

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
Голова Правління  
ПАТ «Страхова компанія «Місто»

О.О. Поплавський

«01» лютого 2016 р.



Зміни до Правил добровільного страхування медичних витрат  
шляхом їх викладення в новій редакції

**ПРАВИЛА  
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ  
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ.**

**НОВА РЕДАКЦІЯ.**

м. Вінниця, 2016 р.

## **ЗМІСТ**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. ТЕРМІНОЛОГІЯ</b>  | <b>3</b>  |
| <b>2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ</b>  | <b>4</b>  |
| <b>3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ</b>  | <b>5</b>  |
| <b>4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК</b>  | <b>5</b>  |
| <b>5. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ<br/>СТРАХУВАННЯ</b>  | <b>6</b>  |
| <b>6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ (ЛІМІТІВ<br/>ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ) ТА (АБО) СТРАХОВИХ ВИПЛАТ</b>   | <b>9</b>  |
| <b>7. ФРАНШИЗА</b>  | <b>9</b>  |
| <b>8. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ</b>   | <b>9</b>  |
| <b>9. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ</b>  | <b>9</b>  |
| <b>10. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ТА ЗМІНИ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ</b>   | <b>10</b> |
| <b>11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН</b>  | <b>10</b> |
| <b>12. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ</b>   | <b>12</b> |
| <b>13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ<br/>СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ (ВАРТІСТЬ МЕДИЧНОЇ<br/>ТА/ЧИ ІНШОЇ ДОПОМОГИ, НАДАНОЇ ЗАСТРАХОВАНИЙ ОСОБІ ПРИ<br/>НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ)</b> | <b>12</b> |
| <b>14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ</b>  | <b>13</b> |
| <b>15. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У<br/>ЗДІСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ</b>  | <b>14</b> |
| <b>16. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ</b>  | <b>14</b> |
| <b>17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН</b>  | <b>15</b> |
| <b>18. ОСОБЛИВІ УМОВИ</b>   | <b>15</b> |
| <b>19. ДОДАТОК №1 ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ</b>  | <b>16</b> |
| <b>20. ДОДАТОК №2. СТРАХОВІ ТАРИФИ</b>  | <b>22</b> |

### **1. ТЕРМІНОЛОГІЯ**

Кожен термін, що визначається у цьому розділі «Правил добровільного страхування медичних витрат. Нова редакція.» (надалі – Правила), має і надалі так трактуватися кожен раз, коли він згадується у тексті цих Правил.

**Асистанс** – спеціалізована служба, що діє від імені Страховика, організує та контролює надання Застрахованій особі необхідної допомоги, передбаченої Договором страхування.

**Близький родич Застрахованої особи** – батько, мати, у тому числі усиновлювачі, піклувальники, чоловік, дружина, повнолітні діти, повнорідні брати/сестри Застрахованої особи.

**Вигодонабувач** - фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладенні Договору страхування для одержання страхових виплат при настанні страхового випадку. Страхувальник має право за згодою Застрахованої особи замінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

**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 (надати допомогу, виконати послугу, тощо) Страхувальнику (Застрахованій особі), а Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язується виконувати умови Договору страхування.

**Застрахована особа** - фізична особа, щодо страхування якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

**Країна постійного проживання** – країна, під юрисдикцією якої знаходиться місце постійного проживання фізичної особи або країна, громадянином якої є фізична особа.

**Ліміт відповідальності** - обмеження страхової суми за окремими страховими випадками, видами медичної допомоги, яка надається Застрахованій особі відповідно до умов страхування, та/або за окремими нозологіями, що встановлюється у Договорі страхування.

**Невідкладна медична допомога** – комплекс діагностичних, лікувальних і евакуаційних заходів, які невідкладно виконуються з метою відновлення життєво важливих функцій організму.

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

**Місце дії Договору** – країна, географічне місце, зазначене в Договорі страхування.

**Медичні витрати** - витрати на амбулаторне, стаціонарне лікування та придбання ліків за призначенням лікаря, необхідність яких виникла внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання та/або загострення хронічного захворювання.

**Нещасний випадок** - раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана та не залежна від волі Застрахованої особи зовнішня подія (у тому числі протиправні дії третіх осіб), що фактично відбулась протягом строку дії Договору і призвела до смерті, тілесного ушкодження або іншого розладу здоров'я Застрахованої особи.

**Подорож (поїздка)** - тимчасове перебування Застрахованої особи за межами країни постійного проживання або місця постійного проживання.

**Програма страхування** – перелік послуг, що надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.

**Раптове захворювання** - гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або гострим станом Застрахованої особи, що становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання негайної медичної допомоги.

**Страхувальник** - юридична особа або дієздатна фізична особа, які уклали із Страховиком Договір страхування. Страхувальники мають право укладати Договори про страхування третіх осіб - Застрахованих осіб за згодою останніх.

**Страховик** – Публічне акціонерне товариство «Страхова компанія «Місто».

**Страховий платіж** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно умов Договору.

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

**Страховий акт** - документ, що складається Страховиком, що підтверджує факт настання страхового випадку і разом із заявою Страхувальника (Застрахованої особи) на страхову виплату є підставою для здійснення цієї виплати. Страховий акт складається на підставі документів про причини, обставини страхового випадку та підтвердження понесених витрат.

**Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (її частини) Страхувальнику, Вигодонабувачу, Застрахованій або іншій третій особі.

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

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

**Третя особа** – фізична або юридична особа, яка не є стороною за Договором страхування, однак приймає участь у правовідносинах, що регулюються Договором страхування.

**Франшиза (безумовна)** – частина збитків по кожному страховому випадку, що не відшкодовуються Страховиком згідно з умовами Договору страхування.

## 2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Ці Правила розроблені Публічним акціонерним товариством «Страхова компанія «Місто» згідно із Законом України «Про страхування», нормативно - правовими актами цивільного законодавства України.

2.2. Відповідно до цих Правил Страховик укладає Договори добровільного страхування медичних витрат (надалі по тексту – Договір страхування).

2.3. Суб'єктами добровільного страхування медичних витрат є Страховик, Страхувальник, Застрахована особа.

2.4. Страхувальниками згідно з цими Правилами можуть бути:

а) юридичні особи будь-якої організаційно-правової форми – резиденти та нерезиденти України;

б) дієздатні фізичні особи – громадяни України, іноземні громадяни, особи без громадянства, які перебувають в Україні на законних підставах.

2.4.1. Страхувальники - юридичні особи можуть укладати Договори страхування лише на користь фізичних осіб, зазначених у Договорі страхування як Застраховані особи, за їх згодою.

2.4.2. Страхувальники – дієздатні фізичні особи можуть укладати Договори страхування відносно себе або інших фізичних осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Якщо Договір страхування укладено Страхувальником про власне страхування, то він одночасно є Застрахованою особою.

2.5. Застрахованими можуть бути особи віком від 1 року і до моменту, коли їх вік на дату початку строку дії Договору страхування не перевищує 70 років.

Якщо вік Застрахованої особи менше 1 року або перевищує 70 років, то вона може бути застрахована на спеціальних умовах, визначених у Договорі страхування.

2.6. На страхування не приймаються: особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, онкологічних, шкірно-венерологічних диспансерах (з приводу венеричних захворювань), центрах з профілактики та лікування СНІДу та ВІЛ-інфекцій; інваліди І-ої групи; особи, визнані судом недієздатними у порядку, визначеному статтею 39 Цивільного кодексу України.

У випадку, якщо така особа буде зазначена в Договорі страхування як Застрахована особа, події, що відбулися з нею, страховими випадками визнаватись не будуть незалежно від причин їх настання. При цьому Договір страхування вважається припиненим з дати, коли такі обставини стали відомі Страховикові, а страховий платіж сплачений за Договором підлягає поверненню.

2.7. При укладенні Договору страхування Страхувальник за згодою Застрахованої особи має право призначити фізичних осіб (далі - Вигодонабувачів) для отримання страхових виплат.

Страхувальник може замінити Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

2.8. Ці Правила регулюють загальні умови добровільного страхування медичних витрат та порядок укладання Договору страхування. Конкретні умови добровільного страхування медичних витрат визначаються при укладанні Договору страхування за згодою Сторін і повинні не суперечити чинному законодавству України.

### **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. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК**

4.1. Страховим ризиком за Правилами визнаються події, що мають ознаки імовірності та випадковості настання, а саме: захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або її смерті внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).

4.2. Страховим випадком є здійснення Застрахованою особою, Асистантом або третьою особою документально підтверджених непередбачених витрат на отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з захворюванням, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або її смерті внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися з Застрахованою особою під час та на території дії Договору страхування, в межах та в обсязі Програми страхування та лімітів страхування, передбачених Договором страхування.

**4.3. Відповідно до цих Правил Страховик, при настанні страхового випадку, відшкодовує витрати Застрахованої особи на:**

- 4.3.1. Невідкладну медичну допомогу.
- 4.3.2. Амбулаторно-поліклінічну допомогу.
- 4.3.3. Невідкладну стоматологічну допомогу.
- 4.3.4. Стаціонарне лікування.
- 4.3.5. Адміністративні витрати, а саме:
  - 4.3.5.1. Оплату вартості проїзду, близького родича Застрахованої особи.
  - 4.3.5.2. Організацію та оплату витрат на медичне транспортування Застрахованої особи.
  - 4.3.5.3. Оплату витрат на проїзд медичного працівника, що супроводжує Застраховану особу до місця постійного проживання Застрахованої особи і назад.
  - 4.3.5.4. Організацію та оплату витрат на дострокове повернення до країни постійного проживання дітей до 14 (чотирнадцяти) років Застрахованої особи.
  - 4.3.5.5. Оплату вартості проїзду Застрахованої особи до місця її постійного проживання у випадку неможливості продовження подорожі та дострокового (позапланового) повернення до місця її постійного проживання, у разі смерті близького родича Застрахованої особи в країні її постійного проживання.
  - 4.3.5.6. Організацію та оплату вартості послуг з транспортування тіла (репатріація) Застрахованої особи до місця її постійного проживання.
  - 4.3.5.7. Оплату вартості з ритуальних послуг з поховання тіла Застрахованої особи або кремації тіла Застрахованої особи в країні за місцем її смерті.
  - 4.3.5.8. Оплату вартості послуг телефонного зв'язку Застрахованої особи з приводу повідомлення про страховий випадок.
  - 4.3.5.9. Оплату вартості відновлення загублених, втрачених або викрадених за кордоном документів Застрахованої особи, в т. ч. супутні витрати.
  - 4.3.5.10. Витрати на придбання речей першої необхідності при затримці багажу.
  - 4.3.5.11. Витрати на доставку автомобіля до найближчого сервісного центру.
  - 4.3.5.12. Витрати на перебування в готелі, на час ремонту автомобіля.

4.4. Програми страхування наведені у Додатку №1 до цих Правил.

4.5. При укладанні Договору страхування Страхувальник та Страховик за взаємною згодою можуть обмежити або доповнити перелік медико-санітарної та іншої допомоги, передбаченої Програмами страхування.

4.6. Договором страхування можуть бути передбачені також інші види медико-санітарної допомоги Застрахованій особі, які не зазначені у Програмах страхування, але які не суперечать цим Правилам та чинному законодавству, за надання яких згідно з умовами Договору страхування при настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату.

4.7. Страхування може здійснюватись також за індивідуальною Програмою страхування, складеною за згодою Страховика і Страхувальника, що не суперечить цим Правилам.

4.8. У будь-якому випадку конкретний обсяг Програми страхування узгоджується Страхувальником і Страховиком при укладанні Договору страхування і зазначається в ньому.

## **5. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

5.1. За цими Правилами до страхових випадків не відносяться і страхова виплата не здійснюється, якщо подія, що відбулась із Застрахованою особою:

5.1.1. Не обумовлена як страховий випадок в Договорі страхування та/або мала місце до початку дії Договору чи після його закінчення.

5.1.2. Мала місце за межами території дії Договору страхування .

5.1.3. Викликана обставинами, про які Страхувальник знав або повинен був знати, але не вжив усіх від нього залежних заходів для запобігання настанню страхового випадку.

5.2. В будь-якому випадку Страховик не несе відповідальності за Договором страхування якщо випадок стався:

5.2.1. Внаслідок вчинення Застрахованою особою дій, в яких слідчими органами або судом встановлені ознаки умисного злочину , що призвів до заподіяння шкоди здоров'ю або смерті Застрахованої особи.

5.2.2. Внаслідок будь-яких дій вчинених Застрахованою особою, у стані алкогольного сп'яніння або під впливом наркотичних чи токсичних речовин, в т. ч. управління транспортним засобом, а також внаслідок передачі управління транспортним засобом особі, яка перебуває у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.

5.2.3. Внаслідок самогубства Застрахованої особи або спроби самогубства за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб. При цьому, вказані дії Застрахованої особи визнаються такими тільки на підставі рішення компетентних органів, що доводять вчинене.

5.2.4. Внаслідок навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень незалежно від її психічного стану, самолікування або лікування особою або закладом, що не має медичної освіти або ліцензії на здійснення лікувальної діяльності у країні тимчасового перебування, вживання ліків без призначення лікаря;

5.2.5. В результаті керування Застрахованою особою транспортним засобом, якщо вона не має відповідних документів на право керування даним транспортним засобом.

5.2.6. Під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні, або на території дії Договору страхування, а також під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу, локауту або терористичного акту.

5.2.7. Внаслідок впливу ядерної енергії, дії іонізуючої радіації, хімічного, бактеріологічного, радіоактивного забруднення від будь-яких джерел, ядерного вибуху, впливу радіації, пов'язаних із застосуванням атомної енергії, використанням продуктів розщеплення.

5.2.8. В результаті протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів.

5.3. Страховик не оплачує і не відшкодовує витрати на оплату медичної допомоги Застрахованій особі, якщо така допомога пов'язана з:

5.3.1. Погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи або смертю Застрахованої особи внаслідок захворювання або травмування, яке діагностовано до початку дії Договору страхування , незалежно від того чи проводилось лікування чи ні.

5.3.2. Лікуванням, діагностуванням чи отриманням консультації з приводу розладів слуху (наявність сіркових пробок, та/або попадання води).

5.3.3. Лікуванням діагностуванням чи отриманням консультації з приводу хвороб шкіри та підшкірної клітковини та хвороб шкіри, пов'язаних з дією сонячного випромінювання.

5.3.4. Лікуванням СНІДу або будь-якого подібного синдрому, а також ВІЛ-інфекцій та захворювань, що є їх наслідком.

5.3.5. Лікуванням венеричних захворювань та захворювань, що передаються статевим шляхом.

5.3.6. Лікуванням алергічних захворювань, які не потребують невідкладної медичної допомоги та не створюють загрозу для життя.

5.3.7. Лікуванням дерматологічних захворювань, хворобам ендокринної системи, кропивниць та еритем, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи. У випадку підтвердження даних захворювань, відшкодовується тільки вартість первинної консультації, подальше обстеження та лікування не відшкодовується, крім випадків, що створюють загрозу життю.

5.3.8. Лікуванням хронічних захворювань, поза стадією загострення (планове лікування), які не загрожують життю Застрахованої особи, вроджених аномалій (вад розвитку) деформацій та хромосомних порушень.

5.3.9. Лікуванням хвороб крові та кровотворних органів.

5.3.10. Оперативними втручаннями на серці та судинах (аорто-коронарне шунтування; стентування судин різних систем і органів, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи) навіть при наявності медичних показань для їх проведення.

5.3.11. Хірургічними (оперативними) втручаннями пов'язаними з доброякісними та злоякісними новоутвореннями (пухлинами).

5.3.12. Лікуванням нервових та психологічних захворювань, в т.ч. діагностикою та встановлення причини епілептичних припадків.

5.3.13. Епідемічними та пандемічними хворобами.

5.3.14. Послугами на лікування, що можна відкласти до повернення з-за кордону, в тому числі проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можна замінити курсом консервативного лікування.

5.3.15. Подальшим лікуванням Застрахованої особи, якщо вона відмовилась від медичної евакуації до місця її постійного проживання.

5.3.16. Медичним оглядом, що не є наслідком гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження, наданням послуг, що не є обґрунтовано необхідними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування, а також надання таких спеціальних послуг, як окрема палата, телефон, телевізор тощо.

5.3.17. Медичними обстеженнями, оглядом або постановкою діагнозу, які є частиною поточного медичного обстеження або перевірку стану здоров'я, включаючи щеплення, видачу медичних довідок та результатів обстеження.

5.3.18. Сонячними опіками або іншими гострими змінами шкіри внаслідок впливу ультрафіолетового випромінювання.

5.3.19. Стоматологічним лікуванням, за винятком невідкладної стоматологічної допомоги.

5.3.20. Перебуванням в санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку та інших закладах подібного типу.

5.3.21. Надання послуг медичними закладами, що не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на здійснення медичної діяльності.

5.3.22. Наслідками вживання алкоголю та сп'яніння (відсоток алкоголю в крові перевищує норму, встановлену законом країни перебування), наркотичного або токсичного сп'яніння, вживання ліків або наркотичних засобів без призначення лікаря.

5.3.23. Медичними станами, пов'язаними з участю у будь-яких формах польотів, за винятком здійснення перельоту у якості пасажири регулярного авіарейсу або чартерного перельоту за встановленим маршрутом.

5.3.24. Будь-якими послугами, що не є невідкладними з медичної точки зору.

5.3.25. Будь-якими витратами у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування.

#### **5.4. Страховик не оплачує витрати:**

5.4.1. На медичну евакуацію, якщо стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона фізично спроможна повернутися в країну постійного проживання самостійно, у якості звичайного пасажира.

5.4.2. На отримання медичних та медико - транспортних послуг у випадках, що сталися під час поїздки, яку було здійснено всупереч порадам лікаря, або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном.

5.4.3. На усунення косметичних дефектів, реконструктивні та пластичні операції.

5.4.4. На будь-яке протезування, в тому числі забезпечення зубними протезами або штучними зубами (крім екстреної допомоги тимчасового полегшення гострого болю та страждань).

5.4.5. Що пов'язані з вагітністю або будь-якими станами викликаними вагітністю, витрати на штучне запліднення, лікування безпліддя, витрати по запобіганню вагітності, а також витрати на аборт, якщо його потреба не буде викликана прямою загрозою для життя.

5.4.6. На лікування на території країни постійного проживання Застрахованої особи.

5.4.7. На лікування на території країни тимчасового перебування після дати, коли на думку лікаря, призначеного Асистансом, медична евакуація є можливою за медичними показаннями, крім тих витрат, що були понесені з метою здійснення медичної евакуації Застрахованої особи.

5.4.8. На лікування, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання.

5.4.9. На лікування наркоманії, токсикоманії й алкоголізму, у тому числі стани, захворювання, травми, опіки й отруєння, отримані через перераховані вище стани.

5.4.10. На обстеження і лікування за допомогою методів, нетрадиційними або експериментальними методами лікування, гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, біологічні добавки тощо.

5.4.11. На медичну реабілітацію.

5.4.12. Пов'язані з лікарською помилкою, неправильним або недостатніми медичними маніпуляціями, з моральною шкодою.

5.4.13. Якщо Застрахована особа навмисно надала неправдиву інформацію про ступінь страхового ризику або факт настання страхового випадку.

5.4.14. На медичну репатріацію, транспортування або репатріацію тіла/останків, яка організована без узгодження із Асистансом (Страховиком).

5.4.15. На медичну евакуацію, якщо хвороба 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.

5.4.16. Якщо транспортування Застрахованої особи здійснювалось з одного медичного закладу в інший без участі Асистансу або без попереднього погодження з нею чи зі Страховиком.

5.4.17. Поховання в Україні або країні постійного проживання.

5.5. Не приймаються на страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, онкологічних, шкірно-венерологічних диспансерах (з приводу венеричних захворювань), центрах з профілактики та лікування СНІДу та ВІЛ-інфекцій; інваліди I-ої, II-ої групи; особи, визнані судом недієздатними у порядку, визначеному статтею 39 Цивільного кодексу України.

Укладений на користь таких осіб Договір страхування може бути припинений достроково у порядку, передбаченому цими Правилами.

5.6. За згодою Страховика та Страхувальника під час укладення Договору страхування перелік виключень із страхових випадків може бути доповнений, скорочений або замінений іншими виключеннями, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

5.7. Конкретний перелік виключень із страхових випадків та обмежень страхування зазначається в Договорі страхування.



## **6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ (ЛІМІТІВ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ) ТА (АБО) СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

6.1. Розмір страхової суми визначається за згодою Страхувальника і Страховика під час укладання Договору страхування або внесення змін до Договору страхування.

6.2. У Договорі страхування Страховик може встановлювати обмеження (ліміти) страхової суми за окремими страховими випадками, групами страхових випадків, і/або окремими видами медико-санітарної та іншої допомоги, яка надається Застрахованій особі відповідно до умов страхування. Відповідний ліміт страхової суми зазначається у Договорі страхування.

## **7. ФРАНШИЗА**

7.1. Договором страхування може бути передбачена франшиза - частина збитків по кожному страховому випадку, що не відшкодовуються Страховиком згідно з умовами Договору страхування.

7.2. Франшиза визначається при укладанні Договору страхування у відсотках від страхової суми або в абсолютному розмірі.

## **8. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ**

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

8.2. Страхові тарифи обчислюються Страховиком шляхом актуарних розрахунків.

8.3. Базові річні страхові тарифи за Програмам страхування зазначені у Додатку №2 до цих Правил.

8.4. Страховий платіж - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно умов Договору.

8.5. Страховий платіж обчислюється шляхом множення страхової суми, встановленої Договором страхування, на ставку страхового тарифу. Страховий платіж зазначається у Договорі страхування.

8.6. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово при укладанні Договору страхування, якщо інше не встановлено Договором страхування. Строк сплати страхового платежу зазначається в Договорі страхування.

8.7. Страхувальник може сплатити страховий платіж за Договором страхування шляхом безготівкового переказу на поточний рахунок або готівкою в касу Страховика.

## **9. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ**

9.1. Строк дії Договору страхування визначається за згодою його Сторін.

9.2. Договір страхування набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу (або його частини), якщо інше не передбачено Договором страхування.

9.3. Місце дії Договору страхування визначається за згодою Страховика та Страхувальника.

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

9.4.1. Закінчення строку його дії.

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

9.4.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

9.4.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування».

9.4.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

9.4.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

9.4.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

9.5. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

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

9.6. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до дати закінчення строку дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням умов Договору страхування Страховиком, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

9.7. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена порушенням умов страхування Страхувальником, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування.

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

## **10. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ТА ЗМІНИ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

10.1. Договір страхування укладається у письмовій формі на підставі усної або письмової заяви Страхувальника.

10.2. При укладанні Договору страхування Страхувальник зобов'язаний надати Страховику всю наявну інформацію та документи, які є підставою для визначення страхового ризику.

10.3. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

10.4. Протягом строку дії Договору страхування його умови можуть бути змінені та/або доповнені окремими положеннями за згодою Страховика і Страхувальника.

10.5. Всі зміни та доповнення до Договору страхування оформлюються Сторонами письмово у вигляді додаткових угод до діючого Договору страхування, які є його невід'ємними частинами.

## **11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

### **11.1. Страхувальник має право:**

11.1.1. Одержати будь-які роз'яснення за укладеним Договором страхування і цими Правилами.

11.1.2. При укладенні Договору страхування призначати за згодою Застрахованої особи фізичних або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхових виплат, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

11.1.3. У разі настання страхового випадку одержати страхову виплату згідно з умовами Договору страхування.

11.1.4. На внесення змін в у мови Договору.

11.1.5. На дострокове припинення Договору страхування згідно з пунктом 9.6. цих Правил.

11.1.6. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у страховій виплаті або розмір страхової виплати, здійсненої Страховиком.

11.1.7. Отримати дублікат Договору (страхового полісу, страхового сертифікату, страхового свідоцтва) в разі його втрати.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страхувальника.

### **11.2. Страховик має право:**

11.2.1. При укладанні Договору страхування вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки ступеню страхового ризику.

11.2.2. Перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладанні Договору страхування.

11.2.3. Самостійно з'ясувати причини, обставини страхового випадку і вартість медичної допомоги, наданої Страхувальнику (Застрахованій особі), направляти запити до компетентних органів з метою отримання відповідних висновків, здійснювати незалежну експертизу страхового випадку.

11.2.4. У разі зміни ступеню страхового ризику або збільшення вартості медичної допомоги вимагати від Страхувальника переукладення Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу;

11.2.5. Відмовити у виплаті страхової суми (її частини) згідно з розділом 16 цих Правил;

11.2.6. Вносити зміни у Договір страхування.

11.2.7. Ініціювати дострокове припинення Договору страхування згідно з пунктом 9.7. цих Правил.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика.

### **11.3. Страхувальник зобов'язаний:**

11.3.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

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

11.3.3. При укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета Договору.

11.3.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

11.3.5. Повідомити Страховика або Асистанс Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.

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

### **11.4. Страховик зобов'язаний:**

11.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами;

11.4.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

11.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування;

11.4.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

11.4.5. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості медичної допомоги переукласти з ним Договір страхування;

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

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

## **12. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

12.1. При настанні випадку, що може бути визнаний страховим, Страхувальник (Застрахована особа) не пізніше ніж протягом 48 годин повинен звернутися до Страховика або Асистанса Страховика за телефоном, зазначеним в Договорі страхування та повідомити Страховику або Асистансу Страховика:

- Прізвище та ім'я Застрахованої особи.

- Точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон.

- Назву Страхової компанії.
- Номер Договору страхування та термін його дії.
- Територію дії Договору страхування.
- Розмір страхової суми, франшизу та Програму страхування.
- Опис того, що трапилось, та характер необхідної допомоги.

12.2. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається Асистансу Страховика або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 48 годин (якщо інше не обумовлено Договором страхування) 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.

12.3. У випадку звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до Асистанса Страховика, при настанні випадку, що може бути визнаний страховим, Асистанс Страховика надсилає інформацію про заявлену подію Страховику у порядку та строк, визначений договором про співпрацю, і після узгодження із Страховиком витрат організує надання медичних та інших послуг Застрахованій особі згідно з умовами Договору страхування, контролює своєчасність, адресність, якість надання цих послуг та гарантує їх оплату за дорученням та за рахунок коштів Страховика.

12.4. У будь-якому випадку всі, здійснені Застрахованою особою, витрати на оплату медичної та іншої допомоги повинні бути узгоджені із Асистансом Страховика або Страховиком безпосередньо.

12.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші права та обов'язки Страхувальника та Страховика при настанні події, що має ознаки страхового випадку.

### **13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ (ВАРТІСТЬ МЕДИЧНОЇ ТА/ЧИ ІНШОЇ ДОПОМОГИ, НАДАНОЇ ЗАСТРАХОВАНІЙ ОСОБІ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ)**

13.1. Документами, що підтверджують настання страхового випадку, є:

13.1.1. Письмова заява Страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) про страхову виплату за формою, встановленою Страховиком.

13.1.2. Примірник або копія Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату, страхового свідоцтва).

13.1.3. Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру особи, яка звернулась за страховою виплатою.

13.1.4. Копія паспорту особи, яка звернулась за страховою виплатою.

13.1.5. Копія закордонного паспорту Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону країни постійного проживання та віза відповідної країни.

13.1.6. Копія вітчизняного паспорту (свідоцтва про народження) Застрахованої особи або засвідчену нотаріально копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи.

13.1.7. Первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, переліку проведених процедур і заходів, переліку медикаментів та матеріалів, використаних при наданні медичної допомоги із зазначенням їх вартості.

13.1.8. Документи, що підтверджують попередньо погоджені зі Страховиком витрати Застрахованої особи, пов'язані із придбанням медикаментів та матеріалів, необхідних для отримання медичної допомоги.

13.1.9. Рецепти на призначені лікарські засоби, виписані на стандартних рецептурних бланках із зазначенням назви, кількості лікарського засобу, дати виписки рецепту, прізвища Застрахованої особи, з печаткою, прізвищем лікаря, який виписав рецепт, з відміткою аптеки про їх відпуск Застрахованій особі.

13.1.10. У разі звернення Застрахованої особи за медичною допомогою при настанні нещасного випадку - акт про нещасний випадок (за наявності), довідка з медичного закладу із зазначенням діагнозу та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього (при необхідності).

13.1.11. Рахунки-фактури медичного закладу за надану Застрахованій особі медичну допомогу, звіти, акти виконаних робіт.

13.1.12. Якщо згідно з умовами Договору страхування при настанні страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатив(ла) вартість медичної допомоги, - платіжні документи (фіскальні чеки, квитанції, платіжні доручення тощо) про сплату Страхувальником (Застрахованою особою) вартості наданої медичної допомоги.

13.1.13. Якщо при настанні страхового випадку організація надання і оплата медичної допомоги Застрахованій особі була здійснена Асистансом Страховика - копії платіжних документів з відмітками установи банку про оплату Асистансом Страховика медичної допомоги, наданої Застрахованій особі медичним закладом, виписки з банківського рахунку Асистанса Страховика (при необхідності).

13.1.14. Документи, що підтверджують факт оплати за юридичні, технічні та інші послуги.

13.2. Страховик може змінити перелік документів, передбачених пунктом 13.1 цих Правил, а також обґрунтовано запросити у Страхувальника (Застрахованої особи) і/або Вигодонабувача додаткові документи, якщо з урахуванням конкретних обставин відсутність таких документів унеможливує встановлення факту, причин і обставин настання страхового випадку.

13.3. Конкретний перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги, зазначається у Договорі страхування.

13.4. Документи, які подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.

13.5. Документи, що перераховані у п.13.1. цих Правил, повинні бути надані Страховику протягом 30 календарних днів (якщо інше не обумовлено Договором страхування) після повернення в країну постійного проживання Страхувальником (Застрахованою особою або його представником). Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з обґрунтуванням причин затримки.

13.6. З метою з'ясування причин і обставин настання страхового випадку Страховик має право вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) пройти додаткове медичне обстеження, а Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний(на) пройти таке обстеження.

#### **14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

14.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюється Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами Договору страхування) та страхового акту, складеного Страховиком після отримання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.

14.2. Одержувачами страхової виплати при настанні страхового випадку за Договором страхування, укладеним на підставі цих Правил, можуть бути:

14.2.1. Медичний заклад, що надавав Застрахованій особі передбачену Договором страхування медичну допомогу.

14.2.2. Асистанс Страховика, який за дорученням Страховика організував надання та сплатив на рахунок медичного закладу вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку.

14.2.3. Застрахована особа, яка за погодженням зі Страховиком при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування самостійно оплатила вартість наданої їй медичної допомоги.

14.2.4. Інші фізичні та/або юридичні особи, які передбачені в Договорі страхування.

14.3. Страхова виплата не може перевищувати розміру прямих витрат, яких зазнала Застрахована особа.

14.4. Страхова виплата сплачується Страховиком у межах ліміту страхової суми, якщо він встановлений Договором страхування, та за вирахуванням франшизи, якщо вона передбачена умовами страхування.

14.5. Загальна сума виплат для кожної Застрахованої особи за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми для цієї Застрахованої особи, встановленої Договором страхування.

14.6. Страхова виплата Застрахованій особі (її законному представнику, довірєній особі), Страхувальнику здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення страхового акту) шляхом, зазначеним її одержувачем у заяві про страхову виплату, - на банківський рахунок Страхувальника, Застрахованої особи (її законного представника, довірєної особи), поштовим переказом або готівкою через касу Страховика тощо.

14.7. Страхова виплата на рахунок медичного закладу або уповноваженого Асистанса Страховика здійснюється у порядку та у строки, обумовлені договором про співпрацю, укладеним між Страховиком та зазначеними установами.

14.8. Страхова виплата здійснюється Страховиком в грошовій одиниці України (гривні).

14.9. Договором страхування можуть бути передбачені інші умови здійснення страхової виплати, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

## **15. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

15.1. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів від дня одержання Страховиком всіх необхідних документів, передбачених розділом 13 цих Правил.

15.2. Якщо відповідними органами внутрішніх справ було розпочато кримінальне провадження проти Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача і ведеться розслідування, Страховик може продовжити строк прийняття свого рішення до завершення розслідування і прийняття рішення по справі.

15.3. Про продовження строку прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє особу, що подала заяву на страхову виплату, письмово з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання всіх необхідних документів.

15.4. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Застрахованою особою/спадкоємцями Застрахованої особи документів, термін 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 термін не може перевищувати 90 (дев'яносто) днів.

15.5. Рішення Страховика про відмову у здійсненні страхових виплат повідомляється особі, що подала заяву на страхову виплату, у письмовій формі із зазначенням підстав для повної або часткової відмови у страховій виплаті протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

15.6. Договором страхування можуть бути передбачені інші строки здійснення страхової виплати, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

## **16. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

16.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

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

16.1.2. Вчинення Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

16.1.3. Подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку.

16.1.4. Неподання Страхувальником інформації Страховику про значні обставини, що необхідні для оцінки страхового ризику, при укладенні Договору страхування (в тому числі про професію або рід зайнятості).

16.1.5. Несвоечасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розмірів збитків.

16.1.6. Невиконання вказівок Асистанса або Страховика в процесі врегулювання події.

16.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави відмови у страховій виплаті, якщо це не суперечить закону.

16.3. Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено у судовому порядку.

## **17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН**

17.1. Всі спори за Договором страхування розв'язуються шляхом переговорів.

17.2. У випадку недосягнення згоди спори передаються на розгляд до суду у порядку та згідно з правилами, передбаченими законодавством України.

17.3. За невиконання або виконання неналежним чином прийнятих на себе зобов'язань за Договором страхування Сторони несуть відповідальність відповідно до законодавства України.

17.4. У разі несвоечасного здійснення страхової виплати Страховик сплачує Страхувальнику (Вигодонабувачу) пеню у розмірі подвійної облікової ставки Національного Банку України, що діяла у період, за який сплачується пеня, за кожний день прострочення.

## **18. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

18.1. Цими Правилами регламентовано основні положення, відповідно до яких може укладатися Договір страхування. Однак, за домовленістю між Страхувальником і Страховиком до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення та зміни, виходячи з конкретних умов страхування, що не суперечать чинному законодавству України.

18.2. Зміни і доповнення до цих Правил можуть бути внесені в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

Додаток №1  
до Правил добровільного  
страхування медичних витрат. Нова редакція  
від «01» лютого 2016 р.

## ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

### 1. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ «ЕКОНОМ»

Програма страхування «Економ» передбачає здійснення Страховиком страхової виплати в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою непередбаченої медико-санітарної та іншої допомоги в зв'язку з захворюванням, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або її смерті внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час та на території дії Договору страхування.

#### **Програма страхування «Економ» включає в себе:**

1. Організацію та оплату невідкладної медичної допомоги в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування:

- Виїзд бригади швидкої медичної допомоги.
- Експрес діагностика стану Застрахованої особи.
- Медикаментозне забезпечення в межах невідкладної допомоги.

2. Відшкодування витрат, пов'язаних із стаціонарним лікуванням в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування:

- Консультації лікарів-спеціалістів.
- Діагностичні лабораторні та інструментальні дослідження.
- Лікувальні маніпуляції та процедури.
- Невідкладне оперативне втручання.
- Медикаментозне забезпечення.
- Перебування в палатах стандартного типу

3. Організацію (при необхідності) та оплату витрат на медичне транспортування Застрахованої особи із-за кордону до медичного закладу, найближчого до місця постійного проживання в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування.

4. Відшкодування витрат пов'язаних із транспортуванням тіла (репатріація) Застрахованої особи до місця її постійного проживання в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування. При цьому Страховик відшкодовує витрати на транспортування тіла до митного пункту України.

У випадку, якщо Застрахована особа – громадянин іншої держави, кінцевим пунктом маршруту репатріації у країні постійного проживання є аеропорт або найближчий митний пункт маршруту репатріації.

5. Відшкодування витрат пов'язаних із похованням тіла Застрахованої особи або кремація тіла Застрахованої особи, в країні за місцем її смерті в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування.

Конкретний обсяг Програми страхування, а також ліміти відповідальності узгоджуються Страхувальником і Страховиком при укладанні Договору страхування і зазначається в ньому.

### 2. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ «А»

Програма страхування «А» передбачає здійснення Страховиком страхової виплати в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою непередбаченої медико-санітарної та іншої допомоги в зв'язку з захворюванням, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або її смерті внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час та на території дії Договору страхування.

#### **Програма страхування «А» включає в себе:**

1. Організацію та оплату невідкладної медичної допомоги:
- Виїзд бригади швидкої медичної допомоги.



- Експрес діагностика стану Застрахованої особи.
- Медикаментозне забезпечення в межах невідкладної допомоги.

2. Організацію та оплату вартості послуг пов'язаних із стаціонарним лікуванням в медичному закладі при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування:

- Лабораторні та інструментальні дослідження.
- Консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, та лікарів вузькопрофільної спеціалізації.
- Хірургічне та/або консервативне лікування в стаціонарі.
- Забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.
- Перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі.

3. Організацію та оплату витрат на медичне транспортування Застрахованої особи:

- Транспортування за медичними показниками, каретою швидкої медичної допомоги, або іншим транспортом, за згодою із Страховиком, до найближчого медичного закладу.
- Транспортування Застрахованої особи із-за кордону до медичного закладу, найближчого до місця постійного проживання за наявності медичних показань про можливість медичної евакуації.

4. Організацію та оплата вартості послуг з транспортування тіла (репатріація) Застрахованої особи до місця її постійного проживання. При цьому Страховик відшкодовує витрати на:

- Оформлення документів на репатріацію.
- Підготовку тіла до репатріації.
- Транспортування тіла до митного пункту України або до місця постійного проживання, якщо територія дії Договору страхування є Україна.

У випадку, якщо Застрахована особа – громадянин іншої держави, кінцевим пунктом маршруту репатріації у країні постійного проживання є аеропорт або найближчий митний пункт маршруту репатріації.

5. Оплата вартості з ритуальних послуг з поховання тіла Застрахованої особи або кремації тіла Застрахованої особи в країні за місцем її смерті в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування.

6. Компенсацію вартості послуг телефонного зв'язку Застрахованої особи з приводу повідомлення про страховий випадок в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування.

Конкретний обсяг Програми страхування, а також ліміти відповідальності узгоджуються Страховальником і Страховиком при укладанні Договору страхування і зазначається в ньому.

### **3. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ «В»**

Програма страхування «В» передбачає здійснення Страховиком страхової виплати в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою непередбаченої медико-санітарної та іншої допомоги в зв'язку з захворюванням, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або її смерті внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час та на території дії Договору страхування.

#### **Програма страхування «В» включає в себе:**

1. Організацію та оплату невідкладної медичної допомоги:
  - Виїзд бригади швидкої медичної допомоги.
  - Експрес діагностика стану Застрахованої особи.
  - Медикаментозне забезпечення в межах невідкладної допомоги.

2. Організацію та оплату вартості послуг пов'язаних наданням амбулаторно-поліклінічної допомоги:

- Лабораторні та інструментальні дослідження в обсязі необхідному для встановлення діагнозу.
- Консультації спеціалістів, послуги медичного персоналу.
- Забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

3. Оплату вартості невідкладної стоматологічної допомоги, в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування:

- Стоматологічний огляд.
- Рентгенівське дослідження.
- Видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою отриманою внаслідок нещасного випадку.

4. Організацію та оплату вартості послуг пов'язаних із стаціонарним лікуванням в медичному закладі при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування:

- Лабораторні та інструментальні дослідження.
- Консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, та лікарів вузькопрофільної спеціалізації.
- Хірургічне та/або консервативне лікування в стаціонарі.
- Забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.
- Перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі.

5. Оплату вартості проїзду, економічним класом, в обидва кінці близького родича Застрахованої особи до країни її перебування, у разі перебування Застрахованої особи в лікувальному закладі більше 10 (десяти) діб у критичному стані і неможливості її евакуації до місця постійного проживання за медичними показниками.

6. Організацію та оплату витрат на медичне транспортування Застрахованої особи:

- Транспортування за медичними показниками, каретою швидкої медичної допомоги, або іншим транспортом до найближчого медичного закладу.
- Транспортування Застрахованої особи із-за кордону до медичного закладу, найближчого до місця постійного проживання за наявності медичних показань про можливість медичної евакуації.

7. Витрати на проїзд медичного працівника, що супроводжує Застраховану особу до місця постійного проживання і назад, якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного проживання і це підтверджено медичним висновком.

8. Організацію та оплату вартості послуг з транспортування тіла (репатріація) Застрахованої особи до місця її постійного проживання. При цьому Страховик відшкодовує витрати на:

- Оформлення документів на репатріацію.
- Підготовку тіла до репатріації.
- Транспортування тіла до митного пункту України або до місця постійного проживання, якщо територія дії Договору страхування є Україна.

У випадку, якщо Застрахована особа – громадянин іншої держави, кінцевим пунктом маршруту репатріації у країні постійного проживання є аеропорт або найближчий митний пункт маршруту репатріації.

9. Оплата вартості з ритуальних послуг з поховання тіла Застрахованої особи або кремації тіла Застрахованої особи в країні за місцем її смерті в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування.

10. Компенсацію вартості послуг телефонного зв'язку Застрахованої особи з приводу повідомлення про страховий випадок в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування.

Конкретний обсяг Програми страхування, а також ліміти відповідальності узгоджуються Страховальником і Страховиком при укладанні Договору страхування і зазначається в ньому.

#### **4. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ «С»**

Програма страхування «С» передбачає здійснення Страховиком страхової виплати в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою непередбаченої медико-санітарної та іншої допомоги в зв'язку з захворюванням, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або її смерті внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час та на території дії Договору страхування.

##### **Програма страхування «С» включає в себе:**

1. Організацію та оплату невідкладної медичної допомоги:
  - Виїзд бригади швидкої медичної допомоги.
  - Експрес діагностика стану Застрахованої особи.
  - Медикаментозне забезпечення в межах невідкладної допомоги.
  
2. Організацію та оплата вартості послуг пов'язаних наданням амбулаторно-поліклінічної допомоги:
  - Лабораторні та інструментальні дослідження в обсязі необхідному для встановлення діагнозу.
  - Консультації спеціалістів, послуги медичного персоналу.
  - Забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.
  
3. Оплату вартості невідкладної стоматологічної допомоги, в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування:
  - Стоматологічний огляд.
  - Рентгенівське дослідження.
  - Видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою отриманою внаслідок нещасного випадку.
  
4. Організацію та оплату вартості послуг пов'язаних із стаціонарним лікуванням в медичному закладі при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування:
  - Лабораторні та інструментальні дослідження.
  - Консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, та лікарів вузькопрофільної спеціалізації.
  - Хірургічне та/або консервативне лікування в стаціонарі.
  - Забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.
  - Перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі.
  
5. Оплату вартості проїзду, економічним класом, в обидва кінці близького родича Застрахованої особи до країни її перебування, у разі перебування Застрахованої особи в лікувальному закладі більше 10 (десяти) діб у критичному стані і неможливості її евакуації до місця постійного проживання за медичними показниками.

6. Організацію та оплату витрат на медичне транспортування Застрахованої особи:

- Транспортування за медичними показниками, каретою швидкої медичної допомоги, або іншим транспортом до найближчого медичного закладу.
- Транспортування Застрахованої особи із-за кордону до медичного закладу, найближчого до місця постійного проживання за наявності медичних показань про можливість медичної евакуації.

7. Оплату витрат на проїзд медичного працівника, що супроводжує Застраховану особу до місця постійного проживання і назад, якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного проживання і це підтверджено медичним висновком.

8. Організацію та оплату витрат на дострокове повернення до країни постійного проживання дітей до 14 (чотирнадцяти) років Застрахованої особи, та в разі необхідності їх супровід третьою особою, якщо Застрахована особа неспроможна це зробити внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку або смерті.

9. Оплату вартості проїзду Застрахованої особи до місця її постійного проживання у випадку неможливості продовження подорожі та дострокового (позапланового) повернення до місця її постійного проживання, у разі смерті близького родича Застрахованої особи в країні її постійного проживання.

10. Організацію та оплата вартості послуг з транспортування тіла (репатріація) Застрахованої особи до місця її постійного проживання. При цьому Страховик відшкодовує витрати на:

- Оформлення документів на репатріацію.
- Підготовку тіла до репатріації.
- Транспортування тіла до митного пункту України або до місця постійного проживання, якщо територія дії Договору страхування є Україна.

У випадку, якщо Застрахована особа – громадянин іншої держави, кінцевим пунктом маршруту репатріації у країні постійного проживання є аеропорт або найближчий митний пункт маршруту репатріації.

11. Оплату вартості з ритуальних послуг з поховання тіла Застрахованої особи або кремації тіла Застрахованої особи в країні за місцем її смерті в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування.

12. Компенсацію вартості послуг телефонного зв'язку Застрахованої особи з приводу повідомлення про страховий випадок в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування.

13. Оплату вартості відновлення загублених, втрачених або викрадених за кордоном документів Застрахованої особи, в т. ч. супутні витрати, в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування.

14. Витрати на придбання речей першої необхідності при затримці багажу більше ніж на 8 годин або документально підтвердженій втраті багажу в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування.

15. Відшкодування витрат, в межах ліміту відповідальності вказаного в Договорі страхування, у випадку поломки чи аварії автомобіля Застрахованої особи, або у випадку нездатності Застрахованою особою керувати автомобілем за медичними показниками:

- Витрати на доставку автомобіля до найближчого сервісного центру.
- Витрати на перебування в готелі, на час ремонту автомобіля.

Конкретний обсяг Програми страхування, а також ліміти відповідальності узгоджуються Страхувальником і Страховиком при укладанні Договору страхування і зазначається в ньому.

Всього прошиито та пронумеровано, і скріплено печаткою  
*15 (одиннадцять)*  
Голова Правління Поплавський О.О.

НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ, ЩО ЗДІЙСНЮЄ  
ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ  
**ЗАРЕЄСТРОВАНО**  
*Евген Камісії*  
*О. Максимчук*  
Підпис Прізвище  
Дата Реєстраційний номер  
*03.03.16* *211605*

