховика, надати йому необхідні повноваження на одержання від Третіх осіб (лікарів, лікувальних закладів, інших організацій, які надавали Застрахованій особі послуги, передбачені умовами Договору) будь-якої інформації, пов'язаної з Подією.

9.4.4. При необхідності отримання медичних послуг за Договором, достовірно інформувати Асистанс, медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо його погіршення.

9.4.5. Належним чином зберігати страхові документи і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги; у разі втрати страхових документів, негайно сповістити про це Страховика.

9.4.6. За наявності конкретної особи, відповідальної за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю Застрахованої особи, внаслідок чого ЗО було надано послуги за Договором, передати Страховику всю наявну у ЗО інформацію (документи) для реалізації Страховиком права зворотної вимоги (регресу) до винної особи після проведення відповідної Страхової виплати.

9.5. Страховик має право:

9.5.1. Перевіряти інформацію, надану Страхувальником при укладенні Договору, а також виконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог і умов Договору.

9.5.2. Перед укладенням Договору провести додаткове медичне обстеження Застрахованої особи.

9.5.3. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання Події.

9.5.4. При необхідності, запитувати додаткові відомості, пов'язані з настанням Події, у Компетентних органах: медичних установах, правоохоронних органах, інших підприємствах, установах та організаціях, які володіють інформацією про обставини Страхового випадку, а також має право самостійно з'ясувати причини та обставини Страхового випадку.

9.5.5. Повністю або частково відмовити у Страховій виплаті у випадках, зазначених у Договорі та цих Правилах.

9.5.6. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) надання відомостей та документів, необхідних для встановлення обставин настання Події, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність зазначеної інформації.

9.6. Страховик зобов'язаний:

9.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

9.6.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання Страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення Страхової виплати.

9.6.3. При настанні Страхового випадку, здійснити Страхову виплату, відповідно до умов Договору, шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги під час здійснення ЗО подорожі (поїздки). Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі неустойки (пені), розмір якої визначається у Договорі.

9.6.4. Здійснювати контроль за своєчасністю та необхідністю надання Застрахованій особі послуг,

передбачених Договором.

9.6.5. У випадку відмови у Страховій виплаті, письмово сповістити про це Застраховану особу і Страхувальника, з мотивованим обґрунтуванням причин відмови, - у порядку та строки, що зазначені у Договорі.

9.6.6. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні Події, що має ознаки страхового випадку, щодо запобігання або зменшення шкоди, якщо це передбачено умовами Договору.

9.6.7. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника, Застрахованих осіб та їх майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9.7. Умовами Договору можуть бути передбачені інші права та обов'язки Страхувальника, Застрахованої особи та Страховика, що не суперечать чинному законодавству України.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. При настанні Події, що має ознаки Страхового випадку (необхідності отримання послуг, передбачених Договором), Застрахована особа (Страхувальник) протягом найкоротшого можливого строку, але, в будь-якому разі, не пізніше 24 годин, повинна:

10.1.1. Звернутися до Асистансу або Страховика за телефонами, вказаними у Договорі, та отримати інформацію щодо своїх подальших дій.

10.1.2. Якщо Застрахованій особі необхідна Швидка (екстрена) медична допомога, а повідомити про це до початку її отримання неможливо з **об'єктивних причин**, то Застрахована особа може самостійно звернутися до медичного закладу, що має відповідний дозвіл на здійснення медичної діяльності у Країні тимчасового перебування або відповідний договір із Асистансом. У цьому разі, повідомлення передається Асистансу або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Зазначені дії від імені Застрахованої особи може здійснити будь-яка Третя особа, яка знаходиться поруч та діятиме від імені Застрахованої особи: її родич, співробітник, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо.

10.1.2.1. **Об'єктивними причинами**, у цьому випадку, можуть вважатись:

- непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності особи, яка представляє її інтереси);
- відсутність діючих засобів зв'язку в місці перебування Страхувальника (Застрахованої особи).

10.1.2.2. Наявність зазначених об'єктивних причин повинна бути доведена Застрахованою особою документально.

10.1.3. Повідомити Асистансу (Страховику) наступну інформацію, якщо інше не передбачено Договором страхування:

- 1) прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- 2) номер Договору страхування;
- 3) місцезнаходження Застрахованої особи,
- 4) контактний телефон;
- 5) строк та територію дії Договору страхування;
- 6) розмір страхової суми та назву Програми страхування;
- 7) докладний опис обставин Події.

10.1.4. Виконувати розпорядження та/або рекомендації Асистансу або Страховика щодо своїх подальших дій. На вимогу представника Асистансу, Застрахована особа повинна надати документ, що підтверджує її особу (закордонний паспорт) та Договір.

10.1.5. Про настання Розладу здоров'я в результаті Нещасного випадку, Застрахована особа має сповістити Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів з дня її повернення із закордонної подорожі, за винятком випадків, коли:

- Застрахована особа (її представник) під час цієї подорожі, внаслідок такого Розладу здоров'я, зверталась до Асистансу за організацією надання медичних чи інших послуг;
- настала смерть Застрахованої особи.

10.1.6. Документально підтвердити строк свого знаходження в Країні тимчасового перебування.

10.1.7. Сприяти вживанню Страховиком або Асистансом необхідних заходів щодо визначення причин настання Події, її кваліфікації у якості Страхового випадку, розмірів понесених витрат.

10.1.8. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок Події.

10.1.9. Передати представнику Асистансу або Страховика невикористані авіа- або залізничні квитки в період їх чинності, а, у разі неможливості це зробити за станом здоров'я, - при першій нагоді.

10.2. У разі надання Застрахованій особі медичних послуг під час її перебування за кордоном, Страховик має право оплачувати витрати на лікування Застрахованої особи у Країні тимчасового перебування до тих пір, доки стан здоров'я такої Застрахованої особи не дозволить перевезти її в Країну постійного проживання для подальшого лікування. Рішення про доцільність транспортування Застрахованої особи (у т.ч. медичну репатріацію) та засоби його здійснення може приймати тільки Страховик та/ чи Асистанс, на підставі медичних висновків лікарів, призначених Страховиком (Асистансом). Якщо, за висновком лікарів, уповноважених Страховиком (Асистансом), транспортування ЗО (зокрема, медична репатріація у Країну постійного проживання) є можливим, а Страхувальник (Застрахована особа) відмовляється від цього, Страховик має право негайно припинити оплату витрат на лікування Застрахованої особи.

10.3. У разі смерті Застрахованої особи під час її закордонної поїздки, для організації Репатріації тіла (останків) померлої ЗО, Близькі родичі цієї Застрахованої особи повинні надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло (останки) померлого після перевезення труни на митну територію Країни постійного проживання Застрахованої особи.

10.4. Договором можуть бути передбачені інші (додаткові) дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні Події, згідно з умовами конкретного Договору.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. Страховик сплачує (в межах Страхової суми) вартість послуг, наданих Застрахованій особі згідно з умовами Договору, на підставі рахунків Спеціалізованих закладів, наданих Страховику: через Асистанс або безпосередньо Спеціалізованим закладам, або відшкодовує Застрахованій особі чи Третій особі грошові суми, сплачені за вказані послуги, що були надані ЗО.

11.2. Документи, необхідні для розрахунків Страховика з Асистансом чи Спеціалізованими закладами, визначаються згідно відповідних договорів, укладених між ними і Страховиком.

11.3. У випадку самостійної оплати Страхувальником (Застрахованою особою) чи Третьою особою послуг, наданих Застрахованій особі згідно з Договором, Страховик здійснює Страхову виплату на підставі наступних документів, якщо інший перелік документів не вказано у Договорі:

11.3.1. заяви Застрахованої особи (Страхувальника) або Третьої особи на отримання Страхової виплати за встановленою Страховиком формою;

11.3.2. Договору;

11.3.3. довідки-рахунку з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, переліком наданих послуг, загальною сумою до виплати;

11.3.4. рецептів, виписаних лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;

11.3.5. деталізованих рахунків за інші послуги з розбивкою їх за датами та вартістю, загальною сумою до виплати;

11.3.6. документів, що підтверджують здійснення витрат, передбачених Договором;

11.3.7. деталізованих рахунків за телефонні розмови (факсимільні/ електронні повідомлення), у яких зазначено номер телефону, дату, час та вартість кожної розмови;

11.3.8. документів, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, банківські квитанції з зазначеною сумою на переказ тощо);

11.3.9. копії закордонного паспорту (чи дитячого проїзного документу) Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю про перетин державного кордону Країни постійного проживання;

11.3.10. копії свідоцтва про смерть Застрахованої особи (у разі смерті ЗО);

11.3.11. копій паспорта та довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру ЗО;

11.3.12. У випадку звернення Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок дорожньо-транспортної пригоди з приводу пошкодження або поломки легкового автомобіля, Страховику додатково надається висновок відповідного автотоварознавчої експертизи (дослідження).

11.4. З урахуванням конкретних обставин Події, Страховик має право обґрунтовано вимагати додаткові документи для підтвердження факту та обставин настання Страхового випадку.

11.5. Усі документи повинні бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу та контактний телефон установи (організації), що видала документ.

11.6. Якщо інше не зазначено у Договорі, документи, зазначені у цьому розділі Правил, можуть надаватись Страховику у формі: оригінальних примірників; нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених органом, який видав відповідний документ, або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів.

11.7. Якщо документи, зазначені у цьому розділі Правил, надано Страховику не в належній формі або оформлені із порушенням загальних норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), Страхова виплата не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

11.8. При отриманні заяви на Страхову виплату, Страховик залишає за собою право вимагати здійснення за рахунок Застрахованої особи перекладу на українську мову документів, пов'язаних зі Страховим випадком (довідок, медичного висновку, рахунків тощо) або, якщо оплату перекладу було здійснено Страховиком самостійно, зменшити розмір Страхової виплати на вартість послуг з перекладу зазначених документів.

11.9. Заява на страхову виплату подається Страховику не пізніше ніж через 30 (тридцять) календарних днів після закінчення строку дії Договору. Інші необхідні та належним чином оформлені документи щодо Страхового випадку можуть бути надані Страховику протягом трьох років від дати його настання.

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

12.1. Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання від Страхувальника (Застрахованої особи, Третьої особи) усіх належним чином оформлених документів, вказаних у розділі 11 цих Правил (якщо інший строк не передбачено Договором), Страховик приймає рішення про здійснення Страхової виплати та оформлює відповідний Страховий акт, або приймає рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати та, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, письмово повідомляє про це особу, що склала заяву на отримання Страхової виплати (Страхувальника, Застраховану особу, Третю особу), з обґрунтуванням причин відмови.

12.2. У разі прийняття рішення про здійснення Страхової виплати, остання проводиться протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття Страховиком вказаного рішення, якщо інше не передбачено Договором.

13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

13.1. При настанні Страхового випадку, Страховик в межах Страхової суми або встановлених Договором Лімітів відповідальності, оплачує (відшкодовує) витрати, що підлягають відшкодуванню згідно з умовами Договору, в порядку, передбаченому цими Правилами та Договором.

13.2. Страховик здійснює Страхову виплату наступним чином (якщо інше не передбачено Договором страхування):

13.2.1. Асистансу, що оплатив витрати за надані Застрахованій особі послуги Спеціалізованого закладу.

13.2.2. Безпосередньо Спеціалізованому закладу за послуги, надані Застрахованій особі.

13.2.3. Застрахованій особі (Страхувальнику, Третій особі), що самостійно оплатила надані послуги, - з урахуванням умов та обмежень, зазначених в Договорі.

13.3. Перерахування коштів на рахунок Асистансу, згідно з п. 13.2.1 цих Правил, здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання Страхового випадку та визначають вартість фактично наданих ЗО необхідних послуг. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком та Асистансом.

13.4. Оплата безпосередньо Спеціалізованим закладам за надані Застрахованій особі послуги, згідно з п. 13.2.2 цих Правил, здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання Страхового випадку та визначають вартість фактично наданих ЗО необхідних послуг.

- 13.5.** Розмір Страхової виплати, що здійснюється Застрахованій особі (Страхувальнику, Третій особі), згідно з п. 13.2.3 цих Правил, за умови надання всіх документів, що зазначені у розділі 11 цих Правил та у відповідному розділі Договору, які підтверджують факт настання Страхового випадку, факт і розмір оплати за отриману допомогу (послуги), визначається наступним чином:
- 13.5.1.** за умови попереднього погодження переліку послуг та суми витрат з Асистансом або Страховиком (до їх оплати), Страховик сплачує вартість наданих послуг (здійснені витрати) у повному обсязі в межах Страхової суми (Ліміту відповідальності) за Договором;
- 13.5.2.** якщо витрати ЗО (перелік наданих послуг) не було попередньо погоджено з Асистансом або Страховиком, останній відшкодовує тільки суму витрат у межах Страхової суми/ Ліміту відповідальності, встановлених у Договорі щодо такого випадку.
- 13.6.** У випадку, коли Застрахована особа, з об'єктивних причин, не звернулася до Асистансу для отримання необхідної допомоги (послуг), та, внаслідок цього, повинна самостійно оплатити вартість наданої їй допомоги (послуг), вона зобов'язана узгодити із Асистансом чи Страховиком виставлений Спеціалізованим закладом рахунок (обгрунтованість суми витрат за надані послуги) до його оплати.
- 13.7.** Якщо вартість здійснених медичних та/ або інших витрат, оплата вартості яких передбачена Договором, перевищує обгрунтовані розміри таких витрат у певному регіоні, оцінені Асистансом, Страховик має право зменшити Страхову виплату на величину перевищення фактичних витрат над зазначеними обгрунтованими розмірами.
- 13.8.** Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не вжив необхідних і доцільних заходів для запобігання та зменшення витрат, що виникають внаслідок Події, а також усунення причин, що сприяють виникненню додаткових витрат, Страховик має право зменшити Страхову виплату на розмір додаткового збитку. Зокрема, Страховик має право зменшити Страхову виплату у разі невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я та, як наслідок, збільшення медичних витрат на лікування ЗО.
- 13.9.** Страхова виплата у випадках, передбачених п.13.2.3 цих Правил, здійснюється у строки, передбачені розділом 12 Правил.
- 13.10.** Страхова виплата здійснюється на підставі Страхового акта, що складається Страховиком або уповноваженою ним особою.
- 13.11.** Страхова виплата здійснюється з вирахуванням:
- 13.11.1.** Франшизи, вказаної у Договорі, - у розмірі та у випадках, передбачених Договором.
- 13.11.2.** Витрат на переклад документів, зазначених у п.11.8 цих Правил, що пов'язані зі Страховим випадком.
- 13.12.** Страхова виплата на території України здійснюється у грошовій одиниці України за курсом НБУ на день настання Страхового випадку, з вирахуванням всіх податкових витрат за законом, якщо інший порядок розрахунків не передбачений Договором та не суперечить чинному законодавству України.
- 13.13.** Якщо дія Договору поширюється на іноземну територію, відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то Страхові виплати здійснюються відповідно до укладених угод та регулюються відповідно до чинного законодавства України про валютне регулювання.
- 13.14.** Загальна сума Страхових виплат за всіма Страховими випадками за Програмою страхування не може перевищувати Лімітів відповідальності та загальної Страхової суми, що встановлені Договором для відповідної Застрахованої особи.
- 13.15.** Страховик не відшкодовує ту частину збитків, що перевищує Страхову суму (відповідний Ліміт відповідальності) за Договором.
- 13.16.** Якщо до Договору було внесено зміни, оформлені належним чином, стосовно розміру Страхової суми, Страховик здійснює Страхову виплату з врахуванням останньої зміни, що набула чинності до дати настання Страхового випадку.
- 13.17.** Якщо Страхова виплата за Договором щодо конкретної Застрахованої особи здійснена у розмірі повної Страхової суми, встановленої для такої ЗО, дія Договору щодо такої Застрахованої особи припиняється.
- 13.18.** Якщо інше не передбачено Договором, після здійснення Страховиком Страхової виплати, яка становить частину Страхової суми, Договір зберігає чинність до закінчення строку його дії. При цьому, розмір Страхової суми щодо конкретної Застрахованої особи зменшується на суму Страхової виплати, здійсненої на користь такої Застрахованої особи.

13.19. У разі виникнення спорів між Сторонами щодо кваліфікації Події у якості Страхового випадку, причин та обставин Події, виникнення сумнівів щодо достовірності інформації, зазначеної в документах, кожна із Сторін має право за свій рахунок вимагати проведення незалежної експертизи та/або робити відповідні запити.

13.20. Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медичної та іншої допомоги та послуг, що вказані в Договорі, застраховані у кількох страховиків, то, у разі настання Страхового випадку, страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати дійсної вартості послуг, наданих Застрахованій особі. При цьому, кожний страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування.

13.21. У випадку отримання Страхувальником (Застрахованою особою) відшкодування понесених витрат від особи, відповідальної за заподіяний збиток, після здійснення Страховиком Страхової виплати, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів повернути Страховику отриману Страхову виплату. Якщо збиток відшкодовано частково і відшкодована сума менша від належної суми Страхової виплати, то здійснення Страхової виплати Страховиком проводиться за вирахуванням суми, отриманої Страхувальником (Застрахованою особою) від особи, відповідальної за заподіяний збиток.

13.22. Якщо, після здійснення Страхової виплати, виявляться такі обставини, що повністю або частково позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на її отримання, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повернути Страховикові виплачену суму (відповідну її частину) протягом 10 (десяти) робочих днів з дня виявлення таких обставин.

14. ПІДСТАВИ ДЛЯ ЗАТРИМАННЯ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.11. Страховик має право затримати Страхову виплату, якщо:

14.11.1. Він має обґрунтовані сумніви щодо майнового інтересу особи, яка вимагає отримання Страхової виплати, зокрема, якщо не визначено спадкоємців Застрахованої особи, що померла внаслідок настання Страхового випадку. Питання про здійснення Страхової виплати вирішується протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання Страховиком належного документу на підтвердження майнового інтересу особи, яка вимагає здійснення Страхової виплати на свою користь.

14.11.2. Відповідними Компетентними органами, за наявності протиправних дій щодо життя та здоров'я Застрахованої особи, щодо якої Страховику подані документи для здійснення Страхової виплати, було порушено кримінальне провадження і проводиться досудове розслідування обставин, що призвели до виникнення шкоди. Питання про здійснення Страхової виплати вирішується протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після зупинення або закінчення зазначеного розслідування, закриття кримінального провадження тощо.

14.11.3. Мають місце обґрунтовані сумніви Страховика з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин Події ознакам Страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у Страховій виплаті, – на строк, необхідний для встановлення істини щодо дійсних обставин Події, але не більше ніж на 6 (шість) місяців, якщо інший строк не передбачено Договором.

14.11.4. За наявності обставин, вказаних у п. 11.7 цих Правил.

ПРИМІТКА. Про затримання Страхової виплати Страховик письмово повідомляє особу, яка вимагає отримання Страхової виплати (Страхувальника, Застраховану особу, Третю особу) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття відповідного рішення, з обґрунтуванням підстав такого затримання.

14.12. Підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхової виплати є:

14.12.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи або Третьої особи, що претендує на отримання Страхової виплати), 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 (Застрахованої особи або Третьої особи, що претендує на отримання Страхової виплати), встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

14.12.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою або Третьою особою, що претендує на отримання Страхової виплати), умисного злочину, що призвів до Страхового випадку.

- 14.12.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про Застраховану особу або факт настання Страхового випадку.
- 14.12.4. Несвоечасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання Страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та наслідків Страхового випадку.
- 14.12.5. Наявність обставин, передбачених розділом 5 цих Правил.
- 14.12.6. Невиконання Страхувальником своїх обов'язків, зазначених у п.п.9.2, 9.4, розділі 10 цих Правил.
- 14.12.7. Відсутність (часткова або повна) документів, вказаних у розділі 11 цих Правил та необхідних для здійснення Страхової виплати.
- 14.12.8. Інші випадки, передбачені законом.
- 14.13. Умовами Договору можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у здійсненні Страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ І ЗМІНИ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 15.11. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у випадках:
- 15.11.1. закінчення строку його дії;
- 15.11.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 15.11.3. несплати Страхувальником Страхових платежів у встановлені Договором строки. При цьому, Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору;
- 15.11.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених ст.22, 23, 24 Закону України “Про страхування”;
- 15.11.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 15.11.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним.
- 15.11.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 15.12. Договір, за яким кількість Застрахованих осіб більше, ніж 1 (одна), в частині конкретної Застрахованої особи припиняє свою дію, якщо виплати по одному або декількох Страхових випадках щодо відповідної особи склали 100% встановленої для неї Страхової суми, та зберігає свою силу до кінця вказаного в ньому строку дії щодо інших Застрахованих осіб.
- 15.13. Дія Договору не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору, та якщо інше не передбачено умовами такого Договору та законодавством України.
- 15.14. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до передбачуваної дати припинення дії Договору, якщо інше не вказано у Договорі.
- 15.15. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку Страхового тарифу, сум фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.
- 15.15.1. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням умов Договору Страховиком, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним Страхові платежі повністю.
- 15.16. Договір, укладений на період одноразової поїздки за кордон, може бути достроково припинений, на вимогу Страхувальника, не пізніше, як за одну добу до дати початку його дії, яка зазначена у Договорі.
- 15.16.1. При цьому, якщо припинення дії Договору проводиться на вимогу Страхувальника, обумовлену відмовою від поїздки або зміною її строків, Страховик має право при поверненні Страхувальнику Страхового платежу утримати 20% цієї суми, якщо інший відсоток вирахування нормативних витрат на ведення справи не передбачено Договором.
- 15.17. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним Страхові платежі.
- 15.17.1. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику Страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії

Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних Страхових виплат, що були здійснені за Договором.

15.18. Дію Договору 1-го типу, укладеного на період одноразової подорожі Застрахованої особи за кордон, не може бути достроково припинено **після** початку цієї поїздки.

15.19. Будь-які зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені виключно за наявності згоди Сторін, шляхом оформлення відповідної Додаткової угоди до Договору.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.11. Спори між сторонами Договору вирішуються шляхом переговорів.

16.12. При неможливості вирішення спорів шляхом переговорів, вони вирішуються у судовому порядку, відповідно до умов Договору і законодавства України.

17. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

17.11. За недотримання принципів виконання зобов'язань, невиконання або неналежне виконання зобов'язань за Договором, Сторони несуть відповідальність відповідно до законодавства України.

17.12. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору або законом. При цьому, максимальний розмір пені, встановленої Договором, не може перевищити подвійної облікової ставки НБУ від суми заборгованості за кожен день прострочки виконання грошових зобов'язань.

17.13. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором при настанні обставин непереборної сили, надалі - форс-мажор.

17.14. Під форс-мажором розуміються зовнішні і надзвичайні події, які описуються сукупністю таких умов:

- такі події настали після набрання чинності Договором в частині обов'язків Страховика;
- ці події не зазначені у розділі 5 цих Правил;
- вони виникли незалежно від волі Сторін, і, при цьому, їх настанню і подальшій дії Сторони не могли протистояти за допомогою всіх розумних зусиль і засобів, які могли бути застосовані по відношенню до конкретних проявів непереборної сили;
- часткове або повне невиконання будь-якою із Сторін зобов'язань за Договором є прямим наслідком дії обставин непереборної сили.

17.15. Сторона, яка підпала під дію таких обставин, повинна не пізніше 3 (трьох) робочих днів з моменту їх настання повідомити про це іншу Сторону. В іншому випадку, така Сторона при невиконанні своїх зобов'язань за Договором втрачає право на посилення на вплив зазначених обставин.

17.16. Сторона, для якої склалася неможливість виконання обов'язків внаслідок впливу обставин непереборної сили, повинна надати іншій Стороні підтвердження про настання таких обставин та про їх безпосередній вплив на можливість невиконання обов'язків.

17.17. Відповідним доказом строку дії обставин форс-мажору вважається офіційне підтвердження, що надається Торгово-промисловою палатою України або іншим державним органом, що повинно бути направлено Стороною, яка попала під дію даних обставин іншій Стороні. Сторона, що підпадає під дію обставин форс-мажору, має право перенести термін виконання обов'язків за Договором на період, протягом якого будуть діяти зазначені обставини.

17.18. Після закінчення дії таких обставин, Сторона, яка попала під їх вплив, зобов'язана протягом 7 (семи) робочих днів виконати належним чином зобов'язання, згідно умов Договору.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

18.11. При укладанні Договорів, Сторони мають право встановлювати додаткові умови страхування, не зазначені у цих Правилах та які не суперечать ним і чинному законодавству України.

Тарифи при добровільному страхуванні медичних витрат

1. Загальні положення

1.1. Добровільне страхування медичних витрат здійснюється ТДВ "СК "ЕКСПО СТРАХУВАННЯ", у відповідності з "Правилами добровільного страхування медичних витрат № 21 (нова редакція)" від 24 вересня 2019 р., надалі – Правила.

1.2. Остаточний розмір страхового тарифу визначається шляхом добутку базового страхового тарифу і коригуючих коефіцієнтів.

2. Базові тарифи і коригуючі коефіцієнти

2.1. При добровільному страхуванні медичних витрат на умовах Правил, застосовуються базові страхові тарифи Тб, наведені у табл.1:

Таблиця 1

Базові одноденні страхові тарифи Тб, %
при добровільному страхуванні медичних витрат

№ групи витрат	Види послуг, що надаються за Договором (класифікація і нумерація згідно розділу 4 Правил)	Тб, %
1	Медичні і медико-транспортні послуги (п.п.4.3.1 - 4.3.5)	0,0020
2	Транспортні послуги (п.4.3.6)	0,0002
3	Адміністративні послуги (п.4.3.7)	0,0001
4	Юридична допомога (п.4.3.8)	0,0001
5	Технічна допомога (п.4.3.9)	0,0030

2.2. К₁ - коефіцієнт розміру страхової суми, визначається згідно табл.2:

Таблиця 2

№ з/п	Розмір страхової суми, одиниць **	К ₁
1	<= 10 000	3,0 - 4,0
2	> 10 000 <= 15 000	2,0 - 3,5
3	> 15 000 <= 30 000	0,9 - 2,5
4	> 30 000 <= 50 000	0,7 - 1,5
5	> 50 000 <= 70 000	0,6 - 1,3
6	> 70 000	0,5 - 1,2

** Для Договорів 1-го типу одиницею страхової суми є долар США або Євро;
Для Договорів 2-го типу одиницею страхової суми є гривня.

2.3. К₂ - коефіцієнт кількості днів перебування Застрахованої особи (ЗО) за кордоном під час строку дії Договору, визначається згідно табл.3:

Таблиця 3

№ з/п	Кількість днів перебування ЗО за кордоном під час строку дії Договору, днів	К ₂
1	1 - 8	0,55 - 1,30
2	9 - 16	0,50 - 1,15
3	17 - 30	0,50 - 1,00
4	31 - 60	0,45 - 0,85
5	61 - 90	0,45 - 0,85
6	91 - 180	0,40 - 0,90
7	181 - 365	0,35 - 0,80

2.4. K_3 - коефіцієнт кількості Застрахованих осіб (ЗО), застрахованих за одним Договором, визначається згідно табл.4:

Таблиця 4

№ з/п	Кількість ЗО	K_3
1	1 - 10	1.00
2	11 - 20	0,95
3	21 - 30	0,90
4	31 - 50	0,85
5	> 50	0,80

2.5. В залежності від інших факторів, що мають суттєвий вплив на ступінь ризику: вік Застрахованої особи, розмір франшизи, місце (територія) дії Договору, робота ЗО за наймом при перебуванні за кордоном, заняття ЗО спортом під час подорожі тощо, може бути застосований коригуючий коефіцієнт K_4 (в частині як збільшення, так і зменшення страхового тарифу), розмір якого становить **від 0,3 до 9,0**.

3. Остаточний розмір Страхового тарифу T розраховується за формулою (1):

$$T = T_6 \times K_1 \times K_2 \times K_3 \times K_4, \quad (1),$$

де величини T_6, K_1, K_2, K_3, K_4 приймаються згідно п. 2.1 – 2.5 цього Додатку.

4. Норматив витрат Страховика на ведення справи становить 60% від розміру страхового тарифу, якщо менший розмір нормативу не передбачено умовами Договору страхування.

Актуарій



Борець Владислав Анатолійович
свідоцтво № 01-032 від 15.05.2018



НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ,
ЩО ЗДІЙСНЮЄ ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ
ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ

РОЗПОРЯДЖЕННЯ

29. 10. 2019

Київ

№ 2100

Про реєстрацію ТОВАРИСТВУ З
ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЕКСПО
СТРАХУВАННЯ» правил добровільного
страхування, викладених у новій редакції

За результатами розгляду листа ТОВАРИСТВА З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЕКСПО СТРАХУВАННЯ» про реєстрацію правил добровільного страхування, викладених у новій редакції, від 30.09.2019 № 360/19 (вх. № П 2413 від 30.09.2019), відповідно до пункту 3 частини першої статті 28 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», частини третьої статті 17 Закону України «Про страхування», на підставі підпункту 62 пункту 4 Положення про Національну комісію, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, затвердженого Указом Президента України від 23.11.2011 № 1070, Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з надання фінансових послуг (крім професійної діяльності на ринку цінних паперів), затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 07.12.2016 № 913, Характеристики та класифікаційних ознак видів добровільного страхування, затверджених розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 09.07.2010 № 565, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 16.11.2010 за № 1119/18414, Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, **постановила:**

1. Зареєструвати ТОВАРИСТВУ З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЕКСПО СТРАХУВАННЯ» (код за ЄДРПОУ 35392462; місцезнаходження: 02002, м. Київ, вул. А. Шептицького, будинок 14, офіс 81) Правила добровільного страхування медичних витрат, викладені в новій редакції, затверджені директором ТДВ «СК «ЕКСПО СТРАХУВАННЯ» Іванцівим А.Є. 30.09.2019.

2. Управлінню забезпечення діяльності Голови та членів Комісії забезпечити оприлюднення рішення на офіційному веб-сайті Нацкомфінпослуг у мережі Інтернет.

3. Контроль за виконанням розпорядження покласти на члена Нацкомфінпослуг Максимчук О.В.

Голова Комісії

І. Пашко

Згідно з чинним законодавством
відповідно до колегіального рішення Комісії

Протокол № 90 засідання
Комісії від 29.10.2019