

Відкрите Акціонерне Товариство «Страхова Компанія «Країна»

“ЗАТВЕРДЖЕНО”

Голова Правління СК «Країна»
О.І. Небилиця
« » 2009 р.



Правила добровільного страхування медичних витрат

м. Київ - 2009р.

З М І С Т

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ	3
1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	4
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	4
3. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	4
4. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	5
5. СТРАХОВА СУМА.СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ	5
6. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ	5
7. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	6
8. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНИХ ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ	8
9. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	10
10. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	10
11. ЗМІНА УМОВ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	11
12. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	12
13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	13
14. ОСОБЛИВІ УМОВИ	13
Додаток 1. СТРАХОВІ ТАРИФИ	14

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

У цьому розділі наведені терміни, що використовуються в даних Правилах, і значення, в якому їх слід розуміти в контексті цих Правил.

Асистуюча компанія – 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.

Договір страхування - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

Застрахована особа - фізична особа на користь якої Страхувальником укладений із Страховиком договір страхування, лише за її згодою, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

Страхувальники - фізичні особи (в тому числі суб'єкти підприємницької діяльності) та/або юридичні особи, незалежно від форм власності, резиденти та нерезиденти України, які укладають зі Страховиком договори добровільного страхування медичних витрат.

Страховик – Відкрите акціонерне товариство Страхова компанія «Країна», від імені якого укладається договір (договори) добровільного страхування медичних витрат.

Ліміт відповідальності Страховика - граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який за згодою сторін може встановлюватись за окремими видами послуг.

Медичний заклад - заклад охорони здоров'я, а також приватні лікарі, які отримали у встановленому законодавством порядку право на здійснення медичної діяльності (надання медичної допомоги та послуг).

Нещасний випадок – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок впливу різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних) та призвела до тимчасового або постійного (встановлення груп інвалідності) розладу здоров'я Застрахованої особи та/або її загибелі (смерті).

Раптове захворювання - раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, вимагає невідкладного надання медичної допомоги.

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

Страховий випадок - подія, передбачена договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхової суми Страхувальнику, Застрахованій особі або іншій третій особі..

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

Страхова премія - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

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

Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

Третя особа - організація або установа, яка згідно з чинним законодавством має право на проведення своєї діяльності, та надає допомогу (послугу) або організує надання допомоги Застрахованій особі під час її перебування за кордоном у разі настання нещасного випадку або раптового захворювання, інших подій, передбачених програмами страхування, які зазначені у Додатку № 1 до цих Правил.

Умовна одиниця (у. о.) — позначення грошової суми в доларах США або Євро еквівалентної суми в гривнях по офіційному курсу НБУ.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Правила добровільного страхування медичних витрат (надалі – „Правила”) розроблені відповідно Закону України «Про страхування» № 86/96-ВР від 07.03.96 року зі змінами та доповненнями. Правила регулюють відносини між Страховиком та Страхувальником по добровільному страхуванню медичних витрат у разі раптового захворювання, нещасного випадку або іншої непередбаченої події під час перебування Страхувальника (Застрахованої особи) за кордоном, що передбачені Договором страхування.

1.2. Страховик відповідно до чинного законодавства і на підставі цих Правил укладає зі Страхувальниками Договори добровільного страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням медичних послуг під час їх (Застрахованих осіб) перебування за кордоном.

1.3. Страхувальниками можуть бути фізичні особи (в тому числі суб'єкти підприємницької діяльності) та/або юридичні особи, незалежно від форм власності, резиденти та нерезиденти України, які укладають зі Страховиком Договори добровільного страхування медичних витрат (далі Договір страхування).

1.4. Застрахованими особами можуть бути фізичні особи (в тому числі суб'єкти підприємницької діяльності) та/або юридичні особи, незалежно від форм власності, резиденти та нерезиденти України, про страхування яких укладаються зі Страховиком Договори добровільного страхування медичних витрат.

1.5. Договір страхування має бути оформлений у письмовій формі. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

1.6. На Застраховану особу поширюються права та обов'язки Страхувальника.

1.7. Страхувальники мають право укладати Договори страхування медичних витрат особисто себе або третіх осіб (надалі - Застраховані особи) за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

3. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, яка встановлена Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Заява повинна містити усі необхідні, на думку Страховика, відомості про предмет Договору страхування, і підписана Страхувальником.

Подання Заяви не зобов'язує Страховика та Страхувальника укладати Договір страхування.

3.2. При укладанні Договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника-юридичної особи баланс або довідку про фінансовий стан, підтвержені аудитором (аудиторською фірмою), та інші документи, необхідні для оцінки Страховиком страхового ризику.

3.3. При укладанні договору страхування Страхувальник-фізична особа зобов'язаний сповістити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають суттєве значення для визначення ступеня страхового ризику та на запит Страховика надати необхідні документи для оцінки Страховиком страхового ризику.

3.4. При укладанні Договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) звільняє лікарів медичних закладів від зобов'язань дотримання лікарської таємниці перед Страховиком.

3.5. У випадку страхування групи осіб, Договір страхування може бути виданий як на кожного члена групи, так і на всю групу, в цьому випадку до Договору страхування додається

список Застрахованих осіб за визначеною Страховиком формою, який складає невід'ємну частину Договору страхування.

3.6. У випадку втрати оригіналу Договору страхування в період його дії Страховик видає Страхувальнику дублікат.

4. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Строк дії Договору страхування визначається за згодою сторін та вказується у Договорі страхування.

4.2. Місце дії Договору страхування може бути територія будь-якої країни світу, за виключенням країни постійного проживання Застрахованої особи, території країн, де ведуться військові дії, якщо інше не обумовлено Договором страхування. Конкретна територія дії Договору страхування визначається при його укладанні і вказується в Договорі страхування.

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

4.4. Якщо внаслідок страхового випадку під час подорожі Застрахованій особі необхідне лікування, тривалість якого перевищує строк дії Договору страхування, то строк дії страхового захисту автоматично продовжується до настання моменту, коли за медичними показами стане можливим повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання або до моменту, коли витрати досягнуть ліміту відповідальності Страховика по Договору страхування.

4.5. Якщо Договір страхування передбачає багаторазові подорожі протягом строку дії Договору страхування, то Страховик несе відповідальність у межах тієї кількості днів, яка зазначена в Договорі страхування, а при кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії Договору, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

5. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ

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

5.2. Страхова сума встановлюється за погодженням сторін та зазначається в Договорі страхування.

5.3. В межах страхової суми, Договором страхування можуть встановлюватися ліміти відповідальності Страховика щодо страхових виплат за окремими видами медичних витрат.

5.4. Загальна сума страхових виплат по страхових випадках не може перевищувати відповідних лімітів та загальної страхової суми, що встановлені Договором страхування.

5.5. Страховий тариф встановлюється у відсотках від страхової суми. Базові страхові тарифи, що застосовуються при укладанні Договорів страхування на підставі цих Правил, зазначені в Додатку 1 до цих Правил.

5.6. Страхова премія визначається згідно зі страховим тарифом, розмір якого встановлюється у Договорі страхування залежно від предмета Договору страхування, страхових сум (лімітів відповідальності), розміру франшизи, строку страхування та інших чинників в залежності від конкретних умов страхування.

5.7. Страхова премія може бути сплачена готівкою або по безготівковому розрахунку.

6. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

6.1. За цими Правилами страховий ризик - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання, а саме:

6.1.1. раптове захворювання Застрахованої особи;

6.1.2. нещасний випадок із Застрахованою особою;

6.1.3. смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання;

6.1.4. необхідність звернення Застрахованої особи до медичного закладу та/або Асистуючої компанії в інших випадках, передбачених Договором страхування.

6.2. Страховим випадком є подія, передбачена Договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату шляхом відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі, Асистуючій компанії або третій особі) витрат за надані медичні послуги, у межах та в обсязі умов та лімітів страхування, передбачених Договором страхування.

6.3. За умовами цих Правил, якщо Договором страхування не передбачено інше, Страховик відшкодовує документально підтверджені витрати на медичні та медико-транспортні послуги:

6.3.1. швидкої медичної допомоги;

6.3.2. амбулаторного лікування;

6.3.3. стаціонарного лікування;

6.3.4. стоматологічної допомоги;

6.3.5. медичних перевезень;

6.3.6. репатріації останків Застрахованої особи до місця її постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи за кордоном внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку.

6.4. Умовами Договору страхування може бути передбачене також відшкодування витрат на інші додаткові послуги, необхідність в яких виникає внаслідок настання страхового випадку, а саме:

6.4.1. перевезення транспортним засобом до найближчого медичного закладу, якщо цього потребує стан здоров'я Застрахованої особи;

6.4.2. евакуація неповнолітніх дітей до місця постійного проживання у разі, якщо внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, що трапились з дорослими, діти, які з ними подорожують та застраховані за цим Договором, втрачають можливість нагляду з боку дорослих, а також транспортні витрати на супроводжуючу особу при необхідності супроводу;

6.4.3. транспортні витрати на супроводжуючу особу при наявності медичної довідки про необхідність супроводу;

6.4.4. дострокове повернення до країни постійного проживання (проїзд економічним класом) Застрахованої особи у разі виникнення у країні (у місці) тимчасового перебування обставин, небезпечних для життя та здоров'я: терористичних актів, стихійних явищ природи, військових дій чи народних заворушень;

6.4.5. проїзд економічним класом в обидва боки однієї особи з числа членів сім'ї Застрахованої особи та проживання цієї особи в готелі не більше строку, визначеного у Договорі страхування, в разі госпіталізації Застрахованої особи терміном більше 10 (десяти) днів у критичному стані і неможливості її евакуації до місця постійного проживання за медичними показниками.

6.5. Страхування може бути здійснене на випадок однієї, декількох чи усіх подій, зазначених в п.п. 6.1., 6.3. та 6.4. цих Правил.

6.6. Конкретний перелік, зміст та обсяг витрат, що відшкодовуються Страховиком зазначається в Договорі страхування.

7. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування не може бути укладений на користь Осіб:

7.1.1. визнаних у встановленому порядку недієздатними;

7.1.2. молодших за один рік та старших за 70 років на день укладення Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування;

7.1.3. інвалідів I групи;

7.1.4. осіб, які мають медичні протипоказання відносно поїздки за кордон;

7.2. Укладені Договори страхування на користь перелічених осіб вважаються недійсними з моменту їх укладання.

7.3. Страховик не несе відповідальності за витрати, пов'язані з:

7.3.1. лікуванням через нещасні випадки, викликані військовими діями будь-якого роду і їх наслідками, масовими безпорядками, повстаннями та іншими акціями громадської непокори, участь в терористичних актах;

7.3.2. лікуванням внаслідок впливу радіації або радіоактивного забруднення;

- 7.3.3.** лікуванням у разі спроби самогубства або витрати у разі смерті Застрахованої особи, коли вона скінчила життя самогубством (за винятком випадків, коли вона була доведена до цього протиправними діями третіх осіб), або, бажаючи отримати страхову виплату, навмисно себе травмувала або попросила це зробити іншу особу;
- 7.3.4.** курсом лікування захворювань, що виникли в результаті невиконання вимог щодо вакцинацій та щеплень, обов'язкових при в'їзді в країну подорожі;
- 7.3.5.** лікуванням через скоєння Застрахованою особою умисного правопорушення за кордоном, як за законами, що діють в країні перебування, так і за законами, що діють в країні постійного місця проживання Застрахованої особи;
- 7.3.6.** медичними послугами у зв'язку з раптовою хворобою або нещасним випадком, що сталися внаслідок вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, або вживання не прописаних лікарем ліків, іншими випадками самолікування;
- 7.3.7.** санаторно-курортним лікуванням;
- 7.3.8.** лікуванням в країні постійного місця проживання;
- 7.3.9.** лікуванням, що сталося за межами території дії Договору страхування;
- 7.3.10.** діагностикою вагітності, передчасними пологами (викидень), пологами і їх ускладненнями; проведенням абортів, крім випадків, коли аборт був необхідний внаслідок нещасного випадку або раптової хвороби, а також витрати, пов'язані з вагітністю, пологами та їх ускладненнями після 3-го місяця вагітності;
- 7.3.11.** лікуванням венеричних захворювань, захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (хламідіоз, трихомоніаз, уреоплазмоз, мікоплазмоз, ано-генітальний герпес, тощо), СНІДу, а також всіх хвороб, викликаних ВІЛ-інфекцією;
- 7.3.12.** лікуванням онкологічних захворювань, хвороб крові пухлинного походження включно;
- 7.3.13.** лікуванням дерматитів, кропивниць та еритем, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;
- 7.3.14.** діагностикою і лікуванням природжених, хронічних захворювань і хвороб, що почалися ще під час перебування в країні постійного місця проживання. В таких випадках сплачуються лише витрати на негайну медичну допомогу, необхідну для врятування життя Застрахованої особи;
- 7.3.15.** пластичними, косметичними операціями, купівлею і ремонтом допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, кардіостимуляторів, протезів та інших засобів);
- 7.3.16.** лікуванням або витратами у разі смерті Застрахованої особи внаслідок ДТП, якщо транспортним засобом керувала Застрахована особа, не маючи прав водія чи знаходячись під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, а також, якщо вона, заздалегідь про це знаючи, їхала у транспортному засобі, яким керувала особа, що не має прав водія, чи знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин;
- 7.3.17.** психотерапевтичного і психіатричного лікування, сугестивного лікування, лікування методами "нетрадиційної" медицини (мануальна терапія, голкорексфлексотерапія, гомеопатія тощо), косметологічного лікування та усіх видів і форм немедичного лікування, а також водолікування, геліотерапію, реабілітаційну, навчальну та фізичну терапію;
- 7.3.18.** наданням послуг, що не є необхідними з медичної точки зору, чи з лікуванням, не призначеним лікарем;
- 7.3.19.** наданням послуг медичним закладом, що не має відповідної ліцензії, або особою, що не має права на здійснення медичної діяльності;
- 7.3.20.** наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, послуг перукаря, масажиста, косметолога, таксі і т. ін.;
- 7.3.21.** водолікуванням, геліотерапією та косметичним лікуванням, якщо воно не зумовлене травмою, одержаною внаслідок нещасного випадку в період дії договору страхування;
- 7.3.22.** реабілітацією та фізіотерапією;
- 7.3.23.** штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, витрати по запобіганню вагітності;
- 7.3.24.** поточним обслідування зору та слуху;
- 7.3.25.** платним лікуванням у медичному закладі, а також будь-які витрати у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування;

- 7.3.26. утриманням компаньйонів або членів родини Застрахованої особи під час госпіталізації Застрахованої особи, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
- 7.3.27. лікуванням Застрахованої особи родичами та догляд за нею, незалежно від того, чи є вони медичними працівниками;
- 7.3.28. послугами і лікуванням, які вважаються експериментальними або носять дослідницький характер;
- 7.3.29. професійною помилкою лікаря, або іншої особи, яка надавала послуги страхувальнику (Застрахованій особі);
- 7.3.30. алергічними захворюваннями, які не потребують невідкладної медичної допомоги та не створюють загрозу для життя Застрахованої особи;
- 7.3.31. протезуванням, в тому числі забезпечення зубними протезами або штучними зубами (крім екстреної допомоги з метою запобігання ускладнень при прийнятті їжі);
- 7.3.32. стоматологічними послугами, крім екстреної допомоги у випадку гострого зубного болю або допомоги, необхідної для лікування наслідків нещасного випадку;
- 7.3.33. коригуючим або реабілітаційним лікуванням, лікуванням на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших курортних закладах.
- 7.4. Не підлягають відшкодуванню витрати, пов'язані з наданням Застрахованій особі послуг та/або медичної допомоги у випадках:**
- 7.4.1. якщо поїздка за кордон була здійснена Застрахованою особою з метою одержання лікування;
- 7.4.2. здійснення Застрахованою особою закордонної подорожі, незважаючи на медичні протипоказання;
- 7.4.3. заняття Застрахованою особою за кордоном фізичною працею, полюванням, професійним заняттям спортом, будь-якими гоночними випробуваннями, випробуваннями на швидкість чи тривалість або гоночними тренуваннями, тренуваннями на швидкість чи тривалість, крім виняткових випадків, активними видами спорту, якщо інше не обумовлено Договором страхування;
- 7.4.4. не виконання правил техніки безпеки Застрахованою особою;
- 7.5. Страховими випадками, згідно з цими Правилами страхування, не визнаються події, які призвели до витрат, що понесла Застрахована особа під час перебування за кордоном, а саме:**
- 7.5.1. у випадку звернення в медичний заклад без узгодження з Асистуючою компанією будь-які витрати, про які не було заявлено на протязі 24 годин з моменту настання подій визначених у п.п. у 6.1.1. та 6.1.2. цих Правил;
- 7.5.2. медичні витрати, які з медичного погляду можна відкласти до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання або країну, громадянином якої вона є;
- 7.5.3. витрати, що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показниками), що вона сама, чи в супроводі іншої особи, може повернутися до країни постійного місця проживання;
- 7.5.4. витрати, що виникли після дати закінчення терміну дії Договору страхування;
- 7.6. договором страхування можуть бути встановлені інші виключення та обмеження страхування.

8. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНИХ ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

8.1. У разі настання події, що передбачена Договором страхування, Застрахована особа зобов'язана протягом 24 годин з моменту настання події повідомити Асистуючу компанію, до якої можна звернутися за телефонами, що вказані у Договорі страхування і повідомити таку інформацію:

- назву Страхової компанії;
- прізвище Застрахованої особи;
- серію та номер Договору страхування;

- характер події, що сталася;
- адресу і телефон лікувального закладу, де перебуває Застрахована особа (якщо з вагомих причин Застрахована особа опинилася в медичному закладі без попереднього узгодження з Асистуючою компанією).

8.2. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена допомога, а повідомити про це неможливо з об'єктивних причин до початку її отримання, таке повідомлення передається Асистуючій компанії або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

8.3. Після одержання інформації Асистуюча компанія організовує Застрахованій особі необхідну послугу, передбачену Договором страхування, а також робить сплату витрат відповідно до укладеного Договору страхування. У випадках неможливості сплати перелічених послуг Асистуючою компанією, передбачається сплата витрат Страхувальником або Застрахованою особою самостійно. В цьому випадку страхова виплата буде сплачена Страховиком після повернення Застрахованої особи до країни проживання та надання необхідних документів для об'єктивного розгляду справи.

8.4. Якщо Застрахована особа користувалася послугами, організованими через Асистуючу компанію, розрахунки за надані послуги здійснюються без участі Застрахованої особи, а саме Страховик сплачує (в межах страхової суми) вартість наданих послуг на підставі рахунків медичних або інших закладів, наданих Страховику через Асистуючу компанію або безпосередньо медичним або іншим закладом.

8.5. Якщо Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість наданих медичних та інших послуг, їй повертається витрачена сума на підставі наступних документів:

- заяви Застрахованої особи;
- оригіналу Договору страхування;
- документа, що підтверджує Особу Застрахованої особи;
- рахунків на оплату медичних послуг, наданих Застрахованій особі, та фіскальні чеки (платіжні доручення), що посвідчують факт їх сплати;
- оригіналу медичного висновку на фірмовому бланку та/або з оригінальною печаткою лікувально-профілактичної установи, у якій була надана допомога Застрахованій особі (або лікаря, який надавав допомогу), із зазначенням імені та прізвища Застрахованої особи, дати звернення Застрахованої особи до медичного закладу (лікаря), попереднього та клінічного діагнозу, переліку та вартості призначеного лікування; медичні висновки лікарів, які надавали медичні послуги, результати лабораторних та інструментальних досліджень;
- медичної довідки про факт настання нещасного випадку;
- оригіналу рецептів на придбані ліки та фіскальні чеки про їх сплату;
- сплаченого чеку за дзвінок до Представника Страховика або безпосередньо Страховика з відмітками про дату дзвінка, абоненту та тривалості розмови;
- платіжні реквізити для перерахування страхової виплати.

8.6. Якщо наведених у п. 8.5. цих Правил документів недостатньо для підтвердження факту настання страхового випадку, визначення причин та обставин настання страхового випадку, а також розміру завданого збитку, Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) про необхідність проведення додаткового розслідування обставин страхового випадку, отримання додаткових експертних висновків про розмір завданого збитку або інших документів та/або інформації, необхідних для здійснення страхової виплати.

8.7. На підставі отриманих від Застрахованої особи документів Страховик приймає рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті. У випадку прийняття рішення про страхову виплату Страховик складає страховий акт.

9. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

9.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком шляхом перерахування коштів на рахунок Асистуючої компанії, медичного або іншого закладу, який надав послуги, якщо інше не передбачене Договором страхування, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданих медичних або інших додаткових послуг. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком, Спеціалізованою службою Страховика (Асистуючою компанією) або закладом, що надав послуги.

9.2. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) за узгодженням зі Страховиком сам сплатив вартість наданих послуг, відшкодування здійснюється таким чином:

9.2.1. протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів та відомостей про обставини настання страхового випадку відповідно до Розділу 8 цих Правил, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, Страховик приймає рішення про страхову виплату або про відмову у страховій виплаті. У разі прийняття рішення про страхову виплату Страховик складає страховий акт.

9.2.2. у разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати, виплата здійснюється Страхувальнику впродовж 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня складання страхового акту, якщо інший строк не передбачений Договором страхування.

9.2.3. у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик впродовж 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови, якщо інше не передбачене Договором страхування.

9.2.4. якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок розрахунків регулюється відповідно до чинного законодавства України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

9.2.5. страховик має право відстрочити страхову виплату у випадку якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) відомостей та документів. Строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів та відомостей про обставини настання страхового випадку та розмір витрат.

9.3. Якщо у Договорі страхування передбачені страхові суми (ліміти відповідальності) по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, то Страховик здійснює страхову виплату в межах цих встановлених страхових сум (лімітів відповідальності).

9.4. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за один або декілька страхових випадків, що сталися в період дії Договору страхування, не може перевищувати страхової суми, визначеної договором страхування.

9.5. Якщо загальна сума витрат за страховими випадками досягла страхової суми, то дія Договору страхування по відношенню до такої Застрахованої особи припиняється.

10. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

10.1. Підставами для відмови Страховика у страховій виплаті є:

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

10.1.2. вчинення Страхувальником-фізичною особою або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до Страхового випадку;

10.1.3. подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання Страхового випадку;

- 10.1.4.** несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про настання Страхового випадку згідно п.п. 8.1. та 8.2. цих Правил або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 10.1.5.** відмова Застрахованої особи від виконання розпоряджень Асистуючої компанії;
- 10.1.6.** дії Застрахованої особи на свій розсуд без попередньої згоди із Страховиком або Асистуючою компанією;
- 10.1.7.** несвоєчасне надання Застрахованою особою документів, необхідних для відшкодування понесених витрат, визначених у розділі 8 цих Правил;
- 10.1.8.** отримання Застрахованою особою послуг, що належать до обмежень страхування та виключень із страхових випадків, зазначених у розділі 7 цих Правил;
- 10.1.9.** інші випадки, передбачені законом;
- 10.1.10.** умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у страховій виплаті, якщо вони не суперечать чинному закону.

11. ЗМІНА УМОВ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 11.1.** Зміни умов Договору страхування вносяться за згодою Страхувальника і Страховика на підставі письмової заяви однієї з Сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів, з моменту її одержання.
- 11.2.** Якщо будь-яка з Сторін не згодна на внесення змін у Договір страхування, у п'ятиденний термін вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.
- 11.3. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:**
- 11.3.1.** закінчення строку дії Договору страхування;
- 11.3.2.** виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 11.3.3.** несплати Страхувальником страхової премії у встановлені Договором страхування терміни. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо страхова премія не була сплачена за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
- 11.3.4.** ліквідації Страхувальника - юридичної особи, у передбаченому чинним законодавством України порядку або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України „Про страхування”;
- 11.3.5.** ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 11.3.6.** прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- 11.3.7.** в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 11.4.** Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.
- 11.5.** Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за тридцять календарних днів до дати припинення договору, якщо інше ним не передбачено.
- 11.6.** У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому Страхову премію за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку Страхового тарифу, фактичних 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 премії повністю.
- 11.7.** У разі дострокового припинення Договору страхування, за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним Страхові премії. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому Страхові премії за період, що залишився до закінчення дії Договору, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку

Страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

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

12. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

12.1. Страховик зобов'язаний:

12.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

12.1.2. 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 Страхувальнику;

12.1.3. при настанні Страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну страхову виплату шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;

12.1.4. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;

12.1.5. видати Страхувальнику (Застрахованій особі) Договір страхування за встановленою Страховиком формою, а в разі його втрати – дублікат Договору страхування;

12.1.6. у випадку відмови у страхової виплати письмово повідомити про це Страхувальника з мотивованим обґрунтуванням причин відмови у п'ятнадцятиденний термін з дня прийняття рішення про відмову;

12.1.7. умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

12.2. Страховик має право:

12.2.1. перевіряти отриману від Страхувальника та Застрахованої особи інформацію, а також виконання ним умов Договору страхування;

12.2.2. робити запити в уповноважені установи відносно причин, обставин та характеру страхового випадку (правоохоронні органи, медичні заклади та інші установи і організації, що володіють інформацією в залежності від характеру страхового випадку);

12.2.3. відмовити у здійсненні страхової виплати або відстрочити її виплату у випадках, передбачених цими Правилами та/або договором страхування;

12.2.4. на отримання від Страхувальника додаткової страхової премії, в разі збільшення ступеня ризику;

12.2.5. відмовити Страхувальнику в укладанні Договору страхування;

12.2.6. у разі, якщо за фактом нещасного випадку порушена кримінальна справа щодо Страхувальника чи Застрахованої особи, відстрочити страхову виплату до закриття кримінальної справи або винесення вироку судом, але строк не повинен перевищувати 6 місяців з моменту отримання останнього документу, передбаченому розділом 8 цих Правил;

12.2.7. ініціювати внесення змін у Договір страхування;

12.2.8. інші права, визначені в Договорі страхування.

12.3. Страхувальник зобов'язаний:

12.3.1. своєчасно сплатити страхову премію згідно з умовами Договору страхування;

12.3.2. при укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

12.3.3. повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування щодо цього предмету Договору страхування;

12.3.4. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений п.п. 8.1., 8.2. цих Правил. Якщо Страхувальник не є одночасно Застрахованою особою, то цих заходів повинна вжити Застрахована особа;

12.3.5. надавати Страховику необхідну достовірну інформацію про Застрахованих осіб;

12.3.6. при втраті Договору страхування, негайно, але не пізніше 2 (двох) робочих днів, повідомити про це Страховика для отримання дублікату;

12.3.7. письмово повідомити Страховика про зміну місцезнаходження та/або адресу реєстрації Страхувальника, банківських реквізитів, реорганізації чи ліквідації Страхувальника (юридичної особи) протягом двох робочих днів з дня, коли ці зміни стали відомі Страхувальнику із зазначенням нових реквізитів;

12.3.8. вживати заходів, щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

12.3.9. дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам;

12.3.10. умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

12.4. Страхувальник має право:

12.4.1. вимагати від Страховика дотримуватись конфіденційності відносно будь-якої інформації, яка стосується Договору страхування;

12.4.2. при втраті Договору страхування одержати його дублікат на підставі письмового звернення до Страховика;

12.4.3. отримати будь-які роз'яснення за укладеним Договором страхування;

12.4.4. ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування згідно з умовами цих Правил, Договору страхування та чинного законодавства України;

12.4.5. ініціювати внесення змін до Договору страхування;

12.4.6. отримати страхову виплату при настанні страхового випадку на умовах цих Правил та/або Договору страхування.

12.4.7. умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страхувальника.

12.5. У разі визнання, за рішенням суду, Страхувальника (Застрахованої Особи) недієздатним, його права і обов'язки переходять до його опікуна.

12.6. У разі смерті Страхувальника - фізичної особи, що уклав Договір страхування на користь Застрахованих осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих Осіб, так і до інших осіб, на яких відповідно до чинного законодавства покладено обов'язки по охороні прав і законних інтересів Застрахованих осіб.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

13.1. Спори по Договору страхування між Сторонами вирішуються шляхом переговорів.

13.2. Якщо спірні питання не можуть бути вирішені шляхом переговорів, розв'язання спорів здійснюється у порядку встановленому чинним законодавством України.

14. ОСОБЛИВІ УМОВИ

14.1. Цими Правилами регламентовано основні умови страхування. Однак, за згодою сторін до договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни умов страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що відповідають положенням цих Правил та не суперечать чинному законодавству України.

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

Базові страхові тарифи

Програми страхування

Таблиця 1

Програми страхування	Перелік послуг передбачених Програмою страхування
А	Швидка медична допомога; Амбулаторне лікування; Стаціонарне лікування; Стоматологічна допомога; Медичні перевезення; Репатріація останків Застрахованої особи до місця її постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи за кордоном внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку.
В	Перевезення транспортним засобом до найближчого медичного закладу, якщо цього потребує стан здоров'я Застрахованої особи; Евакуація неповнолітніх дітей до місця постійного проживання у разі, якщо внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, що трапились з дорослими, діти, які з ними подорожують та застраховані за цим Договором, втрачають можливість нагляду з боку дорослих, а також транспортні витрати на супроводжуючу особу при необхідності супроводу; Транспортні витрати на супроводжуючу особу при наявності медичної довідки про необхідність супроводу; Дострокове повернення до країни постійного проживання (проїзд економічним класом) Застрахованої особи у разі виникнення у країні (у місці) тимчасового перебування обставин, небезпечних для життя та здоров'я: терористичних актів, стихійних явищ природи, військових дій чи народних заворушень; Проїзд економічним класом в обидва боки однієї особи з числа членів сім'ї Застрахованої особи та проживання цієї особи в готелі не більше строку, визначеного у Договорі страхування, в разі госпіталізації Застрахованої особи терміном більше 10 (десяти) діб у критичному стані і неможливості її евакуації до місця постійного проживання за медичними показниками.

Базові денні тарифи для договорів страхування строком дії від 1 до 366 днів в залежності від
Програми страхування, ТБд:

Таблиця 2

Програми страхування	Денний тариф, %
А	0,002
В	0,0003

Поправочні коефіцієнти до базових денних тарифів в залежності від розміру страхової суми, К1:

Таблиця 3

Розмір страхової суми	Коефіцієнт
-----------------------	------------

5 000,00 – 10 000,00 у.о.	3,0-4,0
10 000,00 – 15 000,00 у.о.	2,0-3,5
15 000,00 – 30 000,00 у.о.	0,9-2,5
30 000,00 – 50 000,00 у.о.	0,7-1,5
Більше 50 000,00 у.о.	0,5-0,9

Поправочні коефіцієнти
до базових денних тарифів в залежності від строку дії Договору страхування, К2:

Таблиця 4

Строк дії Договору	Коефіцієнт
1-8 днів	0,7-1,3
8-16 днів	0,5-1,15
16-30 днів	0,5-0,9
30-90 днів	0,45-0,85
90-180 днів	0,4-0,9
180-366 днів	0,35-0,8

Поправочні коефіцієнти
до базових денних тарифів в залежності від кількості Застрахованих осіб, К3:

Таблиця 5

Кількість Застрахованих осіб	Коефіцієнт
1-9	1,0
10-20	0,9
20-30	0,85
30-50	0,8
Більше 50	0,75
Сім'я з дітьми віком до 16 років	0,7

Поправочні коефіцієнти
до базових денних тарифів в залежності від категорії Застрахованих осіб, К4:

Таблиця 6

Категорія Застрахованої особи	Коефіцієнт
Особа, що займається туризмом	1,0
Особа, що працюватиме за наймом за кордоном	2,0-4,0
Особа, що займатиметься спортом за кордоном	1,5-3,0
Особа старше 65 років	2,0-4,0
Діти віком до 3 років	1,5-3,0
Особи, які виїжджають до країн, віднесених до зони «Весь світ»	1,5-3,0

Базові річні тарифи (для Договорів страхування строком дії 1 рік), ТБр:

Таблиця 7

Річний тариф, %
0,15

ограхунковий страховий тариф ТР визначається з урахуванням коригуючих коефіцієнтів, які астосовуються до базових страхових тарифів за формулою:

$$P = T \cdot B \cdot K1 \cdot K2 \cdot K3 \cdot K4$$

орматив витрат на ведення справи складає 30% в структурі вищенаведених тарифів.

Актуарій

Максим І. АБ

Ковбасенко М.Ю.

Держ
ЗАРЯД
Член Колегії - директор департаменту
Підпис
18.06.09



2190482

Реєстраційний номер

ва Правління
ція О.І.

аркушів

Пронумеровано та пронумеровано
76 (18/06/09)

КРАЇНА
СІБІРСЬКА КОМПАНІЯ