

ЗАТВЕРДЖУЮ

Голова Правління

**ПРАТ «Страхова компанія
«ЮНІСОН-ГАРАНТ»**



О.М. Гончаров

«01» листопада 2012р.

Наказом № 107-О від 01.11.2012 р.

**Внести зміни до Правил добровільного страхування медичних витрат
ПРАТ «СК «ЮНІСОН-ГАРАНТ» шляхом їх викладення в новій
редакції:**

**ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ
(нова редакція)**

м. Київ

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

1.1. **Асистуюча компанія** – юридична або фізична особа, в тому числі суб'єкт підприємницької діяльності, яка діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, які надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) в разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених Договором страхування, організовує, контролює, оплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика.

1.2. **Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, яка призначена Страхувальником (за згодою Застрахованої особи) у Договорі страхування як особа, яка має право отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку.

1.3. **Внутрішній туризм** – подорожі в межах території України громадян України та осіб, які постійно проживають на її території.

1.4. **В'їзний туризм** – подорожі в межах України осіб, які постійно не проживають на її території.

1.5. **Гостре захворювання** – раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами, у разі ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю та/або може вимагати Екстреної медичної допомоги.

1.6. **Договір страхування (Договір)** – письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при виникненні страхового випадку здійснити страхову виплату в межах визначеної Договором страхової суми, а Страхувальник зобов'язується сплатити страховий платіж та виконувати інші умови Договору. Відповідно до цих Правил можуть укладатися договори 2-х типів:

1.6.1. **Договір 1-го типу** – страхування медичних витрат особи під час її поїздки за кордон.

1.6.2. **Договір 2-го типу** – страхування медичних витрат особи під час її поїздки по Україні.

1.7. **Екстрена медична допомога** – медична допомога, що необхідна за життєвими показаннями, ненадання або відстрочення надання якої становить пряму загрозу життю Застрахованої особи та яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до місця свого постійного проживання.

1.8. **Загострення хронічного захворювання (хвороби)** – період перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи або загрозувати її життю та вимагає медичної допомоги.

1.9. **Заклади охорони здоров'я (медичні заклади)** – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, з якими Страховик або Асистуюча компанія уклала відповідний договір (угоду) про надання таких послуг Застрахованим особам.

1.10. **Застрахована особа** – фізична особа, майнові інтереси якої, пов'язані з її життям, здоров'ям і працездатністю, на користь якої укладений договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника відповідно до умов Договору страхування. Страхувальник-фізична особа, який уклав Договір страхування щодо майнових інтересів, пов'язаних з власним життям, здоров'ям та працездатністю, є одночасно Застрахованою особою за цим Договором страхування.

1.11. Компетентні органи:

1.11.1. Державні органи, до компетенції яких належить 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.

1.11.2. Юридичні особи, що мають відповідні повноваження, до яких може звертатися Страховик або Страхувальник для вирішення спорів та інших питань, що впливають із Договору.

1.12. **Країна (місце) постійного проживання** – країна (місце), в якій (якому) Застрахована особа проживає у цілому не менше 183 днів у календарному році.

1.13. **Країна (місце) тимчасового перебування** – країна (місце), на території якої Застрахована особа знаходиться під час Подорожі та діє Договір страхування (крім країни (місця) постійного проживання).

1.14. **Картка Застрахованої особи** – документ, складений на підставі Договору страхування за формою, визначеною Страховиком, та згідно з яким проводиться ідентифікація Застрахованої особи в медичному закладі або аптеці.

1.15. **Ліміт зобов'язань Страховика** – сума, зазначена у Договорі страхування, що не перевищує встановлену в Договорі страхування страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

1.16. **Медична допомога (медико-санітарна допомога)** – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями.

1.17. **Медичні послуги** – консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури.

1.18. **Нещасний випадок** - раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що сталася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних і т. ін.) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованої особи та (або) її загибелі (смерті).

1.19. **Опція страхування** – умови Договору страхування, що передбачають конкретну послугу або групу послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі у разі настання зазначених в Договорі страхування подій (страхових ризиків).

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

1.21. **Програма страхування** – перелік медичних та інших послуг, надання яких або відшкодування вартості яких передбачені Договором страхування. Програма страхування може складатися з опцій страхування та інших умов страхування.

1.22. **Пункт пропуску через державний кордон (Пункт пропуску)** - спеціально виділена територія на залізничних і автомобільних станціях, у морських і річкових портах, аеропортах (на аеродромах), з комплексом будівель, споруд і технічних засобів, де здійснюються прикордонний, митний та інші види контролю і пропуск через державний кордон осіб, транспортних засобів, вантажів та іншого майна.

1.23. **Розлад здоров'я** – стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

1.24. **Сторони** – Страховик і Страхувальник.

1.25. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася, і з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату.

1.26. **Страховий захист** – зобов'язання Страховика, визначені Договором страхування, щодо здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку, який стався в обумовлений Договором страхування відрізок часу.

1.27. **Страховик** – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО „СТРАХОВА КОМПАНІЯ „ЮНІСОН-ГАРАНТ»

1.28. **Страхувальник** - це юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

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

1.30. **Страхова сума** - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний провести Страхову виплату при настанні Страхового випадку.

1.31. **Страховий тариф** - ставка Страхового платежу з одиниці Страхової суми за визначений період страхування.

1.32. **Страховий платіж** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.

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

1.34. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату.

1.35. **Страховий акт** - документ, що складається Страховиком для підтвердження факту настання Страхового випадку та розміру збитків та є підставою для здійснення Страхової виплати. Страховий акт складається на підставі документів про надані Застрахованій особі медичні та інші послуги.

1.36. **Франшиза** – це частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. За Договором застосовується **Франшиза безумовна**, тобто, встановлена частина збитків Страхувальника, 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 курсом НБУ на дату настання Страхового випадку.

1.37. **Хронічне захворювання (хвороба)** – хвороба з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними зміненнями та функціональними розладами тканин й органів.

1.38. **Члени сім'ї Застрахованої особи (близькі родичі)**– його (її) дружина (чоловік), діти (в тому числі всиновлені), його (її) матір, батько (матір, батько його (її) дружини, чоловіка), рідна сестра чи брат, також інші особи, які спільно проживають з Застрахованою особою, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Приватне акціонерне товариство “Страхова компанія "ЮНІСОН-ГАРАНТ" (надалі - **Страховик**) на підставі цих Правил добровільного страхування медичних витрат (надалі – **Правила**) укладає договори добровільного страхування медичних витрат (надалі - **Договори**) із юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі - **Страхувальниками**).

2.2. Ці Правила розроблені відповідно до Закону України «Про страхування» та інших законодавчих і нормативних актів України, що регулюють правовідносини в сфері страхування.

2.3. Згідно з діючою Ліцензією на право здійснення страхової діяльності, отриманою у встановленому порядку, а також відповідно до умов цих Правил, Страховик здійснює добровільне страхування медичних витрат Застрахованих осіб під час їх поїздки за кордон та/або по території України.

Даний вид страхування передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (Страховий платіж) здійснити Страхову виплату відповідно до умов Договору страхування 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 гострим 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).

2.4. Страхувальники можуть укладати Договори страхування зі Страховиком про страхування власного здоров'я, а також про страхування здоров'я третіх осіб (надалі - **Застрахованих осіб**) лише за згодою цих осіб, крім випадків, передбачених законодавством.

2.5. У разі укладання Договору щодо неповнолітніх осіб, необхідна письмова згода їх батьків або опікунів.

2.6. Страхувальники мають право при укладанні Договорів страхування призначати за згодою Застрахованої особи, громадян або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання Страхових виплат, а також змінювати їх до настання Страхового випадку, якщо інше не передбачене умовами Договору.

2.7. З даними Правилами Застрахованими особами можуть бути фізичні особи, які на дату укладення Договору мають вік до 80 років і на законних підставах проживають (перебувають) на території України, якщо інше не передбачено умовами Договору.

2.8. Договір страхування може містити додаткові положення, які не передбачені цими Правилами, якщо це не суперечить закону.

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).

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

4.1. Страховим ризиком є виникнення під час дії Договору (страхового захисту за Договором страхування) та на території його дії :

4.1.1. Розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок гострого захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, нещасного випадку.

4.1.2. Смерті Застрахованої особи внаслідок непередбачуваного гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку.

4.2. Страховим випадком є фактичне надання Застрахованій особі, під час здійснення нею подорожі (поїздки), медичних та інших послуг, передбачених Договором страхування відповідно до Розділу 5 цих Правил та настання зобов'язання Страховика щодо оплати наданих послуг.

5. МЕДИЧНІ ТА ІНШІ ПОСЛУГИ, ЩО НАДАЮТЬСЯ ЗАСТРАХОВАНИМ ОСОБАМ (ОПЦІЇ СТРАХУВАННЯ)

5.1. Перелік медичних та інших послуг, що надаються Застрахованим особам, визначається у Договорі страхування відповідно до обраної Страхувальником програми страхування. Якщо інше не передбачено умовами Договору, такий перелік може передбачати організацію та оплату:

5.1.1. Опція „**Стационарне лікування**” передбачає екстрене лікування, в тому числі перебування та харчування у палаті стандартного типу в умовах стаціонару за наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування, і включає:

- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- консервативне та оперативне лікування;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

Страховик також відшкодовує витрати, пов'язані з дотриманням Застрахованою особою режиму ізоляції (карантину), якщо це необхідно за медичним висновком;

5.1.2. Опція „**Амбулаторне лікування**” передбачає екстрене консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, і включає:

- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;

5.1.3. Опція „**Невідкладна допомога**” передбачає екстрену медичну допомогу, надану Застрахованій особі за медичними показниками внаслідок причин, зазначених у п. 4.1.1 цих Правил, і включає:

- виїзд бригади невідкладної медичної допомоги;
- експрес-діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- доставлення каретою невідкладної медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

5.1.4. Опція „**Стоматологія**” передбачає відшкодування витрат на терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини (за виключенням проведення косметичних, ортодонтичних процедур, протезування, імплантування), пов'язане з:

- гострим зубним болем;
- наданням невідкладної стоматологічної допомоги внаслідок настання нещасного випадку.

Ліміти зобов'язань Страховика за цією опцією визначаються у Договорі страхування.

5.1.5. Опція „**Невідкладна акушерська допомога**” передбачає відшкодування витрат на невідкладну акушерську допомогу до 29 (двадцять дев'ятого) тижня вагітності Застрахованої особи, якщо інший строк не передбачений умовами Договору;

5.1.6. Опція „**Медичне транспортування**” передбачає надання медико-транспортних послуг, а саме:

5.1.6.1. Медичну евакуацію (транспортування) Застрахованої особи з місця події до найближчого медичного закладу;

5.1.6.2. Медичну репатріацію Застрахованої особи до країни постійного проживання замість лікування за кордоном за умови, що стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє її транспортування та згідно з рішенням лікаря Асистуючої компанії існує необхідність проведення подальшого стаціонарного лікування Застрахованої особи) та (або) якщо витрати на перебування в стаціонарі можуть перевищити встановлену у Договорі страхування відповідну страхову суму (ліміт зобов'язань Страховика).

Медична репатріація проводиться тільки за умови відсутності медичних протипоказань;

5.1.6.3. Рішення про необхідність і можливість транспортування Застрахованої особи, а також про вибір засобу її здійснення, маршруту та кінцевого пункту доправлення

приймає медичний заклад і лікар Застрахованої особи разом із Асистуючою компанією (Страховиком) з урахуванням медичних показань;

5.1.6.4. За необхідності надання медико-транспортних послуг, зазначених у пунктах 5.1.6.1., 5.1.6.2. Правил, залежно від стану здоров'я Застрахованої особи її транспортування організовується адекватним транспортним засобом, включаючи медичний супровід (якщо такий супровід необхідний за рекомендацією лікаря):

- автомашиною „швидкої допомоги”;
- таксі або орендованим автомобілем;
- поїздом (в купе першого класу, в плацкартному чи спальному вагоні);
- рейсовим літаком (в тому числі на спеціально обладнаному місці);
- засобом санітарної авіації тощо;

5.1.7. Опція **„Репатріація останків”** передбачає посмертну репатріацію останків Застрахованої особи у разі її смерті внаслідок непередбаченого гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку, а саме:

– витрати, санкціоновані Асистуючою компанією на посмертну репатріацію тіла до місця (країни) постійного проживання Застрахованої особи (для Застрахованих осіб – резидентів України) або до найближчого міжнародного аеропорту чи залізничної станції для подальшого транспортування до місця постійного проживання (для Застрахованих осіб – нерезидентів України).

– витрати на поховання (кремацію) останків Застрахованої особи на території країни тимчасового перебування у разі відсутності родичів у Застрахованої особи або за їхньої згоди.

Кінцевий пункт маршруту репатріації визначається за згодою сторін Договору страхування. Ним може бути аеропорт у країні постійного проживання, куди прибуває труна із тілом померлого, або найближчий Пункт пропуску у країні постійного проживання.

При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги (послуги, пов'язані з організацією поховання та облаштування місця поховання) на території країни постійного проживання Застрахованої особи.

Для організації репатріації родичі померлого (опікуни тощо) повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують їхній родинний зв'язок із Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло померлого після перевезення труни на митну територію України або на територію, погоджену зі Страховиком;

5.1.8. Опція **„Повернення Застрахованої особи через розлад здоров'я”** передбачає оплату вартості проїзду Застрахованої особи з місця тимчасового перебування до місця постійного проживання в один кінець.

Зазначені послуги надаються, якщо від'їзд Застрахованої особи не відбувся вчасно, тобто в день, зазначений у проїзних документах, що має Застрахована особа, через розлад здоров'я внаслідок подій, зазначених у п. 4.1.1 Правил, що призвело до необхідності перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні.

5.1.9. Опція **„Телефонні переговори”** передбачає відшкодування витрат (у межах ліміту, встановленого у Договорі страхування) на телефонні переговори, здійснені Застрахованою особою зі Страховиком та/або Асистуючою компанією з метою отримання або погодження отримання послуг, передбачених Договором страхування.

5.1.10. Опція **„Повернення додому дітей віком до 18 років, які подорожують разом з Застрахованою особою”** передбачає оплату вартості проїзду дітей, які подорожують разом з Застрахованою особою, до місяця їхнього постійного проживання та за необхідності їх супроводження третьою особою, якщо діти залишилися без нагляду через розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи внаслідок подій, зазначених у пунктах п. 4.1.1 Правил.

Якщо інше не передбачено умовами Договору, Страховик відшкодовує вартість проїзду дітей, які не досягли 18-річного віку, до місяця їхнього постійного проживання тільки у разі, якщо жодна з осіб, які подорожують разом з ними, віком понад 18 років не в змозі про них піклуватися внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, настання нещасного випадку або смерті.

5.1.11. Опція **„Відвідування членом сім'ї (близьким родичем)“** передбачає оплату вартості проїзду в обидва боки (з місця постійного проживання та назад) і вартості проживання в готелі одного члена сім'ї Застрахованої особи, якщо строк госпіталізації Застрахованої особи, яка подорожує сама, внаслідок розладу здоров'я перевищує 10 (десять) календарних днів та (або) Застрахована особа перебуває у стані, небезпечному для життя, та за умови, що поруч з Застрахованою особою немає особи старше 18 років, яка подорожує разом з нею.

При цьому Страховик відшкодує вартість квитка на проїзд у автобусі або у залізничному вагоні другого класу або у економічному класі літака та вартість проживання у готелі (максимальний строк проживання та ліміт відшкодування витрат за кожен добу цього строку визначається умовами Договору страхування). Вид транспорту та маршрут, а також готель для проживання визначається Страховиком.

5.1.12. Опція **„Дострокове повернення за сімейними обставинами“** передбачає оплату вартості проїзду Застрахованої особи у разі дострокового (позапланового) повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання, якщо один з членів сім'ї останньої помер, перебуває у стані, небезпечному для життя (за наявності документів, що підтверджують факт цієї події та родинний зв'язок із Застрахованою особою). При цьому засіб транспорту і маршрут повернення визначає Страховик;

5.1.13. Опція **„Проїзд працівника, який заміщує Застраховану особу“** передбачає оплату вартості проїзду особи, яка заміщує Застраховану особу при виконанні нею виробничих обов'язків на території країни тимчасового перебування, до місця виконання виробничих обов'язків, якщо Застраховану особу було перевезено до медичного закладу за місцем її постійного проживання (медична евакуація) з необхідністю проведення подальшого стаціонарного лікування.

Зазначені послуги надаються за умови, що працівник, який замінить Застраховану особу, повинен приступити до виконання своїх обов'язків відразу ж після повідомлення лікаря про медичну евакуацію Застрахованої особи.

У разі настання подій, зазначених у пунктах 5.1.7 – 5.1.11 Правил для отримання послуг, передбачених Програмою страхування, Застрахована особа зобов'язана передати свої квитки та квитки дітей, які перебувають разом з Застрахованою особою, на зворотний проїзд представнику Асистуючої компанії або Страховику (його представнику).

Страховик відшкодовує зазначені в пунктах 5.1.7 – 5.1.11 Правил витрати на транспортування, здійснене:

- автобусом, залізничним або морським транспортом – другим класом;
- літаком – економічним класом;
- орендованим автомобілем – у розмірі витрат на його оренду;

5.1.14. Опція **„Відкладення або відміна рейсу“** передбачає здійснення страхової виплати у разі відкладення відправлення літака (регулярного або чартерного рейсу) через страйк, з технічних причин, через стихійні лиха та інші несприятливі погодно-кліматичні умови або поломку літака на 4 (чотири) або більше години або якщо рейс було відмінено за таких же причин. При цьому, Страховик не здійснює виплату за перші 4 години.

Ліміти зобов'язань Страховика за цією опцією визначаються у Договорі страхування.

5.1.15. Опція **„Багаж“** передбачає:

5.1.15.1. Оплату вартості предметів першої необхідності та одягу в розмірі,

передбаченому програмою страхування, у разі недоставлення Застрахованій особі багажу, що перевозився повітряним транспортом, зареєстрованого відповідно до митних правил, впродовж 6 (шести) годин після його прибуття в аеропорт (крім прибуття до країни постійного проживання). Страховик відшкодовує зазначені витрати, у межах лімітів, передбачених у Договорі страхування, на підставі оригіналів документів, що їх підтверджують.

5.1.15.2. Оплату вартості предметів першої необхідності в розмірі, передбаченому програмою страхування (з відрахуванням сум, що виплачують авіаперевізник та інші страховики, і сум, витрачених на відшкодування збитку від затримки доставлення), якщо багаж, що перевозиться повітряним транспортом і зареєстрований відповідно до митних правил, втрачено, пошкоджено або знищено в період, коли авіаперевізник відповідає за збереження багажу.

5.1.15.3. Пересилання багажу за іншою адресою у разі госпіталізації або медичної репатріації Застрахованої особи або смерті Застрахованої особи;

5.1.15.4. Надання Асистуючою компанією консультативної допомоги в поверненні Застрахованій особі багажу, загубленого під час використання рейсового авіатранспорту.

5.1.16. Опція „**Втрата документів**” передбачає допомогу при відновленні втрачених або викрадених під час подорожі особистих документів Застрахованої особи та (або) квитків на рейсовий транспорт.

При цьому Страховик відшкодовує витрати на послуги Асистуючої компанії, у межах лімітів, встановлених у Договорі страхування, пов'язані із оформленням тимчасового посвідчення Застрахованої особи, а також із анулюванням втрачених і оформленням нових квитків на зворотний рейс до країни проживання (при цьому вартість нових квитків не відшкодовується).

5.1.17. Опція „**Юридична допомога**” передбачає:

5.1.17.1. У разі затримання (арешту) Застрахованої особи, позбавлення волі, загрози виникнення таких випадків, а також будь-яких ускладнень, викликаних офіційними претензіями, висунутими третіми особами Застрахованій особі, організацію послуг практикуючого адвоката, який призначений безпосередньо Асистуючою компанією (Страховиком).

5.1.17.2. Організацію правової консультації при нещасному випадку, порушенні правил дорожнього руху, заподіянні третьою особою шкоди життю, здоров'ю та (або) майну Застрахованої особи тощо, крім оплати вартості такої консультації;

5.1.17.3. Внесення грошової застави у судовий орган країни перебування за умови повернення Застрахованою особою суми застави протягом 45 (сорока п'яти) діб з моменту внесення застави. У разі невиконання цієї умови Страховик має право вимагати повернення суми застави у судовому порядку.

Якщо сума цієї застави була повернута відповідними структурами країни тимчасового перебування до закінчення зазначеного періоду, то Застрахована особа повинна негайно повернути її Страховику.

Якщо Застраховану особу викликають до суду, а вона ігнорує цей виклик, і заставу конфісковано, Страховик буде вимагати від Застрахованої особи негайної виплати наданої застави;

Ліміти зобов'язань Страховика за цією опцією визначаються у Договорі страхування.

5.1.18. Програма страхування також може включати додаткові опції, передбачені Договором страхування.

6. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

6.1. Якщо інше не передбачено умовами Договору, не можуть бути застрахованими такі особи:

- 6.1.1. Визнані у встановленому порядку недієздатними.
 - 6.1.2. Які на момент укладення Договору мали вік понад 80 років.
 - 6.1.3. Хворі на тяжкі нервові та психічні захворювання (порушення мозкового кровообігу, пухлин головного та спинного мозку, епілепсію, шизофренію).
 - 6.1.4. Інваліди 1 та 2 групи.
 - 6.1.5. Визнані інвалідами дитинства та діти-інваліди.
 - 6.1.6. ВІЛ – інфіковані та/або хворі на СНІД.
 - 6.1.7. Які мають злоякісні новоутворення, в тому числі онкогематологічні.
 - 6.1.8. Хворі на тяжкі (некомпенсовані) форми захворювань (серцево-судинної, видільної, нервової та інших систем (та/або органів) організму людини).
- 6.2. Якщо протягом дії Договору страхування Застрахована особа набуває статусу, зазначеного у п. 5.1. Страховик має право відмовити у Страхових виплатах, що прямо чи побічно пов'язані з набуттям такого статусу.
- 6.3. За Договором страхування не покривається страхуванням та не відшкодовується вартість отриманих медичних та (або) додаткових послуг, що надаються Застрахованій особі внаслідок:
- 6.3.1. Здійснення Застрахованою особою протиправного діяння, що перебуває в прямому причинно-наслідковому зв'язку з настанням розладу здоров'я та (або) інших подій (страхових ризиків), передбачених Договором страхування. Протиправне діяння може бути кваліфіковане як таке згідно з законодавством, чинним як у країні тимчасового перебування, так і в країні постійного проживання;
 - 6.3.2. Прямого або непрямого впливу іонізуючої радіації, ядерного вибуху, радіоактивного забруднення будь-якого походження;
 - 6.3.3. Самогубства Застрахованої особи, спроби самогубства або навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;
 - 6.3.4. Самолікування або лікування Застрахованої особи в закладі або лікарем, які не мають відповідних дозволів (ліцензій) на здійснення медичної діяльності;
 - 6.3.5. Вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних або токсичних речовин. При цьому стан алкогольного сп'яніння визначається на основі норм вживання спиртних напоїв, чинних у країні перебування;
 - 6.3.6. Лікування, яке Застрахована особа проходила до початку строку дії Договору страхування (страхового захисту за Договором страхування), а також у разі, якщо поїздка була протипоказана Застрахованій особі за станом здоров'я;
 - 6.3.7. Учасності Застрахованої особи у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту), повстаннях, бунтах, війнах, народних заворушеннях, якщо Застрахована особа була співучасником дій, що згідно з чинним законодавством країни перебування кваліфікуються як злочин проти громадського порядку та моральності, а також служби Застрахованої особи в будь-яких військових структурах або формуваннях;
 - 6.3.8. Заняття Застрахованою особою під час подорожі професійним спортом, крім випадків, коли це передбачено Програмою страхування, визначеною у Договорі страхування і сплатою (на вимогу Страховика) додаткового Страхового платежу.
 - 6.3.9. Заняття Застрахованою особою під час подорожі активним відпочинком (аматорським спортом), крім випадків, коли це передбачено Програмою страхування, визначеною у Договорі страхування і сплатою (на вимогу Страховика) додаткового Страхового платежу.
 - 6.3.10. Виконання Застрахованою особою робіт за наймом, що належать до груп ризику, зазначених в п. 2.4 Додатку 1 до цих Правил, крім випадків, коли це передбачено Програмою страхування, визначеною у Договорі страхування і сплатою (на вимогу Страховика) додаткового Страхового платежу.
 - 6.3.11. Керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом:
 - без дозвільного посвідчення, що визнається у країні перебування;
 - під впливом алкоголю, наркотичних або токсичних речовин, а також внаслідок передавання нею керування іншій особі, яка знаходилася під впливом алкоголю,

наркотичних або токсичних речовин, або особі, яка не мала прав водія, а також якщо вона, заздалегідь про це знаючи, їхала в транспортному засобі, яким керувала особа, яка не має посвідчення водія чи перебуває під впливом алкоголю, наркотичних або токсичних речовин;

6.3.12. Перельоту на літаку, що не входить до числа офіційно зареєстрованих або спеціальних рейсів, зареєстрованих у Міжнародному реєстрі авіарейсів.

6.4. Страхуванням не покриваються та не підлягають відшкодуванню Страховиком медичні та інші витрати на:

6.4.1. Медичну допомогу у разі загострення захворювання, яке за попередні 6 (шість) місяців перед датою поїздки лікувалося або вимагало лікування. Винятками є випадки, коли загострення цієї хвороби пов'язане з гострою смертельною небезпекою для життя Застрахованої особи або може спричинити стійку втрату працездатності. При цьому обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком медичних витрат є підтвердження Асистуючою компанією критичного стану Застрахованої особи;

6.4.2. Лікування захворювання або травм, викликаних дією форс-мажорних обставинами, включаючи:

– участь Застрахованої особи у війні, вторгненні, терористичних актах, громадянській війні, повстанні, революції, діях військової влади чи узурпаторських режимів;

– стихійні лиха і їхні наслідки, епідемії, карантин, несприятливі метеорологічні умови за умови, що територія на якій знаходиться Застрахована особа, офіційно визнана (або має статус) компетентними державними органами зоною можливого стихійного лиха, територією карантину тощо, якщо таке оголошення було зроблено до набрання чинності Договором страхування;

6.4.3. Надання стоматологічних послуг, крім витрат на огляд, екстрене лікування та медикаменти при гострому запаленні зуба та тканин, що його оточують, а також при травмі зуба в результаті нещасного випадку;

6.4.4. Проведення абортів, крім випадків, коли це необхідно внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання, а також надання медичних послуг, пов'язаних з вагітністю, її ускладненнями та пологамі, починаючи з 29 (двадцять дев'ятого) тижня вагітності, та післяпологовим доглядом за дитиною;

6.4.5. Штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи із запобігання вагітності;

6.4.6. Будь-яке протезування, в тому числі протезування очей та забезпечення зубними протезами або штучними зубами, імплантацію;

6.4.7. Придбання та ремонт допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, інвалідних візків, милиць, тростин тощо);

6.4.8. Діагностичні маніпуляції (у тому числі консультації і лабораторні дослідження) та лікувальні процедури, що не є обов'язковими, необхідними у разі настання нещасного випадку або раптового захворювання, або не пов'язані з ними;

6.4.9. Медичні та інші послуги, не передбачені Договором страхування (програмою страхування);

6.4.10. Медичні та інші послуги, не погоджені з Асистуючою компанією у порядку, визначеному цими Умовами страхування;

6.4.11. Лікування, не призначене лікарем;

6.4.12. Проведення операції, пов'язаної з реконструктивною та пластичною хірургією, в тому числі операції, пов'язаної з усуненням косметичних дефектів, крім випадків, коли такі витрати пов'язані з травмою, одержаною внаслідок настання нещасного випадку;

6.4.13. Проведення профілактичних заходів, вакцинацій, дезінфекцій будь-яких предметів, загальних медичних оглядів, лікарської експертизи, видавання медичних довідок та свідоцтв;

6.4.14. Лікування та (або) догляд Застрахованої особи її родичами, крім витрат, передбачених опцією страхування „Відвідування членом сім'ї”;

- 6.4.15. Проведення відновлювальної терапії, реабілітації або фізіотерапії;
- 6.4.16. Коригувальне та (або) реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших курортних закладах;
- 6.4.17. Ангіографію, а також витрати, пов'язані з операціями на серці та судинах, у тому числі ангіопластику та шунтування;
- 6.4.18. Обстеження і лікування методами недоказової (нетрадиційної) медицини;
- 6.4.19. Надання засобів та послуг додаткового комфорту, а саме: палати типу „люкс”, радіоприймача, кондиціонера, зволожувача повітря, телевізора, телефону, а також послуг перукаря, масажиста, косметолога, перекладача тощо;
- 6.4.20. Лікування на території країни (місця) тимчасового перебування після дати, коли, на думку лікаря, призначеного Асистуючою компанією, медична репатріація є можливою за медичними показаннями, крім тих витрат, що були здійснені з метою медичної репатріації Застрахованої особи;
- 6.4.21. Лікування, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання;
- 6.4.22. Медичну репатріацію, якщо захворювання або тілесне ушкодження не є досить серйозними за медичними показаннями і лікування може бути здійснене за місцезнаходженням Застрахованої особи, та (або) якщо захворювання не перешкоджає продовженню поїздки;
- 6.4.23. Медичні послуги, що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама або при супроводженні іншої особи може повернутися до країни або місця постійного проживання;
- 6.4.24. Транспортування Застрахованої особи з одного медичного закладу до іншого без участі Асистуючої компанії або без попереднього погодження з Асистуючою компанією або Страховиком;
- 6.4.25. Послуги, пов'язані з незручностями використання авіаційного транспорту, у разі відкладення або відмінення авіарейсу, якщо:
- а) Застрахована особа не пройшла реєстрацію на рейс, крім випадків, коли не було можливості пройти реєстрацію через страйки або з технічних причин;
 - б) Затримка рейсу стала наслідком страйку або виникла з технічних причин, про які Застрахованій особі було повідомлено до реєстрації;
 - в) Застрахована особа відмовилася від перельоту до вильоту літака свого рейсу;
- 6.4.26. Послуги, пов'язані з незручностями використання авіаційного транспорту, у разі затримки доставлення багажу, якщо:
- а) Багаж перевозиться авіарейсом, кінцевим пунктом якого є країна постійного проживання Застрахованої особи;
 - б) Застрахована особа не повідомила уповноваженому представнику авіалінії про затримку доставлення багажу або його втрату;
 - в) Затримка багажу Застрахованої особи викликана митним доглядом;
 - г) Витрати були здійснені Застрахованою особою після доставлення її багажу перевізником.
- 6.4.27. Послуги, пов'язані з незручностями використання авіаційного транспорту, у разі:
- а) Втрати багажу, його пошкодження або знищення, що сталися внаслідок конфіскації та (або) знищення багажу митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;
 - б) Пошкодження (псування) вантажу внаслідок звичайної зношеності, прихованих дефектів, дії комах, хімічних реактивів або інших несприятливих умов;
 - в) Втрати (пошкодження, знищення) разом з багажем готівки, особистої, адміністративної та ділової документації (у тому числі комерційних або наукових матеріалів), документів, що посвідчують особу, свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу, посвідчення водія, дорожніх чеків, цінних паперів, готівки, талонів на оплату палива, особливо цінних речей та предметів (ювелірних виробів, колекцій, речей та

предметів, які мають художню або історичну цінність тощо), зубних протезів та контактних лінз тощо;

6.4.28. Відновлення втрачених документів Страхувальника (Застрахованої особи), а саме: особистої, адміністративної та ділової документації, у тому числі комерційних або наукових матеріалів, дорожніх чеків, цінних паперів, талонів на оплату палива, готівки тощо;

6.4.29. Відновлення документів у разі:

а) Конфіскації документів митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;

б) Неповідомлення Застрахованою особою відповідних служб про загублені (втрачені, викрадені) документи, а також ненадання Застрахованою особою заяви відповідної форми про відсутні документи;

6.4.30. Заміни документів, якщо така заміна викликана пошкодженням, утратою ними вигляду, придатного для використання тощо.

6.5. Крім випадків, що потребують негайної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи, Страховик не відшкодовує медичні витрати на діагностику та лікування:

6.5.1. Сонячного удару, сонячних опіків та інших гострих змін у шкірному покриві, викликаних впливом ультрафіолетового випромінювання;

6.5.2. Нервових та психічних захворювань і розладів, судомних станів, неврозів (панічні атаки, депресії, істеричні синдроми тощо) та їхніх загострень;

6.5.3. Уроджених аномалій, хронічних захворювань, хвороб, що почалися під час перебування в країні постійного проживання, а також станів, за наявності яких існує реальний ризик швидкого погіршення стану здоров'я;

6.5.4. Захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, а також захворювань, що є їхнім наслідком;

6.5.5. Будь-якої хвороби або смерті, що спричинена ВІЛ-інфекцією, СНІДом та (або) будь-якими формами гепатиту та їхніми наслідками;

6.5.6. Онкологічних захворювань;

6.5.7. Розладів слуху (наявністю сіркових пробок, ускладненнями внаслідок переохолодження та (або) потрапляння води);

6.5.8. Дерматитів, кропивниць та еритем.

6.6. Страховик не відшкодовує витрати, пов'язані з:

6.6.1. Обставинами, про які Страхувальник знав або повинен був знати, але не вжив усіх заходів, що від нього залежать, щоб запобігти настанню страхового випадку;

6.6.2. Лікуванням на території місця постійного проживання Застрахованої особи, якщо інше не передбачене Договором;

6.6.3. Утриманням компаньйонів або членів родини Застрахованої особи під час стаціонарного лікування Застрахованої особи, крім випадку, якщо згідно з умовами Договору страхування Страховик забезпечує за допомогою Асистуючої компанії надання Застрахованій особі додаткових послуг відповідно до опції страхування „Відвідування членом сім'ї (близьким родичем)“.

6.6.4. На платне лікування у медичному закладі, а також будь-які витрати, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування.

6.6.5. Виникненням події, внаслідок якої у Застрахованої особи виникає потреба в отриманні медичних послуг та (або) додаткових послуг, забезпечення надання яких передбачене Договором страхування, до початку дії Договору страхування або після припинення його дії (припинення дії страхового захисту за Договором страхування).

6.7. Якщо Застрахована особа здійснила поїздку з метою одержати лікування або передбачала одержати лікування, Страховик не відшкодовує медичні витрати на лікування, що є метою поїздки, або передбачуване лікування, а також витрати, викликані погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи у зв'язку із цим лікуванням.

6.8. Страховик не несе відповідальності за відшкодування моральної шкоди, заподіяної Застрахованій особі під час здійснення нею подорожі.

6.9. Страховик не відшкодовує витрати Страхувальника (Застрахованої особи), зазначені ним внаслідок незаконного проведення третіми особами транзакцій з використанням втраченої або викраденої у Застрахованої особи банківської картки.

6.10. Договір страхування може передбачати інші виключення зі Страхових випадків та обмеження страхування, якщо вони не суперечать чинному законодавству України.

7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

7.1. Розмір страхової суми (лімітів зобов'язань Страховика) визначається за домовленістю між Страхувальником та Страховиком і зазначається в Договорі страхування.

7.2. Програмою страхування в межах встановленої страхової суми можуть бути передбачені окремі ліміти зобов'язань Страховика, встановлені для окремої опції страхування щодо здійснення страхової виплати за всіма страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору страхування.

7.3. Страховик несе відповідальність за ризиками, визначеними у Договорі страхування, у межах відповідної страхової суми та (або) лімітів зобов'язань, зазначених в Договорі страхування.

7.4. Загальна сума страхових виплат за один або декілька страхових випадків, що сталися протягом строку дії Договору страхування (дії страхового захисту за Договором страхування) не може перевищувати страхової суми та (або) лімітів відповідальності, встановлених в Договорі страхування.

7.5. Всі витрати та збитки, що перевищують страхову суму або ліміт зобов'язань Страховика, зазначені в Договорі страхування, Страхувальник (Застрахована особа) відшкодовує самостійно.

7.6. Розмір Страхового платежу встановлюється за згодою Сторін, в залежності від обраної Страхувальником страхової суми, програми страхування, строку дії Договору та інших умов страхування згідно зі страховими тарифами, що додаються до цих Правил та які є їх невід'ємною частиною (Додаток 1 та Додаток 2 до цих Правил).

7.6.1. Додаток 1 використовується при укладенні Договору 1-го типу.

7.6.2. Додаток 2 використовується при укладенні Договору 2-го типу.

7.7. В період дії Договору Страхувальник може збільшити розмір Страхової суми, уклавши зі Страховиком додаткову угоду до Договору та сплативши додатковий Страховий платіж.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

8.1. Строк дії Договору страхування визначається за згодою Сторін у Договорі страхування.

8.2. Договір страхування набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

8.3. Для Договору 1-го типу:

8.3.1. Договір страхування набирає чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Договорі страхування як дата початку строку його дії, але не раніше моменту сплати Страхувальником страхового платежу у повному розмірі на поточний рахунок або в касу Страховика та моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час виїзду з країни проживання.

8.3.2. Договір страхування втрачає чинність з 24 годині 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Договорі страхування як дата припинення строку його дії, але не пізніше моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час в'їзду до країни постійного проживання.

8.4. Для Договору 2-го типу:

8.4.1. Договір страхування набирає чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Договорі страхування як дата початку строку його дії, але не раніше моменту сплати Страхувальником страхового платежу у повному розмірі на поточний рахунок або в касу Страховика та виїзду Застрахованої особи з місця постійного проживання.

8.4.2. Дія Договору закінчується о 24-00 (за Київським часом) дати, вказаної в Договорі як дата закінчення його строку дії, але:

8.4.2.1. При подорожах, що здійснюються у рамках Внутрішнього туризму не пізніше моменту повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання.

8.4.2.2. При подорожах, що здійснюються у рамках В'їзного туризму, не пізніше моменту перетину Застрахованою особою кордону України при виїзді за межі України.

8.5. Місцем дії Договору (територією покриття) може бути:

8.5.1. Для Договору 1-го типу:

- „E” – країни СНД, Балтії та Європи, а також Туреччина, Кіпр, Ізраїль, Єгипет, Туніс, ОАЕ (крім України). Зазначений перелік країн може бути змінений умовами Договору страхування;

- „W” – весь світ (крім України).

8.5.2. Для Договору 2-го типу - Україна.

8.6. Договір 1-го типу не діє:

8.6.1. В країні постійного проживання Застрахованої особи та (або) громадянином якої вона є.

8.6.2. На території країн, на якій ведуться військові дії, якщо такі дії почалися до моменту укладення Договору страхування.

8.7. Договір 1-го типу може бути укладений за такими варіантами:

8.7.1. „Одноразова подорож” („One Trip”) – для осіб, яким потрібно здійснити одну подорож;

8.7.2. „Багаторазові подорожі” („Multiple Trips”) – для осіб, яким потрібно здійснити декілька подорожей протягом певного строку, зокрема, для власників багаторазових віз.

8.8. У разі укладення Договору страхування за варіантом „Багаторазові подорожі”, що передбачає здійснення декількох подорожей:

8.8.1. У Договорі страхування зазначається загальний строк дії Договору страхування та передбачається максимальний строк перебування Застрахованої особи за кордоном, протягом якого діє страховий захист за Договором страхування.

8.8.2. Після закінчення Застрахованою особою кожної подорожі визначений Договором страхування максимальний строк перебування за кордоном, протягом якого діє страховий захист за Договором страхування, зменшується на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи за кордоном.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Договір страхування укладається на підставі письмової або усної заяви Страхувальника.

9.2. При поданні Страхувальником заяви на укладення Договору страхування, Страховик може запросити результати медичного огляду Застрахованої особи та інші документи, необхідні для оцінки Страховиком ступеня ризику.

9.3. На підставі даних, отриманих від Страхувальника, Страховик приймає рішення про укладення Договору.

9.4. Договір страхування укладається до початку Подорожі (поїздки).

9.5. Факт укладення Договору може посвідчуватись Страховим полісом (сертифікатом, свідоцтвом), що є формою Договору страхування, який видається

Страховиком після сплати Страхового платежу у повному обсязі (якщо умовами Договору страхування не передбачене інше).

9.6. У випадку страхування групи осіб Страховий поліс може бути виданий як на кожного члена групи, так і на всю групу, при цьому додається список Застрахованих осіб згідно з формою, наданою Страховиком. Зазначений список є невід'ємною частиною Договору (Страхового поліса).

9.7. Страховик може забезпечити Застраховану особу «Карткою Застрахованої особи», що є документом, згідно з яким проводиться ідентифікація Застрахованої особи.

9.8. Зміни та доповнення до умов Договору страхування вносяться за взаємною згодою Сторін Договору страхування на підставі письмової заяви однієї зі Сторін шляхом укладення в письмовій формі додаткового договору або переукладення Договору страхування протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною.

9.9. Якщо будь-яка зі Сторін не згодна на внесення змін до умов Договору страхування, в той же строк вирішується питання про дію Договору страхування на чинних умовах або про припинення строку його дії.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

10.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

10.1.1. Отримувати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов Договору страхування;

10.1.2. Звертатися до Асистуючої компанії (Страховика) для отримання інструкцій щодо дій при настанні події, що може бути визнана страховим випадком;

10.1.3. Отримати страхову виплату, в тому числі послуги Асистуючої компанії, в обсязі та на умовах, передбачених Договором страхування;

10.1.4. Повідомити Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі;

10.1.5. Ініціювати внесення змін та доповнень до умов Договору страхування та (або) дострокове припинення дії Договору страхування за умови письмового повідомлення Страховика про причини прийняття такого рішення, крім випадку, коли подорож вже почалася;

10.1.6. Отримати дублікат Договору страхування у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору страхування, для чого звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дубліката;

10.1.7. Оскаржити відмову Страховика здійснити страхову виплату або її розмір у судовому порядку.

10.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

10.2.1. При укладенні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі протягом строку дії Договору страхування надавати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику;

10.2.2. Своєчасно сплатити страховий платіж у розмірі та строки, обумовлені в Договорі страхування;

10.2.3. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета Договору страхування. При невиконанні цієї умови новий Договір страхування є нікчемним;

10.2.4. Не допускати дій або бездіяльності щодо чинників, настання яких має вплив на ступінь страхового ризику (в тому числі свідомо не створювати ризику втрати чи заподіяння шкоди власному здоров'ю та (або) здоров'ю інших Застрахованих осіб, в тому числі дітей, які подорожують разом з ним, або інших осіб, якими він опікується), а у разі їхнього виникнення вживати всіх необхідних заходів для усунення обставин, що

підвищують ступінь страхового ризику;

10.2.5. Вживати всіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку, в тому числі виконувати рекомендації лікарів;

10.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений в Договорі страхування, та діяти згідно з розділом 11 цих Правил;

10.2.7. Зберігати Договір страхування та додатки до нього у разі їхньої наявності і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичних та (або) інших послуг;

10.2.8. У разі втрати Договору страхування негайно повідомити про це Страховика;

10.2.9. В разі дострокового припинення дії Договору страхування повернути Страховику примірник Договору страхування та додатки до нього у разі їхньої наявності, що належить Страхувальнику;

10.2.10. Виконувати взяті на себе зобов'язання відповідно до умов Договору страхування;

10.2.11. Повернути Страховику протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання письмової вимоги Страховика, здійснену страхову виплату (або відповідну її частину), якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявиться обставина, що повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу) права на її одержання.

10.3. Страхувальник зобов'язаний при укладенні Договору страхування на користь іншої особи (Застрахованої особи), ознайомити її з умовами Договору страхування та отримати її згоду на страхування, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.

10.4. Страховик має право:

10.4.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати надання відомостей та документів, що мають значення для визначення ступеня страхового ризику, а також іншої документації Страхувальника (Застрахованої особи), що стосується предмета Договору страхування, у будь-який момент його дії;

10.4.2. У разі збільшення ступеня страхового ризику запропонувати Страхувальнику внести зміни до умов Договору страхування, включаючи сплату додаткового страхового платежу, або припинити його дію відповідно до цих Правил;

10.4.3. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування та (або) дострокове припинення дії Договору страхування згідно з цими Правилами;

10.4.4. Надсилати запити до Компетентних органів з метою отримання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причини настання страхового випадку і розмір завданого збитку;

10.4.5. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку, вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку або розміру збитку, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею;

10.4.6. Відмовити у здійсненні страхової виплати або відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні виплати у випадках, передбачених цими Правилами;

10.4.7. Вимагати повернення виплаченої страхової виплати при виникненні відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, цими Правилами, умовами Договору, що позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на отримання страхової виплати.

10.5. Страховик зобов'язаний:

10.5.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

10.5.2. 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;

10.5.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений умовами Договору страхування строк (в тому числі забезпечити надання за допомогою Асистуючої компанії Страхувальнику (Застрахованій особі) послуг, передбачених Договором страхування). Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами Договору або законом;

10.5.4. За заявою Страхувальника (Застрахованої особи) у разі здійснення ним заходів, що зменшили ступінь страхового ризику, переукласти з ним Договір страхування або внести зміни до умов Договору страхування;

10.5.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством.

10.5.6. Виконувати прийняті на себе зобов'язання згідно з умовами Договору страхування.

10.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника та Страховика.

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

11.1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, в тому числі при виникненні у Застрахованої особи потреби в отриманні медичних послуг та (або) додаткових послуг, забезпечення надання яких передбачене Договором страхування, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

11.1.1. негайно, не пізніше 24 годин після настання зазначеної події, звернутися до Асистуючої компанії або Страховика за телефонами, зазначеними в Договорі страхування, отримати інформацію щодо подальших дій та повідомити таку інформацію:

- прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- найменування Страховика, номер Договору страхування;
- програму страхування, розмір страхової суми та територію дії Договору страхування;
- обставини настання події та характер необхідної допомоги;
- місцезнаходження Застрахованої особи та номер контактного телефону;
- іншу інформацію, запитану Асистуючою компанією або Страховиком.

Якщо зв'язок із Асистуючою компанією (Страховиком) є неможливим внаслідок різкого погіршення стану здоров'я, і Застрахованій особі надана невідкладна медична допомога, вона повинна після стабілізації стану здоров'я за першої нагоди пред'явити представникам медичної служби Договір страхування та негайно зателефонувати до Асистуючої компанії або Страховика.

Зазначені дії від імені Страхувальника (Застрахованої особи) може здійснити третя особа (родич, співробітник Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо);

11.1.2. Після звернення до Асистуючої компанії виконувати надані ним рекомендації щодо своїх подальших дій;

11.1.3. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

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

11.1.5. Звільнити третіх осіб (лікарів, лікувальні заклади, інші організації, які надавали послуги Застрахованій особі або мають інформацію про подію, що сталася) від обов'язків щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, а також дітей, які подорожують разом з ним, або інших осіб, якими він опікується;

11.1.6. Пред'явити свій закордонний паспорт при зверненні до Асистуючої

компанії для підтвердження строків перебування за кордоном, якщо Договір страхування укладений за варіантом „Багаторазові подорожі” („Multiple Trips”);

11.1.7. Якщо Застрахована особа з об'єктивних причин (знаходження Застрахованої особи у тяжкому стані, відсутність телефонного зв'язку тощо) не зв'язалася із Асистуючою компанією для отримання необхідних послуг та внаслідок цього була вимушена самостійно оплатити медичні та (або) інші послуги, відшкодування вартості яких передбачене Договором страхування, вона зобов'язана погодити це з Асистуючою компанією або Страховиком протягом 24 годин після отримання таких послуг;

11.1.8. Якщо Застрахована особа за погодженням із Асистуючою компанією (Страховиком) самостійно сплатила вартість отриманих медичних послуг та (або) додаткових послуг та (або) придбала медикаменти або витратні медичні матеріали, вона повинна протягом 30 (тридцяти) календарних днів, якщо інший строк не визначений Договором страхування, з дня повернення з подорожі надати Страховику документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до розділу 12 цих Правил.

11.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні страхового випадку.

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

12.1. Документами, що підтверджують факт, обставини та причини настання страхового випадку та розмір збитку (здійснених витрат), можуть бути:

12.1.1. Довідка медичного закладу про амбулаторне або стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря;

12.1.2. Документи Асистуючої компанії щодо вартості здійснених медичних та інших витрат;

12.1.3. Оригінали деталізованих рахунків щодо вартості наданих медичних послуг;

12.1.4. Квитанції про оплату наданих медичних послуг, в яких зазначене прізвище пацієнта, його діагноз, деталізовану інформацію про кожну лікувальну процедуру та дату її проведення;

12.1.5. У разі надання стоматологічної допомоги – відповідна довідка із зазначенням зубів, що підлягали лікуванню, та деталізований опис проведеного лікування;

12.1.6. Рецепти з назвами призначених медикаментів, завірені печаткою відповідного лікаря або медичного закладу;

12.1.7. Чеки (квитанції) про оплату придбаних медикаментів або витратних медичних матеріалів;

12.1.8. Оригінали телефонних рахунків, що підтверджують факт звернення до абонентів, зазначених у Договорі страхування, та вартість проведених переговорів;

12.1.9. Документи (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують оплату вартості інших здійснених витрат;

12.1.10. Інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитку на запит Страховика, враховуючи особливості конкретного страхового випадку.

12.2. Якщо Застрахована особа, в тому числі за погодженням із Асистуючою компанією (Страховиком) самостійно сплатила вартість отриманих медичних послуг та (або) додаткових послуг та (або) придбала медикаменти або витратні медичні матеріали, вона повинна протягом 30 (тридцяти) календарних днів, якщо інший строк не визначений Договором страхування, з дня повернення з подорожі надати Страховику такі документи:

12.2.1. Заяву про здійснення страхової виплати за формою, встановленою Страховиком;

- 12.2.2. Договір страхування;
- 12.2.3. Паспорт громадянина України або іншої країни, якщо Страхувальник / Застрахована особа має інше громадянство (або інший документ, що засвідчує особу).
- 12.2.4. Закордонний паспорт Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону України;
- 12.2.5. Свідоцтво про народження Застрахованої особи, якщо вік Застрахованої особи – до 18 років;
- 12.2.6. Довідку про реєстраційний номер облікової картки платника податків (ідентифікаційний номер Застрахованої особи), або пред'явити відмітку в паспорті про відсутність реєстраційного номера облікової картки платника податків;
- 12.2.7. Проїзні документи;
- 12.2.8. Документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків згідно з пунктом 12.1 цих Правил;
- 12.2.9. Інші документи на письмовий запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, обсягу зазначених збитків (здійснених витрат) та документи, необхідні для здійснення страхової виплати.
- 12.3. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик може зменшити перелік документів, визначений пунктами 12.1-12.3 цих Правил.
- 12.4. Договором страхування може бути передбачений додатковий перелік документів, необхідних для здійснення страхової виплати.
- 12.5. Документи, зазначені у п. 12.1-12.4 цих Правил можуть надаватися 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.
- 12.6. Якщо зазначені у п. 12.1-12.4. цих Правил документи надані Страховику не в належній формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), страхова виплата не здійснюється до ліквідації цих недоліків, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

- 13.1. Страхова виплата визначається виходячи з вартості фактично наданих Застрахованій особі медичних та (або) інших послуг в межах встановлених Договором страхування лімітів зобов'язань Страховика з урахуванням франшизи (якщо вона встановлена у Договорі страхування) та інших умов Договору страхування.
- 13.2. Якщо в Договорі страхування передбачена франшиза, Застрахована особа повинна оплатити цю суму медичному закладові, лікареві або третій особі при наданні Застрахованій особі медичних та (або) інших послуг, відшкодування вартості яких передбачене Договором страхування;
- 13.3. Страхова виплата здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної або іншої допомоги, шляхом:
- 13.3.1. Перерахування грошових коштів на банківський рахунок Асистуючої компанії – якщо медичні та (або) інші послуги надавалися Застрахованій особі за допомогою Асистуючої компанії;
- 13.3.2. Перерахування грошових коштів на банківський рахунок медичного або іншого закладу, який за згодою Страховика надав послуги, оплата вартості яких передбачена Договором страхування;
- 13.3.3. Страхувальнику (Застрахованій особі) – якщо Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатив вартість медичних та (або) інших послуг, оплата вартості яких передбачена Договором страхування, або зазначені витрати здійснила третя особа.

13.4. Страхова виплата Страхувальнику (Застрахованій особі) здійснюється після повернення Страхувальника (Застрахованої особи) із закордонної подорожі (для Договору 2-го типу після закінчення поїздки Застрахованою особою по території України).

13.5. Страхова виплата за Договором 1-го типу здійснюється за офіційним курсом Національного банку України, встановленим на дату настання страхового випадку. У цьому ж порядку визначається розмір франшизи, встановленої Договором страхування.

13.6. Якщо за окремою опцією страхування (видом витрат), відшкодування яких передбачене Договором страхування, страхові випадки (витрати) наступали неодноразово, то страхова виплата за такою Опцією страхування (видом витрат) не може перевищувати відповідний ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика, встановлений Договором страхування.

14. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

14.1. Страховик здійснює страхову виплату на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи) і Страхового акта, який складає Страховик або уповноважена ним особа у формі, визначеній Страховиком, після повного встановлення обставин, причини й розмірів заподіяної шкоди внаслідок настання страхового випадку.

14.2. Крім випадків здійснення страхової виплати шляхом перерахування Страховиком грошових коштів на банківський рахунок Асистуючої компанії, медичного або іншого закладу, який за згодою Страховика надав послуги (відповідно до пунктів 13.3.1 – 13.1.3 – 13.3.2 цих Правил), порядок прийняття Страховиком рішення про виплату або відмову у виплаті наступний:

14.2.1. Для складення страхового акта та здійснення страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) повинні надати Страховику документи, передбачені розділом 13 цих Правил);

14.2.2. Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, якщо інший строк не обумовлений Договором страхування, з моменту одержання всіх необхідних документів (останнього з них, якщо документи надавалися Страховику частинами) для підтвердження факту, причин, обставин та наслідків настання страхового випадку та визначення розміру збитків Страховик:

14.2.2.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати, складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати і протягом 10 (десяти) робочих днів, якщо інший строк не обумовлений Договором страхування, з дня складення страхового акта здійснює страхову виплату;

14.2.2.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати;

14.2.2.3. У разі об'єктивної необхідності проведення додаткових заходів для розслідування обставин настання страхового випадку та розміру завданого збитку внаслідок його настання приймає рішення відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати та призначає строк для проведення такого розслідування, після закінчення якого приймає одне з вищезазначених рішень.

14.2.3. Страховик з обґрунтуванням причин письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) про прийняття одного з рішень, передбачених пунктами 14.2.2.1 – 14.2.2.3 цих Правил протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

15. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ АБО ВІДСТРОЧЕННЯ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

15.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

15.1.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладений Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не

поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій зазначених осіб встановлюється згідно з чинним законодавством України;

15.1.2. Вчинення Страхувальником – фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладений Договір страхування умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

15.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору (стан здоров'я, рід занять, ступінь ризику) або про факт та причини настання страхового випадку, в тому числі приховування таких відомостей;

15.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

15.1.5. Невиконання Страхувальником своїх обов'язків за Договором.

15.1.6. Інші випадки, передбачені законодавством України.

15.2. Умовами Договору можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству України.

15.3. Якщо інше не передбачено Договором страхування, Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або відмову у здійсненні виплати (відшкодування):

15.3.1. У разі наявності обґрунтованих сумнівів у правомірності вимог Страхувальника (Застрахованої особи) на одержання страхової виплати (в тому числі внаслідок виникнення у Страховика сумнівів стосовно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) відомостей та документів або якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини страхового випадку та (або) розмір завданих збитків (здійснених витрат)). У цьому випадку відстрочення відбувається до одержання необхідних доказів цих вимог. Граничний строк відстрочення здійснення страхової виплати – 6 (шість) місяців з дати надання Страхувальником (Застрахованою особою) Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження факту, причин та обставин страхового випадку, розміру збитку та інших документів, необхідних для здійснення страхової виплати;

15.3.2. Якщо органами внутрішніх справ порушена кримінальна справа проти Страхувальника (Застрахованої особи) і ведеться розслідування обставин, що призвели до настання страхового випадку. У цьому випадку відстрочення відбувається до закінчення розслідування та ухвалення відповідного рішення у цій справі.

16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

16.1.1. Закінчення строку його дії;

16.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;

16.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки, якщо інше не передбачено Договором страхування;

16.1.4. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (Застрахованої особи) чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України „Про страхування”;

16.1.5. Ліквідації Страховика в порядку, встановленому чинним законодавством України;

16.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

16.1.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

16.2. У разі дострокового припинення дії Договору страхування на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних сум страхових виплат (виплат страхового відшкодування), здійснених за Договором страхування.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

16.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування на вимогу Страховика Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю.

Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних сум страхових виплат (виплат страхового відшкодування), здійснених за Договором страхування.

16.4. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування здійснюється після врегулювання всіх заяв про страхову виплату, поданих Страхувальником (Застрахованою особою): здійснення страхових виплат або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову у здійсненні страхової виплати.

16.5. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж:

16.5.1. У разі укладення Договору страхування за варіантом „Багаторазові подорожі” – за 15 (п'ятнадцять) календарних днів до дати припинення строку дії Договору страхування.

16.5.2. У разі укладання Договору страхування на строк одноразової поїздки за кордон та/або одноразової поїздки по території України – за 1 (один) робочий день до дати початку строку його дії, зазначеної у Договорі страхування.

16.6. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках:

16.6.1. Передбачених Цивільним кодексом України.

16.6.2. Якщо його укладено після настання страхового випадку.

17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

17.1. Спори, що виникають у зв'язку з виконанням умов Договору страхування, вирішуються Сторонами шляхом переговорів.

17.2. У разі недосягнення згоди шляхом переговорів спори вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ.

16.1. Цими Правилами регламентовані основні умови страхування. За згодою сторін до договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що не суперечать чинному законодавству України.

СТРАХОВІ ТАРИФИ
за добровільним страхуванням медичних витрат осіб, що подорожують за кордон

1. Базові страхові тарифи за добровільним страхуванням медичних витрат осіб, що подорожують за кордон (Тб)

1.1. Для Програм страхування, що включають опції, передбачені в пунктах 5.1.1 – 5.1.9 Правил:

Таблиця 1

Кількість днів	Страхова сума, USD/EUR				
	10 000	15 000	30 000	50 000	Без ліміту
	Тб, % в день				
від 1 до 7	0,0037	0,0040	0,0048	0,0055	0,0081
від 8 до 15	0,0032	0,0037	0,0044	0,0049	0,0073
від 16 до 30	0,0029	0,0032	0,0038	0,0044	0,0063
від 31 до 90	0,0026	0,0028	0,0034	0,0038	0,0053
від 91 до 180	0,0022	0,0025	0,0029	0,0032	0,0046
від 181 до 365	0,0018	0,0020	0,0025	0,0027	0,0038

1.2. Для Програм страхування, що включають опції, передбачені в пунктах 5.1.1 – 5.1.13 Правил:

Таблиця 2

Кількість днів	Страхова сума, USD/EUR				
	10 000	15 000	30 000	50 000	Без ліміту
	Тб, % в день				
від 1 до 7	0,0053	0,0058	0,0068	0,0078	0,0082
від 8 до 15	0,0047	0,0052	0,0062	0,0071	0,0074
від 16 до 30	0,0041	0,0046	0,0055	0,0063	0,0065
від 31 до 90	0,0037	0,0040	0,0048	0,0055	0,0057
від 91 до 180	0,0031	0,0035	0,0041	0,0047	0,0049
від 181 до 365	0,0026	0,0029	0,0035	0,0039	0,0041

1.3. Для Програми страхування, що включає опції, передбачені в пунктах 5.1.1 – 5.1.18 Правил:

Таблиця 3

Кількість днів	Страхова сума, USD/EUR				
	10 000	15 000	30 000	50 000	Без ліміту
	Тб, % в день				
від 1 до 7	0,0059	0,0065	0,0077	0,0087	0,0092
від 8 до 15	0,0052	0,0059	0,0069	0,0078	0,0083
від 16 до 30	0,0047	0,0052	0,0060	0,0069	0,0073
від 31 до 90	0,0041	0,0045	0,0054	0,0060	0,0064
від 91 до 180	0,0036	0,0039	0,0047	0,0052	0,0055
від 181 до 365	0,0029	0,0032	0,0039	0,0043	0,0046

2. Коригуючі коефіцієнти

2.1. Коефіцієнт, що враховує місце дії Договору страхування (K1)

Таблиця 4

Місце дії Договору страхування		K1
«E»	країни СНД, Балтії і Європи, а також Турція, Кіпр, Ізраїль, Єгипет, Туніс, ОАЕ	1,0
«W»	всі країни світу	1,5

2.2. Коефіцієнт, що враховує вид спорту для осіб, що подорожують для занять професійним або аматорським спортом (K2)

Таблиця 5

Назва виду спорту	Група ризику	K2	
		Аматорський (А)	Професійний (Р)
Бадмінтон, біатлон, буерний спорт, художня гімнастика, спортивне орієнтування, плавання (крім підводного), городки, радіоспорт, волейбол, лижі, вітрильний спорт, теніс, важка атлетика	1	1,25	1,50
Акробатика, стрибки на батуті, велоспорт (трек, шосе), водні лижі, гребля, легка атлетика, планерний спорт, бейсбол, боротьба, водне поло, лижне двоборство, пожежно - технічні види спорту, стрибки в воду, стрільба, фехтування, фігурне катання	2	1,50	2,00
Бокс, гірськолижний спорт, дельтапланеризм, парашютний спорт, ковзанярський спорт, підводні види спорту, поло, піші прогулянки в горах, санний спорт, спідвей, хокей (всі види), шорт трек, альпінізм, баскетбол, бобслей, спортивна гімнастика, кінний спорт, карате, регбі, сучасне п'ятиборство, фрістайл, футбол	3	1,75	2,50

Коефіцієнти K2 є базовими і можуть коригуватись Страховиком, в залежності від стану здоров'я і рівня спортивної підготовки Застрахованих осіб

2.3. Коефіцієнт, що враховує вік Застрахованої особи (K3)

Таблиця 6

Вік Застрахованої особи, роки	До 1	1-24	25-59	60-65	66-70	71-75	76-80
K3	1,5	0,9	1,0	1,25	1,5	2,5	4,0

2.4. Коефіцієнт, що враховує рід занять Застрахованої особи для страхування осіб, які подорожують за кордон для виконання робіт (K4)

Рід занять Застрахованої особи під час її перебування за кордоном при виконанні роботи за наймом	Група ризику	K4
Водії транспортних засобів, робітники лісового господарства, робітники, що зайняті іншою фізичною працею	1	1,25
Члени екіпажів авіаційних і морських суден, шахтери, особи, зайняті на важких та небезпечних роботах у нафтовій та газовій промисловостях, пожежники, робітники охоронних структур, будівельники-висотники	2	1,75

2.5. Коефіцієнт, що враховує кількість Застрахованих осіб при страхуванні груп осіб (K5)

Таблиця 7

Коефіцієнти, що враховують кількість Застрахованих осіб:	K5
10-20	0,90
21-50	0,85
Більше 51	0,80

2.5. Коефіцієнт, що враховує використання безумовної франшизи (K6)

Таблиця 8

Безумовна франшиза	Відсутня	50 USD/EUR*
K6	1,00	0,80

* Валюта франшизи відповідає валюті страхової суми

2.6. Коефіцієнт, що враховує варіант страхування (K7)

Таблиця 9

Варіант страхування	K7
«Одноразова подорож»	1,00
«Багаторазові подорожі»	1,05

3. До базових тарифів, зазначених в таблицях 1-3 може застосовуватись андеррайтерський коефіцієнт у межах 0,25-3,0

4. Розмір нормативу витрат на ведення справи складає 40% від суми страхового платежу.

*свідоцтво № 03-009 від 24.01.2013,
дійсне до 24.01.2016*
Руденко А. В.

Актуарій

СТРАХОВІ ТАРИФИ
за добровільним страхуванням медичних витрат осіб, що подорожують
по території України

1. Базові страхові тарифи за добровільним страхуванням медичних витрат осіб, що подорожують по Україні (Тб)

Таблиця 1

Період страхування	Страхова сума, грн					
	1 000	2 000	3 000	5 000	7 000	10 000
	Тариф, % страхової суми					
1 день	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,03
3 дні	0,12	0,11	0,10	0,09	0,09	0,08
5 днів	0,15	0,13	0,11	0,11	0,10	0,09
7 днів	0,18	0,16	0,14	0,13	0,12	0,11
10 днів	0,25	0,22	0,19	0,18	0,17	0,15
12 днів	0,30	0,27	0,23	0,22	0,21	0,18
14 днів	0,35	0,31	0,27	0,25	0,24	0,21
18 днів	0,45	0,40	0,34	0,33	0,31	0,27
21 день	0,52	0,46	0,40	0,38	0,36	0,32
24 дні	0,62	0,56	0,48	0,46	0,43	0,38
31 день	0,75	0,67	0,58	0,55	0,52	0,46
61 день	1,27	1,14	0,98	0,93	0,88	0,78
92 дні	1,91	1,70	1,47	1,40	1,32	1,18
182 дні	3,34	2,98	2,57	2,44	2,31	2,06

2. Коригуючі коефіцієнти

При визначенні розрахункового страхового тарифу можуть застосовуватися коригуючі коефіцієнти:

$$T_p = T_b * K_1 * K_2 * K_3 * K_4,$$

де Тб – базовий тариф (таблиця 1).

2.1. Коефіцієнт, що враховує вік Застрахованої особи (K1)

Вік Застрахованої особи	K1
Для дітей до 14 років	0,85
Від 15 до 59 років	1,0
Від 60 до 64 років	1,5
Від 65 до 69 років	2,0
Від 70 до 74 років	3,0
Від 75 до 80 років	4,0

2.2. Коефіцієнт, що враховує кількість Застрахованих осіб (K2)

Кількість Застрахованих осіб	K2
Групи від 3 до 10 осіб	0,95
Від 11 до 15 осіб	0,90
Від 16 до 20 осіб	0,85
Більше 20 осіб	0,80

СТРАХОВІ ТАРИФИ
за добровільним страхуванням медичних витрат осіб, що подорожують
по території України

1. Базові страхові тарифи за добровільним страхуванням медичних витрат осіб, що подорожують по Україні (Тб)

Таблиця 1

Період страхування	Страхова сума, грн					
	1 000	2 000	3 000	5 000	7 000	10 000
	Тариф, % страхової суми					
1 день	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,03
3 дні	0,12	0,11	0,10	0,09	0,09	0,08
5 днів	0,15	0,13	0,11	0,11	0,10	0,09
7 днів	0,18	0,16	0,14	0,13	0,12	0,11
10 днів	0,25	0,22	0,19	0,18	0,17	0,15
12 днів	0,30	0,27	0,23	0,22	0,21	0,18
14 днів	0,35	0,31	0,27	0,25	0,24	0,21
18 днів	0,45	0,40	0,34	0,33	0,31	0,27
21 день	0,52	0,46	0,40	0,38	0,36	0,32
24 дні	0,62	0,56	0,48	0,46	0,43	0,38
31 день	0,75	0,67	0,58	0,55	0,52	0,46
61 день	1,27	1,14	0,98	0,93	0,88	0,78
92 дні	1,91	1,70	1,47	1,40	1,32	1,18
182 дні	3,34	2,98	2,57	2,44	2,31	2,06

2. Коригуючі коефіцієнти

При визначенні розрахункового страхового тарифу можуть застосовуватися коригуючі коефіцієнти:

$$T_p = T_b * K_1 * K_2 * K_3 * K_4,$$

де Тб – базовий тариф (таблиця 1).

2.1. Коефіцієнт, що враховує вік Застрахованої особи (K1)

Вік Застрахованої особи	K1
Для дітей до 14 років	0,85
Від 15 до 59 років	1,0
Від 60 до 64 років	1,5
Від 65 до 69 років	2,0
Від 70 до 74 років	3,0
Від 75 до 80 років	4,0

2.2. Коефіцієнт, що враховує кількість Застрахованих осіб (K2)

Кількість Застрахованих осіб	K2
Групи від 3 до 10 осіб	0,95
Від 11 до 15 осіб	0,90
Від 16 до 20 осіб	0,85
Більше 20 осіб	0,80

2.3. Коефіцієнт, що враховує мету поїздки (К3)

Мета поїздки	К3
Фізична праця	1,5
Аматорський спорт, активний відпочинок	2,0

2.3. Коефіцієнт, що враховує різновид туризму (К4)

Різновид туризму	К4
Внутрішній туризм	1,5
В'їзний туризм	2,0

3,0

2.4. До базових тарифів може застосовуватись андеррайтерський коефіцієнт у межах 0,25-

3. Розмір нормативу витрат на ведення справи складає 40% від суми страхового платежу.

Актуарій

*свідоцтво № 03-009 від 24.01.2013,
дійсне до 24.01.2016
Руденко А.В.*

Прохнуровано, пронумеровано 29
(Морський ревізійний аркушів) та
скріплено відбитком печатки.

Голова Правління

НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ, що здійснює ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ								
ЗАРЕЄСТРОВАНО								
Товова <u>Наукаінвестприм</u> Найменування товари								
Підпис <u>[Signature]</u>	Голова, Інцидент працівника <u>П. Прізіров</u>							
Дата <u>04.04.2013</u>	Регістраційний номер <table border="1"><tr><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>9</td><td>4</td></tr></table>	2	1	1	3	1	9	4
2	1	1	3	1	9	4		

