



ЗАТВЕРДЖУЮ:
Директор
ТДВ «СК «ЕКТА»

 Тітова Ю.О.
«25» березня 2019 р.

ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

м. Київ – 2019р.

1. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

1.1. В цих Правилах добровільного страхування медичних витрат (далі – Правила), в будь-яких пропозиціях по укладенню договору страхування, самому договору страхування та страховому свідоцтві (полісі, сертифікаті) терміни вживаються у такому значенні:

Асистуюча компанія - Юридична особа, спеціалізована служба, яка, діючи від імені та за дорученням Страховика, координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та третіх осіб, що надають йому послуги при настанні нещасного випадку, раптового захворювання або інших подій, передбачених договором страхування, під час перебування Страхувальника (Застрахованої особи) за кордоном чи під час подорожі Страхувальника (Застрахованої особи) по території України, або безпосередньо забезпечує надання Страхувальнику (Застрахованій особі) передбачених договором страхування послуг під час перебування за кордоном чи під час подорожі по території України.

Договір страхування – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, зазначеній у договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору страхування.

Застрахована особа – фізична особа віком від 2 місяців до 75 років, прізвище, ім'я та по-батькові і дата народження якої вказані в договорі страхування та на користь якої укладено договір страхування і яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. При страхуванні групи осіб до договору страхування додається список Застрахованих осіб.

У випадку, коли Страхувальник уклав договір страхування відносно себе, він одночасно є Застрахованою особою, або у випадку, коли в договорі страхування окремо не зазначена Застрахована особа, такий договір страхування вважається укладений відносно Страхувальника, тобто таким чином Страхувальник одночасно є Застрахованою особою.

Права та обов'язки неповнолітніх Застрахованих осіб за договором страхування, що укладається на підставі цих Правил, здійснюють їх законні представники – батьки, опікуни чи піклувальники, або навчально-виховні заклади, які, у випадках, передбачених чинним законодавством України, здійснюють опікунські обов'язки стосовно неповнолітніх Застрахованих осіб, що не мають батьків, опікунів чи піклувальників згідно з чинним законодавством України.

Медичні витрати – це витрати на отримання передбачених договором страхування платних медичних послуг (невідкладної медичної допомоги, медико-санітарної допомоги, лікування тощо) та інших, передбачених договором страхування платних послуг, відшкодування витрат, по яким передбачено договором страхування.

Нещасний випадок – це обмежена в часі подія або раптовий вплив на Страхувальника (Застраховану особу) небезпечного фактора чи середовища, що сталися під час дії договору страхування, та внаслідок яких заподіяно шкоду життю, здоров'ю та працездатності Страхувальника (Застрахованої особи). До таких подій, небезпечних факторів чи середовищ, якщо інше не передбачено договором страхування, а також з урахуванням умов розділу 5 цих Правил, відносяться:

- поранення, травми, у тому числі внаслідок тілесних ушкоджень, заподіяних іншою особою, отруєння (крім харчового, якщо інше не передбачено договором страхування), одержання теплового удару, опіку, обмороження, утоплення, ураження електричним струмом, блискавкою, одержання інших травм чи ушкоджень внаслідок аварії, пожежі, стихійного явища (землетрусу, зсуву, повені, урагану тощо), контакту з представниками тваринного і рослинного світу;

- інші, що безпосередньо передбачені договором страхування (з урахуванням положень розділу 5 цих Правил).

Перебування за кордоном – тимчасовий виїзд Страхувальника (Застрахованої особи) за межі України в туристичних, зокрема оздоровчих, пізнавальних чи професійно-ділових цілях, або з іншою метою, що не заборонена законодавством країни перебування.

Подорож по території України – тимчасовий виїзд Страхувальника (Застрахованої особи) з місця постійного проживання в оздоровчих, розважальних, пізнавальних або професійно-ділових цілях по території України.

Програма страхування (опція) – це перелік конкретних, істотних умов страхування, що розроблені Страховиком на підставі цих Правил та згідно яких укладається договір страхування. Програма страхування (опція) обирається Страхувальником при укладанні договору страхування.

Раптове захворювання – раптова, непередбачена хвороба, що загрожує життю та здоров'ю Страхувальника (Застрахованої особи) і вимагає невідкладної медичної допомоги.

Репатріація – транспортування Страхувальника (Застрахованої особи) за медичними показниками територією України або із-за кордону до найближчого медичного закладу в Україні чи безпосередньо до місця його постійного проживання, або тіла Страхувальника (Застрахованої особи) у разі його смерті до медичного закладу (моргу) за місцем постійного проживання Страхувальника (Застрахованої особи) чи безпосередньо до місця його постійного проживання.

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

Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

Страховий захист – сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно з умовами договору страхування.

Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування.

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.

Страховик – Товариство з додатковою відповідальністю "Страхова компанія "ЕКТА".

Страхувальник – юридичні особи або дієздатні фізичні особи, як резиденти, так і не резиденти України, які уклали зі Страховиком договір страхування.

Умовна одиниця – грошова одиниця для визначення страхової суми та страхового платежу. Одна умовна одиниця може бути еквівалента одному долару США або одному ЄВРО, що визначається сторонами по договору страхування та зазначається у договорі страхування.

Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування (частина збитку, яка підлягає самостійному відшкодуванню (покриттю) Страхувальником за свій рахунок при виникненні страхового випадку). Франшиза може бути умовною або безумовною.

Франшиза безумовна – частина збитку, на яку зменшується відповідальність Страховика. При цьому відповідальність страховика визначається розміром збитку за вирахуванням розміру франшизи.

Франшиза умовна – збиток, за яким Страховик не несе відповідальність, якщо розмір такого збитку не перевищує розміру франшизи. Збиток відшкодовується повністю, якщо його розмір перевищує розмір франшизи.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Відповідно до чинного законодавства України ці Правила визначають загальний порядок і умови добровільного страхування медичних витрат під час подорожі по території України або перебування за кордоном та регулюють відносини між Товариством з додатковою відповідальністю "Страхова компанія "ЕКТА" (далі - Страховик) та юридичними або фізичними особами, як резиденти, так і нерезиденти України (далі - Страхувальники),

при укладанні договорів добровільного страхування медичних витрат.

2.2. Згідно з умовами цих Правил Страхувальника мають право укласти договори страхування на користь інших фізичних осіб, за умови їх згоди (з урахуванням підпунктів 2.2.1.-2.2.4. пункту 2.2. цих Правил), які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з умовами договору страхування.

2.2.1. Застрахованими на умовах даних Правил можуть бути лише фізичні особи.

2.2.2. Застрахованими на умовах цих Правил не можуть бути фізичні особи у віці старше 75 років або молодше 2 місяців.

2.2.3. У випадку, коли Страхувальник уклав договір страхування відносно себе, він одночасно є Застрахованою особою.

2.2.4. У разі страхування неповнолітніх фізичних осіб необхідна письмова згода їх батьків, опікунів, піклувальників або інших законних представників згідно з чинним законодавством України.

2.3. Укладання договору страхування на користь іншої фізичної особи (Застрахованої особи) не звільняє Страхувальника від виконання зобов'язань за цим договором страхування, якщо тільки договором страхування не передбачено інше, або зобов'язання Страхувальника виконані такою фізичною особою (Застрахованою особою).

2.4. Взаємовідносини між Страхувальником (Застрахованою особою) і Страховиком щодо добровільного страхування медичних витрат регулюються:

- чинним законодавством України;
- договором страхування.

2.5. Конкретні умови страхування визначаються при укладанні договору страхування та можуть бути змінені, виключені або доповнені за згодою сторін по договору страхування до настання страхового випадку, за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.

2.6. На підставі загальних умов страхування, що містяться в цих Правилах, Страховиком визначено програми страхування (опції), які містять конкретні умови страхування (розділ 4 цих Правил). Договором страхування, який укладається на підставі цих Правил, також можуть бути передбачені інші програми страхування, що включатимуть в себе умови страхування, які визначені в цих Правилах, та які обираються сторонами по договору страхування з багатьох варіантів умов страхування, що передбачені цими Правилами.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Страховим ризиком за цими Правилами є певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання, пов'язана з погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи, зумовленого захворюванням Застрахованої особи, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку або її смертю внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час перебування за кордоном або під час подорожі по території України та призвела до понесення Застрахованою особою медичних витрат, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з подією.

4.2. Страховим випадком за цими Правилами є подія, яка відбулася під час дії Договору страхування, документально підтверджена, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування відповідно до умов Договору страхування.

4.3. За цими Правилами страховим випадком є здійснення Застрахованою особою,

Асистуючою компанією або третьою особою непередбачених медичних витрат, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час перебування Застрахованої особи за кордоном чи під час подорожі Застрахованої особи по території України.

4.3.1. За умовами цих Правил, якщо в Договорі страхування не буде вказано інше, страховими випадками є документально підтверджені витрати Застрахованої особи на медичні та додаткові послуги:

4.3.1.1. Швидкої медичної допомоги.

4.3.1.2. Амбулаторно-поліклінічного, стаціонарного лікування (проведення операцій, діагностичних досліджень, включаючи оплату за необхідні медикаменти, призначені лікарем, перев'язочні матеріали і засоби фіксації (гіпсові пов'язки, лангети), якщо такі медичні послуги були необхідні, у зв'язку з хворобою, що загрожує життю.

4.3.1.3. Екстреної стоматологічної допомоги.

4.3.1.4. Екстреної медичної евакуації.

4.3.1.5. Репатріації тіла до місця постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи за кордоном внаслідок настання страхової події.

4.3.1.6. Оплата послуг телефонного зв'язку Страхувальника (Застрахованої особи) зі Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком) з приводу страхового випадку.

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

4.3.2.1. Переоформлення проїзного документа для передчасного повернення до місця постійного проживання при настанні нещасного випадку або раптового захворювання.

4.3.2.2. Перевезення транспортним засобом до найближчого медичного закладу, якщо цього потребує стан здоров'я Застрахованої особи.

4.3.2.3. Транспортні витрати на супроводжуючу особу при наявності медичної довідки про необхідність супроводу.

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

4.3.2.5. Дострокове повернення до країни постійного проживання (проїзд економічним класом) Застрахованої особи у разі смерті членів її сім'ї, або виникнення у країні (у місці) тимчасового перебування обставин, небезпечних для життя та здоров'я: терористичних актів, стихійних явищ природи, військових дій чи народних заворушень.

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

4.3.2.7. Передачу термінових повідомлень, що пов'язані із страховим випадком, сім'ї Застрахованої особи, здійснених Застрахованою особою або особою, що представляє її інтереси.

4.3.2.8. Оформлення тимчасових документів, необхідних для повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання, в разі втрати оригіналів цих документів, а саме: паспорту, проїзного документа дитини, у випадку пересування (подорожі) на власному транспортному засобі - посвідчення водія та свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу.

4.3.2.9. Переказ готівки за кордон, якщо у Застрахованої особи, внаслідок настання страхового випадку, виникає нагальна необхідність в отриманні додаткової суми грошей. Виконання цього пункту здійснюється лише за умови дотримання сторонами вимог законодавства в галузі валютного регулювання.

4.3.2.10. Відшкодування витрат на юридичну допомогу, зазначену у договорі страхування, які за змістом не суперечать цим Правилам та чинному законодавству України.

4.3.2.11. Кремацію та / або поховання тіла Застрахованої особи за кордоном.

4.3.3. За погодженням сторін можливе укладання Договору страхування із включенням до його умов усіх перерахованих страхових ризиків, або певної їх частини чи комбінації.

4.4. Перелік страхових випадків та витрат, що відшкодовуються Страховиком, встановлюється в договорі страхування відповідно до обраної Страхувальником Програми страхування. Базовими Програмами страхування є:

4.4.1. Програма «А»: „Невідкладні медичні послуги” пов’язані з раптовим погіршенням стану здоров’я Застрахованої особи, що становить загрозу її життю та здоров’ю, у зв’язку з гострим захворюванням або нещасним випадком, а саме:

4.4.1.1. Надання невідкладної амбулаторної допомоги в медичному закладі, включаючи консультації, лікарняні послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев’язочні матеріали, необхідні засоби фіксації;

4.4.1.2. Оплата ліків, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану, придбані за рецептом лікаря, на підставі пред’явленого рецепта та документа, що підтверджує оплату;

4.4.1.3. Надання невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах, включаючи:

- вартість медикаментозного лікування;

- вартість діагностичних та лікувальних процедур (у тому числі невідкладні оперативні втручання), а також використання будь-якого медичного обладнання, необхідного для невідкладного лікування;

- вартість консультаційних послуг та винагороди медичного персоналу;

- вартість перебування в палатах стаціонару (в тому числі реанімаційних);

Страховик сплачує витрати на лікування Застрахованої особи за кордоном у межах ліміту відповідальності, встановленої Договором страхування, лише до того часу, коли стан здоров’я пацієнта за рішенням лікаря дозволить евакуювати його до країни постійного проживання.

4.4.1.4. Невідкладна стоматологічна допомога, вартість якої обмежена сумою, яка вказана у Договорі страхування. Решту сплачує Страхувальник (Застрахована особа).

4.4.1.5. Надання невідкладної гінекологічної або акушерської допомоги до 29 тижня вагітності включно (при раптових гінекологічних кровотечах або інших гострих захворюваннях, що загрожують перериванням вагітності або становлять загрозу для життя Застрахованої особи).

4.4.1.6. Надання швидкої медичної допомоги (в тому числі на місці виникнення надзвичайних медичних обставин).

4.4.1.7. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги або іншим видом транспорту до найближчих лікаря чи лікувального закладу для надання невідкладної медичної допомоги;

- медична евакуація Застрахованої особи із-за кордону до місця постійного проживання, включаючи витрати на супроводжуючу особу (у межах, вказаних у Договорі страхування), за умови, що необхідність супроводу підтверджена відповідними документами лікувального закладу, при цьому невикористаний квиток на зворотний шлях Застрахованої особи здається Страховику.

4.4.1.8. Перевезення тіла, в разі смерті Застрахованої особи, до місця її попереднього постійного проживання.

При цьому Страховик відшкодовує такі витрати (у межах, вказаних у Договорі страхування) на:

- підготовку тіла до перевезення або його кремацію за кордоном (у разі погодження із членами сім’ї померлого);

- спеціальну труну (герметично закриту);

- оформлення всіх необхідних документів, що стосуються засвідчення смерті та необхідні для перевезення тіла;

- транспортування тіла до країни попереднього постійного (переважного) проживання.

4.4.1.9. Витрати на телефонний зв'язок із Асистуючою компанією Страховика, необхідний для повідомлення про екстремальну ситуацію або страховий випадок та узгодження дій щодо надання невідкладної допомоги.

Витрати відшкодовуються на підставі поданих Страховику оригіналів документів, що підтверджують дату та напрямок дзвінків, і витрати на сплату їх вартості.

Максимальна сума таких витрат у межах, вказаних у Договорі страхування. Решту сплачує Страхувальник (Застрахована особа).

4.4.2. Програма «В»: умови програми «А» + „Невідкладні адміністративні послуги”, а саме:

4.4.2.1. Візит одного з повнолітніх близьких родичів або іншої особи до медичного закладу де перебуває Застрахована особа, узгодженої із Страховиком, якщо тривалість перебування Застрахованої особи в медичному закладі у стані, що загрожує її життю, перевищує 10 діб, та разом із нею немає жодного із близьких родичів (відшкодовуються витрати на квитки економічного класу в обидва кінці, витрати до місця госпіталізації та зворотнє повернення, максимальна сума у межах, вказаних у Договорі страхування

(в залежності від валюти, в якій визначена страхова сума) та на проживання в готелі, максимальні витрати: тривалість 7 днів і вартість у межах, вказаних у Договорі страхування. Решту сплачує Страхувальник (Застрахована особа). Ці витрати відшкодовуються лише в разі, якщо необхідність такого візиту рекомендована лікарем, що лікує Застраховану особу, та візит погоджено із Страховиком.

4.4.2.2. Організацію дострокового повернення Застрахованої особи до країни постійного (переважного) проживання у випадку смерті або раптового тяжкого захворювання близького родича (відшкодовується вартість авіаквитка економічного класу або витрати на проїзд іншим видом транспорту). Витрати відшкодовуються лише у разі їх попереднього погодження із Страховиком або Спеціалізованою службою Страховика. Страховик залишає за собою право використати квиток Застрахованої особи на зворотний шлях.

4.4.2.3. Продовження перебування Застрахованої особи за кордоном, якщо внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку її виїзд має бути організований пізніше, на підставі висновку лікаря (відшкодовуються витрати тільки на продовження строку дії візи Застрахованої особи). Максимальна сума таких витрат у межах, вказаних у Договорі страхування. Решту сплачує Страхувальник (Застрахована особа).

4.4.2.4. Евакуацію, при необхідності, неповнолітніх дітей Застрахованої особи у разі хвороби Застрахованої особи або її смерті у межах, вказаних у Договорі страхування. Страховик має право використати їх квитки на зворотний шлях.

4.4.2.5. Організацію пошуку та відправлення багажу Застрахованої особи за належною адресою у випадках, якщо перевізник помилково відправив його за іншою адресою або якщо Застрахована особа госпіталізована у тяжкому стані на термін більше ніж 14 днів (у межах, вказаних у Договорі страхування).

4.4.3. Програма «С»: умови програми «А» + „Невідкладні юридичні послуги”, а саме:

4.4.3.1. Надання допомоги у заміні втраченого закордонного паспорта Застрахованої особи у разі його раптової втрати або крадіжки під час перебування за кордоном. Максимальна сума таких витрат у межах, вказаних у Договорі страхування. Решту сплачує Страхувальник (Застрахована особа).

4.4.3.2. Надання допомоги у випадках виникнення термінової необхідності у порушенні справи щодо захисту прав Застрахованої особи за кордоном, коли невжиття термінових заходів може призвести або до ускладнення такого захисту, або до втрати можливості захисту прав та законних інтересів Застрахованої особи.

4.4.3.3. Забезпечення послуг адвоката у випадках, якщо Застрахована особа потребує невідкладної юридичної допомоги.

При цьому, Страховик не відшкодує витрати на:

- консультації, юридичне супроводження та захист у спорах і справах за податковим, трудовим законодавством, а також у справах із ДТП;

- будь-які види юридичної допомоги, яка не є невідкладною та не обумовлена надзвичайними подіями, передбаченими Договором страхування.

4.4.3.4. Витрати на юридичну допомогу, зазначену у Договорі страхування, які за змістом не суперечать змісту Правил страхування та законодавству України.

Максимальна вартість послуг, зазначених у пп. 4.4.3.2., 4.4.3.3. складає суму у межах, вказаних у Договорі страхування. Решту сплачує Страхувальник (Застрахована особа).

4.4.4. Програма «D»: умови програми «А» + „Невідкладний автомобільний асистанс для осіб, що подорожують на власних транспортних засобах”, тобто організуються послуги та відшкодовуються витрати, спричинені ДТП, раптовою несправністю або зловмисними діями третіх осіб щодо власного транспортного засобу, на якому подорожує Застрахована особа, а саме:

4.4.4.1. Забезпечення доставки Застрахованих за цією програмою осіб - водія та пасажирів до місця призначення у країнах Європи або, в разі необхідності, повернення їх в Україну або країну (місце) постійного проживання (витрати у межах, вказаних у Договорі страхування).

4.4.4.2. Надання та оплату послуг іншого водія для доставки Застрахованих осіб за цією умовою осіб (пасажирів) до найближчого готелю у випадку, якщо Застрахована особа (водій автомобіля) за цією програмою раптово та непередбачено втратив здатність керувати транспортним засобом внаслідок різкого погіршення стану здоров'я або гострого захворювання та серед пасажирів немає жодної особи, яка має право керувати цим транспортним засобом.

4.4.4.3. Забезпечення невідкладного правового захисту (залучення юриста або адвоката) в разі ДТП за участі автомобіля, на якому Застрахована за цією програмою особа виїхала за межі України або країни свого постійного проживання. Максимальна сума таких витрат у межах, вказаних у Договорі страхування. Решту сплачує Страхувальник (Застрахована особа).

4.4.4.4. Забезпечення евакуації транспортного засобу, що раптово став непридатним до руху, до найближчої станції технічного обслуговування або паркінгу та, в разі необхідності, дрібного ремонту і доставки потрібних для такого ремонту запасних частин за умови, що це зробить транспортний засіб, на якому подорожує Застрахована особа, придатним до подальшої експлуатації.

Максимальна вартість послуг, зазначених у пп. 4.4.4.1., 4.4.4.2., 4.4.4.4. складає у межах, вказаних у Договорі страхування. Решту сплачує Страхувальник (Застрахована особа).

4.5. Договором страхування за згодою сторін може бути обрана будь-яка з базових програм у повному обсязі або передбачені окремі види послуг з переліку, зазначеному у пункті 4.4 цих Правил.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страховий захист розповсюджується на страхові випадки, які настали в період дії договору страхування. Якщо страховий випадок виник у період дії договору страхування з причин, що мали місце або почали діяти до початку дії договору страхування, відшкодування виплачується тільки в тому випадку, якщо Страхувальник (Застрахована особа) доведе, що йому нічого не було відомо і не повинно було бути відомо про причини, що призвели до настання цього страхового випадку.

5.2. Якщо інше не передбачено договором страхування, то згідно з умовами цих Правил Страховик не відшкодовує витрати в наступних випадках:

5.2.1. відмови Страхувальника (Застрахованої особи) від виконання приписів, рекомендацій, розпоряджень Асистуючої компанії або Страховика, самолікування або консультації та лікування у медичних закладах без погодження з Асистуючою компанією або Страховиком (за винятком випадків невідкладної медичної допомоги);

5.2.2. якщо Страхувальник (Застрахована особа) або особа, що представляє її

інтереси, не сповістила Асистуючу компанію або Страховика про страховий випадок та про понесені нею особисто медичні витрати в строки, які передбачені договором страхування, без поважних причин;

5.2.3. якщо мала місце репатріація, перевезення або транспортування з одного лікувального закладу до іншого не Асистуючою компанією або Страховиком (або без попереднього погодження з Асистуючою компанією чи Страховиком);

5.2.4. якщо Страхувальник (Застрахована особа) постраждав внаслідок дорожньо-транспортної пригоди (ДТП) під час керування будь-яким транспортним засобом, внаслідок дії алкоголю, наркотичних або токсичних речовин, або не маючи відповідного посвідчення водія, або передав керування транспортним засобом особі, яка знаходилась під дією алкоголю, наркотичних або токсичних речовин, або не має відповідного посвідчення водія чи права керувати таким транспортним засобом;

5.2.5. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) послуг та здійснення витрат, які не пов'язані з раптовим захворюванням, нещасним випадком або іншою подією, передбаченою договором страхування, а також витрат, відшкодування яких не передбачено договором страхування, в тому числі витрати на профілактичні заходи, проведення дезінфекцій, щеплення, вакцинацій, планові медичні огляди та обстеження;

5.2.6. якщо лікування здійснювалося родичами Страхувальника (Застрахованої особи);

5.2.7. самогубства або спроби самогубства Страхувальника (Застрахованої особи) чи навмисного спричинення собі тілесних пошкоджень незалежно від психічного стану;

5.2.8. коли настання страхового випадку не підтверджується відповідними документами;

5.2.9. коли у діях Страхувальника (Застрахованої особи), що стали причиною нанесення шкоди здоров'ю, життю Страхувальника (Застрахованої особи) та, як наслідок, повнесення ним витрат, відповідними слідчими органами або судом було встановлено ознаки адміністративної чи кримінальної відповідальності (хуліганства, навмисного злочину тощо);

5.2.10. участі Страхувальника (Застрахованої особи) у масових заворушеннях, повстаннях, терористичних актах або військових діях;

5.2.11. участі Страхувальника (Застрахованої особи) у змаганнях, тренуваннях, заняттях активними та екстремальними видами спорту, в тому числі на професійному рівні, якщо інше не передбачено договором страхування;

5.2.12. коли подорож або поїздка була здійснена Страхувальником (Застрахованою особою) з метою отримати лікування;

5.2.13. коли витрати пов'язані з нанесеною шкодою життю, здоров'ю Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок:

- всякого роду військових дій або військових заходів, військового вторгнення, заколоту, революції, громадянської війни, повстання або громадянських заворушень, а також їх наслідків;

- уведення військового або надзвичайного стану;

- внутрішніх заворушень, громадських хвилювань, повстання, заколоту, бунту, путчу, державного перевороту;

- локаутів, страйків, а також діями учасників зазначених подій;

- впливу радіоактивного чи іншого іонізуючого випромінювання, будь-якої зброї, принцип дії якої оснований на реакції ділення атому або ядерного синтезу, та інших подібних реакцій, що викликають радіоактивне випромінювання, дії радіації чи радіоактивних речовин;

- застосування бактеріологічної зброї і зброї психотропної дії;

- терористичних актів, будь-яких дій терористів та осіб, що діяли з політичних або релігійних мотивів.

5.2.14. коли витрати пов'язані з наданням медичних послуг Страхувальнику (Застрахованій особі), що були надані Страхувальнику (Застрахованій особі) внаслідок вживання Страхувальником (Застрахованою особою) алкогольних, наркотичних або токсичних речовин, або ліків, які не були призначені (прописані) Страхувальнику

(Застрахованій особі) лікарем, а також витрат, пов'язаних з лікуванням отриманих в наслідок цього ускладнень;

5.2.15. коли витрати пов'язані з вагітністю, пологами або перериванням вагітності, за виключенням випадків, коли це викликано раптовим захворюванням або нещасним випадком, що сталося під час дії договору страхування;

5.2.16. коли витрати пов'язані чи здійснені на штучне запліднення, лікування безпліддя, на запобігання вагітності або на аборт;

5.2.17. коли витрати пов'язані з лікуванням хронічних захворювань, їх загостренням або ускладненнями, якщо цими хворобами Страхувальник (Застрахована особа) хворіла ще до укладання договору страхування (включаючи стоматологічні захворювання), крім випадків надання допомоги, необхідної для усунення загрози життю та здоров'ю Страхувальника (Застрахованої особи), до дати усунення такої загрози;

5.2.18. коли витрати пов'язані з патологічними переломами кісток внаслідок вроджених або набутих до початку дії договору страхування фізичних вад чи хронічних захворювань, витрати пов'язані з лікуванням та діагностикою вроджених захворювань чи їх наслідків;

5.2.19. коли витрати пов'язані з протезуванням зубів, їх лікуванням та іншою стоматологічною допомогою, крім необхідної невідкладної стоматологічної допомоги – в межах встановленого в договорі страхування ліміту відповідальності по стоматологічній допомозі;

5.2.20. коли витрати пов'язані з наданням невідкладної стоматологічної допомоги, якщо інше не передбачено договором страхування;

5.2.21. коли витрати пов'язані з придбанням та ремонтом або оплатою прокату допоміжних медичних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, милиць, виласок тощо);

5.2.22. коли витрати пов'язані з пластичними операціями та процедурами по корекції зовнішності;

5.2.23. коли витрати пов'язані з модифікацією людського тіла з метою покращення психологічного, розумового або емоційного стану Страхувальника (Застрахованої особи) (хірургічна зміна статі, гіменопластика тощо);

5.2.24. коли витрати пов'язані з трансплантацією Страхувальнику (Застрахованій особі) органів або тканин;

5.2.25. коли витрати пов'язані з лікуванням порушення мовлення Страхувальника (Застрахованої особи);

5.2.26. коли витрати пов'язані з лікуванням ожиріння, захворюванням на целюліт або із збільшеною вагою Страхувальника (Застрахованої особи);

5.2.27. коли витрати здійснені для придбання ліків, медичних засобів та оплати профілактичних, вітамінних, загальнозміцнюючих або імунно-модельюючих препаратів, що не прописані (не призначені) лікарем;

5.2.28. коли витрати пов'язані з використанням лікарських засобів, які не дозволені до застосування на території України або на території країни, де стався страховий випадок зі Страхувальником (Застрахованою особою);

5.2.29. коли витрати пов'язані з лікуванням хвороб, які передаються статевим шляхом (СНІДу, ВІЛ-інфекції, венеричних захворювань), та їх наслідків;

5.2.30. коли витрати пов'язані з лікуванням, діагностикою нетрадиційними методами або методами нетрадиційної медицини (фітотерапія, іридодіагностика, гомеопатичне лікування, рефлексотерапія, мануальна терапія тощо), а також витрати, пов'язані з послугами лікувальних закладів або осіб, які не мають відповідної ліцензії чи дозволу на здійснення медичної діяльності (надання медичних послуг), та осіб без відповідної спеціальної освіти;

5.2.31. коли витрати пов'язані з санаторно-курортним лікуванням, реабілітаційною, навчальною та фізичною терапією;

5.2.32. коли витрати пов'язані з наданням Страхувальнику (Застрахованій особі) послуг щодо додаткового комфорту в місці лікування (на території лікувального, медичного закладу тощо), а саме: встановлення (наявність в палаті або надання в користування) радіоприймача,

телевізора, зволожувача повітря, кондиціонера, послуг таксі, перукаря, косметолога тощо;

5.2.33. коли витрати пов'язані з проведенням консультацій, обстежень та інших діагностичних заходів, лікуванням та операціями, що виходять за рамки необхідного обсягу медичної допомоги та можуть бути проведені в Україні, або країні постійного місця проживання Страхувальника (Застрахованої особи);

5.2.34. коли витрати пов'язані з проведенням діагностики або лікування, що не є необхідними з медичної точки зору;

5.2.35. коли витрати пов'язані з проведенням будь-яких планових операцій, які були заплановані до початку дії договору страхування або зроблені Страхувальнику (Застрахованій особі) з причин, що були відомі або виникли до початку дії договору страхування;

5.2.36. коли витрати пов'язані з хірургічними операціями або лікуванням Страхувальника (Застрахованої особи) методами та засобами експериментального або дослідницького характеру;

5.2.37. коли витрати пов'язані з лікуванням сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання;

5.2.38. коли витрати пов'язані з лікуванням алергічних реакцій та захворювань, крім випадків, коли вони становлять загрозу життю Страхувальника (Застрахованої особи);

5.2.39. коли витрати пов'язані з лікуванням нервових та психічних захворювань, їх наслідків;

5.2.40. коли витрати пов'язані з лікуванням онкологічних захворювань, їх наслідків;

5.2.41. коли витрати пов'язані з водолікуванням, геліотерапією та косметичним лікуванням, якщо воно не обумовлено травмою, одержаною внаслідок нещасного випадку;

5.2.42. коли витрати пов'язані з поточним обстеженням зору та/або слуху;

5.2.43. коли витрати пов'язані з лікуванням у державному лікувальному закладі (закладі охорони здоров'я) або соціальному лікувальному закладі країни перебування, а також інші будь-які витрати на медичні послуги у тому випадку, якщо Страхувальник (Застрахована особа) має право на безкоштовне медичне обслуговування на території країни перебування;

5.2.44. коли витрати здійснені членами родини Страхувальника (Застрахованої особи) або інших осіб, що супроводжують Страхувальника (Застраховану особу), під час госпіталізації Страхувальника (Застрахованої особи), якщо інше не передбачено договором страхування;

5.2.45. виконання Страхувальником (Застрахованою особою) небезпечних робіт, в тому числі за наймом, якщо інше не передбачено договором страхування;

5.2.46. коли витрати пов'язані з лікуванням хвороб, що виникли до укладення договору страхування, в тому числі захворювань на етапі лікування;

5.2.47. коли витрати пов'язані з доглядом за Страхувальником (Застрахованою особою) родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, є вони професійними медичними працівниками, чи ні;

5.2.48. коли витрати пов'язані з похованням Страхувальника (Застрахованої особи) в Україні та ритуальними послугами, що пов'язані з цим під час перебування за кордоном;

5.2.49. коли витрати мали місце після повернення Страхувальника (Застрахованої особи) до країни постійного місця проживання або закінчення дії договору страхування;

5.2.50. коли витрати не перевищують розмір вказаної у договорі страхування безумовної франшизи;

5.2.51. коли витрати, які поніс Страхувальник (Застрахована особа), пов'язані або повнесені в зв'язку з професійною помилкою лікаря.

5.3. Не підлягають відшкодуванню збитки або витрати:

5.3.1. немайнового характеру (моральної шкоди) та інші непрямі збитки;

5.3.2. через накладання на Страхувальника (Застраховану особу) штрафів, санкцій відповідними компетентними органами країни, на території якої перебуває Страхувальник (Застрахована особа);

5.3.3. через навмисні дії, бездіяльність та грубу необережність Страхувальника

(Застрахованій особі), що призвели до настання страхового випадку.

5.4. Відповідно до умов цих Правил, також не підлягають відшкодуванню витрати внаслідок настання страхового випадку, що сталися з причин, які були відомі Страхувальнику (Застрахованій особі) – фізичній особі до початку дії договору страхування:

5.4.1. отруєння, порушення свідомості або суттєве погіршення психічного сприйняття Страхувальника (Застрахованій особі) під впливом алкоголю, наркотичних, психотропних та інших токсичних речовин та медикаментів;

5.4.2. спроби вчинення самогубства, умисного заподіяння собі тілесних ушкоджень (за винятком випадків, коли Страхувальника (Застраховану особу) було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб).

5.5. Страхування не поширюється на витрати, що пов'язані з курсовою різницею, неустойкою, відсотками за прострочку, штрафними санкціями та іншими непрямими збитками та витратами.

5.6. Договором страхування можуть бути передбачені також інші виключення із страхових випадків або обмеження страхування.

5.7. Будь-яке з виключень чи обмежень, що передбачені у пунктах 5.2. та 5.6. цих Правил, може бути знято при укладанні договору страхування за згодою сторін по договору страхування, якщо це не суперечить чинному законодавству.

6. СТРАХОВА СУМА. ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СТРАХОВИКА

6.1. Страховою сумою є визначена договором страхування грошова сума, у межах якої Страховик зобов'язаний при настанні страхового випадку провести страхову виплату.

6.2. Страхова сума встановлюється за узгодженням між Страховиком і Страхувальником та визначається у договорі страхування. Відповідальність Страховика перед Страхувальником (Застрахованою особою) обмежена страховою сумою, що визначена в договорі страхування. Ця сума погоджується Страховиком і Страхувальником та розглядається як ліміт відповідальності Страховика при здійсненні страхової виплати Страхувальнику (Застрахованій особі).

6.3. Страхова сума (ліміт відповідальності) може бути встановлена по окремому страховому випадку, ризику, групі страхових ризиків, договору страхування в цілому.

6.4. Договором страхування також можуть встановлюватись ліміти відповідальності Страховика по страховій виплаті:

6.4.1. на кожна Застраховану особу;

6.4.2. по окремій медичній послугі, виду послуг чи витрат;

6.4.3. по визначеній програмі страхування (опції), що розробляється Страховиком на підставі цих Правил;

6.4.4. інші ліміти відповідальності, визначені договором страхування.

6.5. Лімітом відповідальності Страховика є встановлений у договорі страхування граничний розмір страхових виплат, при досягненні якого договір страхування закінчує свою дію в цілому або у відношенні страхових ризиків, страхових випадків, відповідно до яких здійснювалися виплати.

6.6. Якщо договором страхування не визначені страхові суми (ліміти відповідальності) на кожна Застраховану особу, то страхова сума (ліміт відповідальності) по кожній Застрахованій особі вважається встановленою як частка від страхової суми за таким договором страхування, що розраховується шляхом ділення страхової суми, зазначеної у цьому договорі страхування, на кількість Застрахованих осіб за таким договором страхування на момент настання страхового випадку.

6.7. Після здійснення страхової виплати страхова сума по договору страхування зменшується на величину здійсненої страхової виплати.

6.8. Сума всіх виплачених страхових виплат не повинна перевищувати страхової суми.

7. СТРАХОВА ПРЕМІЯ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. ФРАНШИЗА

7.1. Страхова премія – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику в порядку та строки встановлені договором страхування.

7.2. Страхова премія визначається шляхом множення страхового тарифу (Додаток № 1 до цих Правил) на страхову суму, що встановлена договором страхування. Розмір базових страхових премій по опціях, що визначені у розділі 4 цих Правил, наведено у підпунктах 2.1.-2.3. пункту 2 Додатку № 1 до цих Правил. Обрання того чи іншого тарифу, його застосування до умов конкретного договору страхування визначається експертами Страховика.

7.3. Страхові тарифи розраховуються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін.

7.4. Страховий тариф визначається з урахуванням розміру страхової суми, строки перебування за кордоном або подорожі по території України та інших суттєвих в кожному окремому випадку факторів.

7.5. Страхова премія підлягає сплаті Страхувальником на поточний рахунок Страховика в обумовлені договором страхування строки. Страхувальник зобов'язаний сплатити страхову премію в строки та розмірах, визначених договором страхування, але в будь-якому разі страхова премія вноситься Страхувальником одноразовим платежем за весь строк страхування. При цьому днем сплати страхової премії вважається день надходження страхової премії на поточний рахунок Страховика.

7.6. Страховиком в договорі страхування може бути встановлена умовна або безумовна франшиза. Франшиза встановлюється у відсотках від страхової суми або в абсолютному розмірі.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Договір страхування укладається на строк не більше одного року, якщо інше не вказано у договорі страхування.

8.2. За згодою Страховика строк дії договору страхування може встановлюватися згідно з строком, який Страхувальник (Застрахована особа) буде перебувати за кордоном або на час подорожі Страхувальника (Застрахованої особи) по території України, та який обов'язково визначається в договорі страхування.

8.3. Договір страхування набуває чинності за умови сплати Страхувальником страхової премії в строки і обсягах, обумовлених договором страхування, з 00 годин доби, наступної за днем надходження страхової премії на поточний рахунок Страховика, але у будь-якому разі не раніше дня, що зазначений, як дата набуття чинності договору страхування, якщо інше не зазначено в договорі страхування.

8.4. Дія договору страхування закінчується о 24 годині доби, що визначена, як дата його закінчення, якщо інше не зазначено в договорі страхування, а також в інших випадках, передбачених умовами цих Правил та/або договору страхування.

8.5. Страховий захист за договором страхування під час поїздки за кордон починає діяти з моменту проходження Страхувальником (Застрахованою особою) прикордонного контролю України при виїзді, але в будь-якому разі не раніше вказаної в договорі страхування дати початку дії договору страхування, та закінчується з моменту проходження Страхувальником (Застрахованою особою) прикордонного контролю України під час в'їзду в Україну, але не пізніше зазначеної в договорі страхування дати закінчення дії договору страхування.

8.6. Страховий захист за договором страхування під час подорожі по території України починає діяти з моменту виїзду Страхувальника (Застрахованої особи) за адміністративні межі свого місця проживання (міста, селища тощо) на відстань більше 50 км, якщо в договорі страхування не вказана інша відстань, але в будь-якому разі не раніше вказаної в договорі страхування дати початку дії договору страхування, та закінчується з моменту в'їзду Страхувальника (Застрахованої особи) в адміністративні межі свого місця проживання (міста, селища тощо), але не пізніше зазначеної в договорі страхування дати закінчення дії договору страхування.

8.7. Дія договору страхування розповсюджується на територію України, а також за її межі, якщо це передбачено договором страхування.

9.7.1. Договір страхування під час подорожі чи поїздки за кордон діє на зазначеній у ньому території, за виключенням території України, країни постійного проживання Страхувальника (Застрахованої особи), якщо інше не передбачено договором страхування, зон військового конфлікту та тих територій/держав щодо яких застосовані заходи миротворчого характеру по мандату ООН, а також за виключенням інших територій, що визнані в установленому порядку міжнародним законодавством або оголошені уповноваженими державними чи міжнародними організаціями як території, які небажані для відвідування та перебування на яких становить загрозу для життя або здоров'я людей.

9.7.1.1. Територія дії договору страхування під час подорожі чи поїздки за кордон може включати територію:

- країн ЄС;
- країни СНД (крім території України);
- усіх країн світу (крім території України).

9.7.2. Договір страхування під час подорожі по території України діє лише на території України.

9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Для укладання договору страхування Страхувальник або уповноважена ним особа подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування. Договір страхування може бути укладено як у відношенні до однієї особи, так і у відношенні до групи осіб. Заява на страхування, що подається Страховику, повинна містити:

- відомості про Страхувальника;
- відомості про Застраховану особу (у разі укладення договору страхування для групи осіб, Страхувальником надається список таких осіб - Застрахованих осіб);
- перелік ризиків, які підлягають страхуванню;
- розмір страхової суми, ліміти відповідальності;
- строк, на який буде укладатись договір страхування;
- територія (місце) дії договору страхування;
- для укладення договору страхування під час подорожі чи поїздки за кордон Страхувальник подає (пред'являє) Страховику свій закордонний паспорт або закордонний паспорт Застрахованої особи;
- дані про тривалість, напрямок або маршрут, характер, мету або причину поїздки чи подорожі та іншу інформацію про всі відомі Страхувальнику обставини, які можуть мати істотне значення для оцінки ступеню ризику.

9.2. Одночасно із заявою Страхувальник надає копії документів, які можуть мати істотне значення для оцінки ступеня ризику (проїзні документи, офіційні запрошення, трудові контракти, путівки, довідки щодо проведених щеплень (при необхідності або за наявності вимог здійснення таких щеплень для виїзду чи в'їзду в країну) тощо). Конкретний перелік документів, що подаються Страхувальником разом із заявою, визначається Страховиком.

9.3. При укладанні договору страхування Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для визначення ступеню страхового ризику і розміру можливих збитків, а також надалі протягом 2 (двох) робочих днів письмово інформувати Страховика про будь-яку зміну страхового ризику.

9.4. Після укладання договору страхування надані Страхувальником документи становлять невід'ємну його частину.

9.5. Відповідальність за достовірність та повноту інформації (документації), наданої Страхувальником Страховику при укладанні договору страхування, несе Страхувальник.

9.6. Якщо після укладання договору страхування буде встановлено або Страховику

стане відомо, що Страхувальник повідомив свідомо неправдиві відомості про обставини, які мають істотне значення для визначення степеню та ймовірності настання страхового випадку та розміру можливих збитків, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії договору страхування, а у разі, коли це буде встановлено або стане відомо Страховику після настання страхового випадку, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати.

9.7. При укладанні договору страхування Страховик та Страхувальник повинні узгодити та визначити у договорі страхування наступні суттєві умови:

- вичерпні відомості про предмет договору страхування;
- про характер страхового випадку, на випадок якого здійснюється страхування, та визначити перелік страхових ризиків;
- про строк і територію (місце) дії договору страхування та розмір страхової суми (ліміти відповідальності);
- інші умови, згідно з чинним законодавством України.

9.8. Відносини між Страховиком та Страхувальником оформлюються договором страхування або страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування. Договір страхування та страхове свідоцтво (поліс, сертифікат) мають однакову юридичну силу.

9.9. В договорі страхування Страхувальником та Страховиком може бути передбачено, що окремі положення цих Правил страхування не включаються в договір страхування і не діють в конкретних умовах страхування.

10. ПОРЯДОК ЗМІНИ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. Зміни та доповнення вносяться у договір страхування за згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання додаткових угод, підписаних сторонами, і які стають невід'ємною частиною договору страхування.

10.2. Якщо інше не передбачено договором страхування, зміна умов договору страхування здійснюється за згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін, яка надається за 15 (п'ятнадцять) робочих днів до дня внесення цих змін. Рішення про зміну умов договору страхування приймається протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту одержання заяви іншою стороною по договору страхування і оформляється додатковою угодою до договору страхування.

10.3. Якщо Страховик чи Страхувальник не згодні з внесенням змін в договір страхування, в 5-денний строк вирішується питання про дію договору страхування на попередніх умовах чи про припинення його дії.

10.4. З моменту одержання заяви однією із сторін до моменту прийняття рішення договір страхування продовжує діяти на попередніх умовах.

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

10.5.1. закінчення строку дії договору страхування – з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, що визначений як день закінчення;

10.5.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі – з дня остаточного розрахунку;

10.5.3. несплати Страхувальником страхової премії у встановлених договором страхування обсягах та строки. При цьому договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

10.5.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування";

10.5.5. смерті Застрахованої особи (у даному випадку договір страхування припиняється лише у відношенні до померлої Застрахованої особи);

10.5.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством

України;

10.5.7. прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним – з дня, зазначеного у рішенні суду, яке набрало законної сили;

10.5.8. за письмовою вимогою Страхувальника або Страховика;

10.5.9. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України, цими Правилами та/або договором страхування.

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

10.7. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим договором страхування.

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

10.9. При достроковому припиненні договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

10.10. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим договором страхування.

10.11. Після початку закордонної подорожі чи поїздки, якщо договір страхування укладався на одну подорож (поїздку), договір страхування не може бути припиненим, якщо інше не передбачено договором страхування.

11. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Договір страхування вважається недійсним:

11.1.1. у випадку, коли договір страхування укладено після настання страхового випадку;

11.1.2. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

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

12. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКУ (ВИТРАТ)

12.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа) або його довірена особа зобов'язані вжити всіх можливих та доцільних заходів для запобігання та зменшення розміру можливих збитків, усуненню причин, які сприяють виникненню додаткових збитків.

12.2. При настанні страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку) Страхувальник (Застрахована особа) або його довірена особа зобов'язані:

12.2.1. негайно (протягом 24 годин) зв'язатись з Асистуючою компанією або звернутись до Страховика, керуючись положеннями та координатами, вказаними у договорі страхування, і повідомити таку інформацію:

- прізвище, ім'я, по батькові Страхувальника (Застрахованої особи) та номер і строк дії договору страхування;

- місцезнаходження Страхувальника (Застрахованої особи);
- контактні телефони;
- докладний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги.

12.2.2. у випадку, якщо з поважних причин не було виконано умови підпункту

12.2.1. пункту 12.2. цих Правил та не було повідомлено в Асистуючу компанію або Страховика до моменту звернення до лікаря (медичного закладу), терміново (протягом 48 годин після звернення до лікаря (медичний заклад)) зв'язатися з Асистуючою компанією або звернутись до Страховика та повідомити інформацію, що передбачена умовами підпункту 12.2.1. пункту 12.2. цих Правил;

12.2.3. дотримуватись вказівок, розпоряджень та рекомендацій Асистуючої компанії або Страховика щодо організації і отримання Страхувальником (Застрахованою особою) медичної допомоги (медичних послуг) та інших послуг, що передбачені договором страхування;

12.2.4. якщо цього потребують обставини чи наслідки настання страхового випадку (події, яка має ознаки страхового випадку), негайно (протягом 24 годин з моменту настання страхового випадку) повідомити відповідні компетентні органи чи служби, які уповноважені розслідувати та/або реагувати на дану подію, та забезпечити наявність документів, що підтверджують настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку), його причини та розмір понесених витрат;

12.2.5. вжити всіх можливих заходів для з'ясування причин та наслідків страхового випадку;

12.2.6. сприяти Страховику в судовій справі про відшкодування збитків по страховому випадку;

12.2.7. надати Страховику всю доступну Страхувальнику (Застрахованій особі) інформацію і документацію, яка дозволить Страховику зробити висновок щодо причин, дій і наслідків страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку), про характер та розмір понесених витрат;

12.2.8. забезпечити Страховику (його представнику), на його вимогу, вільний доступ до документів, які мають значення та відношення для визначення обставин, причини страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку), про характер та розмір понесених витрат;

12.2.9. надати Страховику всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку) та розмір витрат;

12.2.10. виконувати розпорядження і рекомендації Страховика, Асистуючої компанії або їх уповноважених представників;

12.2.11. подати Страховику письмову заяву про страхову виплату із зазначенням причин і обставин виникнення збитку, якщо це передбачено договором страхування;

12.2.12. виконувати інші дії при настанні страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку), які передбачені цими Правилами та/або договором страхування.

12.3. Для отримання страхової виплати, крім повідомлення про подію, яка має ознаки страхового випадку (згідно з умовами підпунктів 12.2.1. та 12.2.2. пункту 12.2. цих Правил), Страхувальник (Застрахована особа) або його спадкоємці повинні надати Страховику заяву про страхову виплату (пункт 12.5. цих Правил), а також документи, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитку та є необхідними для здійснення страхової виплати:

12.3.1. договір страхування та/або страхове свідоцтво (поліс, сертифікат);

12.3.2. пред'явити документ, який засвідчує особу Страхувальника (Застрахованої особи) або його спадкоємців та підтверджують їх законні права;

12.3.3. калькуляцію (розрахунок) здійснених витрат – у довільній формі;

12.3.4. медичні та інші документи, що підтверджують настання страхового випадку, в тому числі листок непрацездатності або довідку з зазначенням дати звернення, діагнозу, переліку медичних послуг (видів лікування, діагностики, використаних медикаментів тощо), що надавались, та строків лікування, підписану відповідальною особою та завірену печаткою закладу охорони здоров'я;

12.3.5. рецепти з печаткою, де вказані прізвище лікаря, найменування призначених ліків;

12.3.6. рахунки, чеки, квитанції, товарні накладні, акти про виконання робіт, надані послуги із зазначенням дати, переліку, опису і їх вартості та інші необхідні платіжні документи, що підтверджують розмір витрат за надані послуги та сплату цих послуг Страхувальником (Застрахованою особою);

12.3.7. протоколи, постанови, рішення, акти, видані відповідними компетентними (уповноваженими) державними органами (посадовими особами), у яких зазначені обставини і причини виникнення страхової події, розмір збитку або понесених витрат – при необхідності;

12.3.8. рішення судів (при наявності судового провадження), документи щодо обставин і причини виникнення страхової події та розміру збитку, отримані від правоохоронних, податкових, банківських органів, місцевих органів влади, висновків експертів та спеціалізованих організацій, установ, які діють на підставі відповідних дозволів (ліцензій) – юридичні, аудиторські, консультаційні, якщо отримання таких документів є необхідним;

12.3.9. довідку з органів Міністерства Внутрішніх Справ України (поліції або іншого уповноваженого органу країни, на території якої стався страховий випадок), якщо страховий випадок відбувся внаслідок дорожньо-транспортної пригоди (ДТП);

12.3.10. документи державної установи метеорологічної (сейсмологічної) служби або Державної служби України з надзвичайних ситуацій (уповноваженого органу чи служби країни, на території якої стався страховий випадок), що підтверджують відомості про характер і час дії відповідного стихійного явища або іншого небезпечного явища природи, якщо страховий випадок стався внаслідок таких явищ;

12.3.11. у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи), копію свідоцтва про смерть, виданого відповідним державним органом реєстрації актів громадянського стану, довідку з медичного закладу про причини смерті, а у випадку оголошення його померлим або визнання безвісно відсутнім – судове рішення, яке набрало законної сили – подається спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи);

12.3.12. документи, що підтверджують право на спадщину, а також посвідчують особу та містять відомості про спадкоємців (П.І.Б., місце проживання, паспортні дані тощо) – подається спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи);

12.3.13. інші документи, що підтверджують настання страхового випадку, розмір понесених витрат та є необхідними для здійснення страхової виплати, за вимогою Страховика.

Копії документів, що подаються Страховику повинні бути засвідчені у встановленому чинним законодавством України порядку.

12.4. Конкретний перелік документів, відповідно до пункту 12.3. цих Правил, на підставі яких здійснюється страхова виплата, визначається Страховиком при з'ясуванні причин і обставин страхового випадку (події, що має ознаки страхової) та розміру понесених витрат.

12.5. Заява про страхову виплату подається Страховику за формою, що встановлена Страховиком або, якщо ним такої форми не встановлено, у довільній формі.

12.5.1. Страховик зобов'язаний надавати консультаційну допомогу заявнику при складанні заяви про страхову виплату.

12.6. Заява про страхову виплату подається Страховику не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дня повернення Страхувальника (Застрахованої особи) із подорожі по Україні або із-за кордону, якщо інше не передбачено договором страхування. Документи, які зазначені у пункті 12.3. цих Правил, подаються Страховику разом з заявою про страхову виплату. Якщо документи, які зазначені у пункті 12.3. цих Правил, видаються відповідними компетентними органами, установами чи організаціями, то такі документи надаються Страховику після їх отримання від таких компетентних органів, установ чи організацій не пізніше 2 (двох) робочих днів з дня їх отримання Страхувальником (Застрахованою особою) або його спадкоємцями.

12.7. Несвоєчасне та не в повному обсязі подання документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір витрат та є необхідними для здійснення страхової виплати, може бути підставою для відмови у здійсненні страхової виплати.

12.8. У відношенні до кожного страхового випадку по договору страхування за згодою сторін по договору страхування може бути передбачена заміна переліку всіх або частини документів, що підтверджують настання страхового випадку (пункт 12.3. цих Правил). Страховик має право звільнити Страхувальника (Застраховану особу) або його спадкоємців від обов'язку надавати частину документів із вищезазначеного переліку документів чи зобов'язати надати інші документи, що не передбачені переліком пункту 12.3. цих Правил.

12.9. Якщо це передбачено договором страхування, то Страхувальник (Застрахована особа), на вимогу Страховика, після повернення із-за кордону або подорожі по території України, під час якої стався страховий випадок, зобов'язаний пройти медичне обстеження.

13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

13.1. Рішення про здійснення страхової виплати приймається Страховиком не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання Страховиком всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитку та є необхідними для здійснення страхової виплати (розділ 12 цих Правил), а також з урахуванням підпункту 16.1.6. пункту 16.1. цих Правил, якщо інше не передбачено договором страхування.

13.2. Рішення про здійснення страхової виплати оформлюється Страховим актом, який складається Страховиком у формі, що визначається Страховиком.

13.3. Страхова виплата здійснюється Страховиком не пізніше 10 (десяти) робочих днів з моменту підписання Страхового акту, що складається Страховиком.

13.4. Розмір страхової виплати в будь-якому разі не може бути більше страхової суми, відповідних лімітів відповідальності, що встановлені договором страхування, та виплачується з вирахуванням франшизи, вид і розмір якої визначається у договорі страхування, а також з урахуванням положень пунктів 13.5.-13.13. цих Правил та інших умов цих Правил та/або договору страхування.

13.5. Страхова виплата виплачується відповідно до умов договору страхування шляхом відшкодування:

13.5.1. Асистуючій компанії суми витрат по оплачених нею послугах, які були надані Страхувальнику (Застрахованій особі) при настанні страхового випадку відповідно до умов договору страхування. Страхова виплата Асистуючій компанії проводиться у порядку та строки, що передбачені у відповідному договорі (угоді, контракті), що укладено між Страховиком та Асистуючою компанією;

13.5.2. безпосередньо Страхувальнику (Застрахованій особі) або спадкоємцям Страхувальника (Застрахованої особи), у випадку його смерті, в розмірі понесених Страхувальником (Застрахованою особою) медичних витрат під час його перебування за кордоном чи під час подорожі по території України, якщо Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатив надані йому послуги, відшкодування витрат по яким передбачено договором страхування. Розмір страхової виплати розраховується виходячи із розміру фактично понесених Страхувальником (Застрахованою особою) витрат на підставі відповідних підтверджуючих документів, але в межах страхової суми та відповідних лімітів відповідальності, які передбачені договором страхування.

13.6. Якщо інше не передбачено договором страхування, то Асистуюча компанія, вказана у договорі страхування, від імені та за дорученням Страховика організовує надання Страхувальнику (Застрахованій особі) медичних та інших послуг, що передбачені договором страхування, та є повноважним представником Страховика щодо вирішення будь-яких питань, які стосуються надання Страхувальнику (Застрахованій особі) послуг, передбачених договором страхування.

13.7. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми (ліміту відповідальності), що встановлена договором страхування для цієї Застрахованої особи.

13.7.1. Загальна сума виплат по всім Застрахованим особам за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми (ліміту відповідальності), що встановлена договором страхування.

13.8. Страхова виплата проводиться лише в розмірі завданого збитку в межах страхової суми (відповідних лімітів відповідальності).

13.9. Страхова виплата не проводиться, якщо збитки або витрати не зумовлені страховим випадком.

13.10. Страхова виплата не здійснюється, якщо доведений (обґрунтований) розмір витрат менший чи дорівнює розміру франшизи, встановленої договором страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

13.11. У випадку одержання Страхувальником (Застрахованою особою) часткового відшкодування витрат від особи, винної в їх заподіянні, що менше належної йому страхової виплати, то страхова виплата здійснюється Страховиком за вирахуванням сум, отриманих Страхувальником (Застрахованою особою) від особи, винної в заподіянні цих витрат.

13.12. Страхова виплата сплачується із вирахуванням сум, одержаних Страхувальником (Застрахованою особою) чи спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) в порядку відшкодування заподіяного збитку від осіб, відповідальних за збиток, а також зменшене на розмір обумовленої договором страхування франшизи (якщо вона передбачена в договорі страхування). У випадку, коли це відшкодування отримано Страхувальником (Застрахованою особою) чи спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) після одержання від Страховика страхової виплати, то страхова виплата (її частина), яка виплачена Страховиком, повинна бути повернута Страхувальником (Застрахованою особою) чи спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) на поточний рахунок Страховика в розмірі, що відповідає розміру отриманого Страхувальником (Застрахованою особою) чи спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) відшкодування від осіб, відповідальних за збиток, протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання Страхувальником (Застрахованою особою) чи спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) зазначеного відшкодування.

13.13. Витрати, які понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, відшкодовуються Страховиком, якщо це передбачено умовами договору страхування.

13.14. Після здійснення страхової виплати за договором страхування до Страховика в межах фактичних витрат переходить право вимоги (регресу), яке Страхувальник (Застрахована особа), мав до особи, відповідальної за понесені витрати або настання страхового випадку. Передача прав вимоги Страховику з боку Страхувальника (Застрахованої особи) не звільняє останнього від прийняття всіх можливих заходів по зменшенню розміру можливих витрат.

13.15. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) відмовиться від права одержання відшкодування понесених витрат від особи, винної в їх заподіянні, Страховик має право відмовити Страхувальнику (Застрахованій особі) у відшкодуванні таких витрат частково або повністю.

13.16. У разі здійснення страхової виплати Страховик продовжує нести відповідальність по договору страхування до кінця строку його дії в межах різниці між відповідною страховою сумою (лімітом відповідальності), обумовленою договором страхування, і сумою страхової виплати, що була сплачена.

13.17. Страхувальник (Застрахована особа) чи спадкоємці Страхувальника (Застрахованої особи) зобов'язаний повернути Страховику одержану страхову виплату (або її відповідну частину), якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявиться така обставина, що повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу) чи спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи) права на страхову виплату.

13.18. Страхова виплата здійснюється тією валютою, яка передбачена договором страхування, якщо інше не передбачено чинним законодавством України.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

14.1. Підставами для прийняття рішення Страховиком щодо відмови в здійсненні страхової виплати є:

14.1.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи) або спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи) спрямовані на настання страхового випадку. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) або спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

14.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) злочину, що призвів до страхового випадку;

14.1.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку, а також неповної інформації про обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику. Під поданням свідомо неправдивих відомостей сторони розуміють:

1) подання відомостей та документів Страховику Страхувальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи), які не відповідають дійсності;

2) неподання Страховику Страхувальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) відомостей та документів, які мають бути надані відповідно до встановлених Страховиком вимог;

14.1.4. подання Страхувальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) Страховику свідомо неправдивої інформації та документів, які мають бути надані відповідно до встановлених Страховиком вимог, в тому числі з метою завищення суми страхової виплати;

14.1.5. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) повного відшкодування збитків (витрат) від особи, винної у їх заподіянні;

14.1.6. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин та/або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків, а також у реалізації права вимоги (регресу) по відношенню до особи, винної у настанні страхового випадку або завданні витрат;

14.1.7. не усунення Страхувальником (Застрахованою особою) протягом узгодженого з Страховиком строку обставин, які помітно підвищують ступінь ризику, про необхідність усунення яких Страховик письмово сповіщав Страхувальника (Застраховану особу) або несплати додаткової премії за підвищення ступеню ризику;

14.1.8. не подання Страхувальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) у випадку його смерті (відповідно до умов договору страхування та/або цих Правил) документів, які необхідні Страховику для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, або несвоєчасне та не в повному обсязі подання документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір понесених витрат та є необхідними для здійснення страхової виплати;

14.1.9. порушення Страхувальником (Застрахованою особою) умов договору страхування та/або цих Правил;

14.1.10. інші випадки, що передбачені чинним законодавством України, цими Правилами та/або умовами договору страхування, які не суперечать чинному законодавству України.

14.2. Страховик звільняється від відшкодування витрат, які виникли внаслідок того, що Страхувальник (Застрахована особа) навмисно не вживав розумних, посильних та доцільних заходів, необхідних для зменшення розміру можливих витрат, якщо це передбачено договором страхування.

14.3. Договором страхування може бути передбачено, що при відмові Страхувальника (Застрахованої особи) від права вимоги (регресу), яке Страхувальник

(Застрахована особа), мав до особи, відповідальної за настання страхового випадку чи заподіяні витрати, або здійснення таких прав буде з вини Страхувальника (Застрахованої особи) неможливим, то Страховик звільняється в повному обсязі від обов'язку здійснити страхову виплату, а якщо страхова виплата була виплачена, то Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повернути Страховику отриману виплату.

14.4. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови в здійсненні страхової виплати, якщо такі підстави не будуть суперечити чинному законодавству України.

14.5. Рішення про відмову в здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у строк не більше 30 (тридцяти) календарних днів з моменту одержання Страховиком заяви про страхову виплату та документів зазначених у розділі 12 цих Правил, з урахуванням підпункту 16.1.6. пункту 16.1. цих Правил, та протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляється Страхувальнику (Застрахованій особі) або спадкоємцям Страхувальника (Застрахованої особи) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови, якщо інше не зазначено в договорі страхування.

15. ПОДВІЙНЕ СТРАХУВАННЯ

15.1. Страхувальник зобов'язаний інформувати Страховика про всі договори страхування, які мають відношення до предмета договору страхування.

15.2. Якщо на момент настання страхового випадку щодо предмета договору страхування діяли також інші договори страхування, відшкодування по збиткам розподіляється пропорційно співвідношенню страхових сум за такими договорами страхування, а Страховик сплачує відшкодування лише в тій частині, що припадає на його долю.

15.3. У випадку, коли договором страхування передбачено, що Страхувальник зобов'язаний сам сплачувати або нести певну частину збитку (франшиза), він не має права укладати будь-які інші договори страхування у відношенні цієї частини ризику. У протилежному випадку сума страхової виплати зменшується на величину франшизи, що встановлена договором страхування.

16. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

16.1. **Страховик має право:**

16.1.1. перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, а також виконання (дотримання) умов цих Правил і договору страхування;

16.1.2. вимагати внесення змін до умов договору страхування або сплати додаткової страхової премії відповідно до збільшення ступеню страхового ризику, якщо йому стало відомо або він був повідомлений Страхувальником про обставини, що призводять до збільшення ступеню страхового ризику. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) заперечує проти зміни умов договору страхування або сплати додаткової страхової премії відповідно до збільшення ступеню страхового ризику, Страховик має право вимагати припинення дії договору страхування;

16.1.3. для з'ясування обставин, причин, розміру і характеру страхового випадку, розміру і характеру витрат, понесених внаслідок настання страхового випадку, Страховик має право проводити експертизи, розслідування, направляти запити у відповідні компетентні органи, що можуть володіти необхідною інформацією, а також самостійно з'ясувати причини, обставини і наслідки страхового випадку та визначати розмір таких витрат;

16.1.4. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) чи його спадкоємців інформацію, необхідну для встановлення факту страхового випадку, обставин та причин його виникнення, характеру та розміру понесених витрат;

16.1.5. запитувати у Страхувальника (Застрахованої особи) будь-яку інформацію або документацію, що стосується отриманих послуг внаслідок настання страхового випадку та їх вартості, а також перевіряти надані інформацію та документацію;

16.1.6. відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати, письмово повідомивши про це Страхувальника (Застраховану особу) чи спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи) у випадку:

16.1.6.1. якщо у нього (Страховика) є сумніви в правомірності одержання Страхувальником (Застрахованою особою) чи його спадкоємцями страхової виплати - поки ведеться розслідування страхового випадку Страховиком та не будуть надані необхідні докази, отримані відповіді на запити від компетентних органів, але не більше як на 6 (шість) місяців;

16.1.6.2. якщо ведеться розслідування обставин випадку, що має ознаки страхового, або подій, які призвели до страхового випадку, відповідними компетентними органами – до отримання їх офіційних висновків (строк розслідування та складання офіційних висновків визначається компетентними органами);

16.1.6.3. якщо щодо Страхувальника або працівників Страхувальника за цим страховим випадком відкрито кримінальну справу - до закінчення провадження у справі, але не більше шести місяців;

16.1.6.4. якщо ведеться судове провадження по справі, що має пряме відношення до предмету страхування і причин настання страхового випадку – до закінчення провадження по справі і прийняття судового рішення.

16.1.7. направити свого довіреного лікаря до Страхувальника (Застрахованої особи) для обстеження його стану та ознайомлення з відповідною медичною документацією;

16.1.8. змінити умови або достроково припинити договір страхування відповідно до розділу 10 цих Правил та чинного законодавства України;

16.1.9. відмовити в здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених розділом 14 цих Правил, а також у разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків, викладених в договорі страхування та/або цих Правилах, або зменшити її розмір;

16.1.10. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) усувати, протягом узгодженого зі Страховиком строків, обставини, які помітно підвищують ступінь ризику, про необхідність усунення яких Страховик письмово сповіщає Страхувальника (Застраховану особу), а також сплатити додаткову премію за підвищення ступеню ризику;

16.1.11. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) чи спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи) повернення суми страхової виплати, або її частки, у випадку одержання Страхувальником (Застрахованою особою) чи спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) відшкодування збитку (його частки) від особи, винної в настанні страхового випадку;

16.1.12. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) чи спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи) повернути Страховику одержану суму страхової виплати (або її відповідної частини), якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявиться така обставина, що повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу) чи спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи) права на страхову виплату;

16.1.13. змінювати та уточнювати окремі пункти цих Правил страхування згідно з чинним законодавством України. У випадку внесення змін до цих Правил відповідно до чинного законодавства України, такі зміни розповсюджуються лише на договори страхування, що укладені після набуття чинності цими змінами;

16.1.14. інші права згідно з чинним законодавством України.

16.2. Страховик зобов'язаний:

16.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами;

16.2.2. 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;

16.2.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачені цими Правилами або договором страхування строки. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору

страхування або законом;

16.2.4. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору страхування;

16.2.5. за письмовою заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним договір страхування;

16.2.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) та його майнове становище, крім випадків, встановлених чинним законодавством України;

16.2.7. забезпечити конфіденційність у відношенні стану здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи), за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;

16.2.8. письмово повідомити Страхувальника (Застраховану особу) або спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи) про прийняття рішення про відмову в здійсненні страхової виплати або про ухвалення рішення щодо зменшення її розміру з обґрунтуванням причин такої відмови або причин зменшення розміру страхової виплати, протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, якщо інше не зазначено в договорі страхування;

16.2.9. надавати консультаційну допомогу заявнику при складанні заяви про страхову виплату.

16.3. Страхувальник має право:

16.3.1. на одержання страхової виплати при настанні страхового випадку в розмірі прямого збитку в межах страхової суми, на підставі страхового акту, складеного Страховиком;

16.3.2. під час дії договору страхування вносити зміни в умови договору страхування шляхом укладання додаткової угоди, яка з моменту її підписання сторонами стає невід'ємною частиною договору страхування;

16.3.3. укласти договір страхування на користь інших фізичних осіб (Застрахованих осіб), за умови їх згоди, які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з умовами договору страхування;

16.3.4. отримати дублікат договору страхування у випадку його втрати. Після видачі дубліката втрачений примірник договору страхування вважається недійсним;

16.3.5. змінити умови або достроково припинити договір страхування відповідно до розділу 10 цих Правил та чинного законодавства України;

16.3.6. оскаржити в судовому порядку рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати;

16.3.7. інші права згідно з чинним законодавством України.

16.4. Страхувальник зобов'язаний:

16.4.1. виконувати умови договору страхування та цих Правил у повному обсязі;

16.4.2. своєчасно сплачувати страхові платежі в розмірі та строки, визначені договором страхування;

16.4.3. при укладанні договору страхування надати Страховику достовірну та повну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі письмово інформувати його про будь-яку зміну ступеню страхового ризику та положень договору страхування в строк, передбачений умовами цих Правил та/або договору страхування. У разі збільшення ступеню ризику ініціювати внесення відповідних змін до договору страхування та сплатити Страховику належну частину страхової премії;

16.4.4. при укладанні договору страхування, повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору страхування;

16.4.5. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами цих Правил та/або договору страхування;

16.4.6. вживати всіх необхідних та доцільних заходів щодо запобігання та зменшення збитків (витрат), завданих внаслідок настання страхового випадку;

16.4.7. негайно, але в будь-якому разі не пізніше 2 (двох) робочих днів письмово повідомити Страховика про те, що понесені витрати в повному обсязі або частково

відшкодовані третьою особою;

16.4.8. при настанні страхового випадку виконати відповідні умови розділу 12 цих Правил та/або договору страхування, надати Страховику необхідні документи, які посвідчують факт настання страхового випадку і розмір понесених витрат;

16.4.9. при настанні страхового випадку вжити заходів для одержання відповідних документів, що підтверджують страховий випадок;

16.4.10. надати Страховику, на його вимогу, вільний доступ до документів, які мають значення та відношення для визначення обставин, характеру та розміру понесених витрат;

16.4.11. дотримуватись вказівок, розпоряджень та рекомендацій Асистуючої компанії або Страховика щодо організації і отримання медичної допомоги (медичних послуг) та інших послуг, що передбачені договором страхування;

16.4.12. негайно (протягом 24 годин), повідомити Страховика про судовий процес, що розпочатий по відношенню до Страхувальника, що має безпосереднє або опосередковане відношення до страхового випадку, але в будь-якому разі не пізніше 2 (двох) робочих днів з моменту, коли Страхувальнику (його представнику) стало відомо про це;

16.4.13. надавати Страховику (його представнику) всю необхідну допомогу для встановлення розміру і причин понесених витрат та надати необхідні повні відповіді на його питання, а також, при необхідності та на вимогу Страховика, забезпечити безперешкодний доступ Страховика (його представника) до документації, яка безпосередньо пов'язана з договором страхування або страховим випадком;

16.4.14. сприяти Страховику в судовій справі про відшкодування збитків по страховому випадку;

16.4.15. усувати, протягом узгодженого зі Страховиком строку, обставини, які помітно підвищують ступінь ризику, про необхідність усунення яких Страховик письмово сповіщає Страхувальника, а також сплатити додаткову премію за підвищення ступеню ризику;

16.4.16. надати можливість вільного доступу довіреному лікареві Страховика або Асистуючої компанії до Страхувальника для обстеження його стану та ознайомлення з відповідною медичною документацією;

16.4.17. надати вільний доступ довіреним експертам або представникам Страховика чи Асистуючої компанії до Страхувальника з метою надання відповідних послуг, що передбачені договором страхування, або з інших питань, що пов'язані з отриманням Страхувальником платних послуг при настанні страхового випадку;

16.4.18. узгоджувати із Страховиком або Асистуючою компанією усі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням платних послуг в разі раптового захворювання або нещасного випадку;

16.4.19. виконувати інші обов'язки, що передбачені цими Правилами та/або договором страхування.

16.5. Сторони по договору страхування зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну місцезнаходження, організаційно-правової форми, банківських реквізитів та про інші зміни, що можуть вплинути на виконання ними своїх зобов'язань згідно з договором страхування, але в будь-якому разі не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня, коли сталися такі зміни, та повідомити нові реквізити.

16.6. Договором страхування можуть бути передбачені обов'язки Застрахованої особи.

17.6.1. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахована особа також повинна виконувати обов'язки, передбачені умовами пункту 16.4. цих Правил.

16.7. У разі смерті Страхувальника-фізичної особи, яка уклала договір страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до чинного законодавства покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих, лише за згодою Страховика, якщо інше не передбачено договором страхування.

16.8. У разі визнання судом Страхувальника-фізичну особу недієздатним, його права і обов'язки за договором страхування переходять до його опікуна. У разі визнання судом Страхувальника-фізичної особи обмежено дієздатним, він здійснює свої права і

обов'язки Страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника.

16.9. Якщо Страхувальник – юридична особа припиняє свою діяльність і встановлюються його правонаступники, права та обов'язки Страхувальника переходять до правонаступника.

16.10. Умовами договору страхування, за згодою сторін, можуть бути передбачені також інші права і обов'язки Страховика та Страхувальника, що не суперечать чинному законодавству України.

17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

17.1. Спори по договору страхування між Страхувальником (Застрахованою особою), його спадкоємцями та Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

17.2. Якщо сторони по договору страхування шляхом переговорів не дійшли згоди, то вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

18. ФОРС-МАЖОР

18.1. Сторони по договору страхування звільняються від відповідальності за невиконання (повне або часткове) зобов'язань за договором страхування у разі безпосереднього впливу на можливість виконання зобов'язань дії непереборної сили (форс-мажорних обставин).

18.2. Форс-мажорними обставинами вважаються:

18.2.1. війна, вторгнення, ворожі дії інших держав (з оголошенням війни або без);

18.2.2. громадянська війна, бунт, повстання, революція, встановлення військової або урурпаторської влади, громадські безладдя, введення військового стану;

18.2.3. конфіскація, націоналізація, вилучення, знищення або пошкодження майна за наказом чи рішенням уряду або інших органів державної влади;

18.2.4. блокада, ембарго, валютні обмеження, інші дії органів державної влади, що унеможливають виконання договірних зобов'язань;

18.2.5. застосування ядерної зброї, радіоактивне забруднення;

18.2.6. стихійні явища на місці виконання зобов'язань;

18.2.7. інші незалежні від волевиявлення сторін події.

Вищевказані події не є форс-мажорними обставинами, в розумінні цих Правил, якщо згідно з договором страхування страховий захист надано на випадок настання вищезазначених подій.

18.3. Сторона, яка не виконала зобов'язання через дію форс-мажорних обставин, повинна довести, що форс-мажорні обставини дійсно мали місце та що невиконання зобов'язання було наслідком форс-мажорних обставин і, що ця сторона не могла прийняти їх до уваги при укладанні договору страхування, уникнути впливу форс-мажорних обставин, їх наслідків.

18.4. Сторона, яка не може виконати зобов'язання через дію форс-мажорних обставин, зобов'язана повідомити іншу сторону по договору страхування протягом 5 (п'яти) календарних днів з дня настання таких обставин, а при неможливості дотримання цього строку, при першій можливості, але не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дня настання таких обставин. Якщо не було вчасно зроблено повідомлення про вплив форс-мажорних обставин на виконання зобов'язань, то сторона, яка їх не виконала, втрачає право посилатися на дію форс-мажорних обставин.

18.5. Сторона, яка не виконала зобов'язань внаслідок дії форс-мажорних обставин, повинна повідомити про це іншу сторону по договору страхування та надати необхідні документальні докази.

19. ОСОБЛИВІ УМОВИ

19.1. Усі заяви та повідомлення, передбачені умовами договору страхування та цими Правилами, повинні здійснюватися Страхувальником (Застрахованою особою) у письмовій

формі, а заява про припинення дії договору страхування - надсилається рекомендованим листом.

19.2. Зміни та доповнення в договір страхування можуть бути внесені тільки за згодою сторін по договору страхування шляхом укладання додаткової письмової угоди до договору страхування.

19.3. Договори страхування укладаються відповідно до цих Правил. За згодою сторін до договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що відповідають положенням цих Правил та не суперечать чинному законодавству України.

19.4. У випадку, якщо договір страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення цих Правил, то пріоритетну силу мають положення договору страхування.

СТРАХОВІ ТАРИФИ ПО ДОБРОВІЛЬНОМУ СТРАХУВАННЮ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

1. Розмір страхового тарифу залежить від умов страхування, розміру страхової суми, строку перебування за кордоном або подорожі по території України та інших додаткових істотних умов, визначених у кожному конкретному договорі страхування.

1.1. Базовий річний страховий тариф по добровільному страхуванню медичних витрат складає 0,6 % від страхової суми.

2. Розміри базових страхових премій по опціях, що визначені у розділі 4 цих Правил, наведено у підпунктах 2.1.-2.3. пункту 2 цього Додатку.

2.1. Базові розміри страхових премій в залежності від розміру страхової суми та тривалості подорожі за кордоном по "Програмі А" (медичні послуги) наведені у таблиці № 1:

Таблиця № 1.

Тривалість подорожі (дні)	Страхова сума (умовні одиниці) / Розмір страхової премії					
	5 000	10 000	15 000	30 000	50 000	75 000
1	0,16	0,26	0,30	0,33	0,43	0,53
2	0,30	0,52	0,58	0,64	0,83	1,01
3	0,46	0,78	0,89	0,98	1,25	1,54
4	0,61	1,04	1,16	1,28	1,66	2,02
5	0,74	1,25	1,41	1,56	2,01	2,46
6	0,86	1,46	1,63	1,81	2,33	2,85
7	0,98	1,67	1,86	2,07	2,67	3,27
8	1,10	1,89	2,12	2,35	3,01	3,69
9	1,23	2,09	2,35	2,60	3,35	4,11
10	1,35	2,30	2,58	2,85	3,68	4,51
11	1,43	2,44	2,73	3,02	3,90	4,77
12	1,51	2,55	2,86	3,17	4,09	5,01
13	1,62	2,76	3,09	3,43	4,42	5,42
14	1,71	2,91	3,25	3,61	4,65	5,69
15	1,83	3,12	3,48	3,86	4,98	6,10
16	1,96	3,32	3,73	4,12	5,31	6,51
17	2,09	3,55	3,98	4,40	5,68	6,96
18	2,32	3,96	4,43	4,90	6,33	7,74
19	2,43	4,13	4,62	5,13	6,60	8,10
20	2,55	4,35	4,88	5,39	6,96	8,52
21	2,63	4,47	5,01	5,55	7,16	8,77
22	2,70	4,61	5,16	5,72	7,37	9,03
23	2,78	4,74	5,30	5,88	7,57	9,27
24	2,86	4,86	5,45	6,03	7,77	9,52
25	2,93	4,99	5,59	6,19	7,97	9,76
26	3,01	5,12	5,74	6,35	8,19	10,03
27	3,08	5,24	5,88	6,51	8,38	10,28
28	3,15	5,37	6,01	6,66	8,59	10,52
29	3,24	5,52	6,19	6,84	8,83	10,82
30	3,36	5,70	6,39	7,07	9,12	11,18
60	6,39	10,89	12,20	13,50	17,41	21,33
90	8,90	15,15	16,96	18,78	24,22	29,66
180	16,53	28,13	31,51	34,88	44,98	55,10
365	30,43	51,78	58,01	64,22	82,80	101,43

2.1.1. Розміри страхових премій наведені в умовних одиницях.

2.1.2. Страхові премії сплачуються у національній валюті України шляхом перерахунку

страхової премії, наведеної в умовних одиницях, за офіційним курсом Національного банку України на день сплати.

2.2. Вартість страхування за іншими програмами визначається шляхом множення страхового тарифу за програмою А на корегуючий коефіцієнт:

Назва програми	Коефіцієнт
Програма В	1,15-1,25
Програма С	1,30-1,40
Програма D	1,45-1,55

2.3. Базові розміри страхових премій в залежності від розміру страхової суми та тривалості подорожі по території України за «Програмою А» наведені у таблиці № 3:

Таблиця № 2.

Тривалість подорожі (дні)	Страхова сума (грн.) / Розмір страхової премії			
	5 000	10 000	20 000	30 000
1	2,59	4,15	6,22	8,29
2	4,70	7,52	11,29	15,05
3	6,81	10,90	16,36	21,81
4	8,93	14,28	21,42	28,56
5	11,04	17,66	26,49	35,32
6	13,15	21,04	31,56	42,08
7	15,26	24,42	36,63	48,83
8	17,37	27,80	41,69	55,59
9	19,48	31,17	46,76	62,35
10	21,60	34,55	51,83	69,11
11	23,22	37,14	55,72	74,29
12	24,83	39,74	59,60	79,47
13	26,45	42,33	63,49	84,65
14	28,07	44,92	67,38	89,84
15	29,69	47,51	71,27	95,02
16	31,31	50,10	75,15	100,20
17	32,93	52,69	79,04	105,39
18	34,55	55,28	82,93	110,57
19	36,17	57,88	86,81	115,75
20	37,79	60,47	90,70	120,94
21	39,41	63,06	94,59	126,12
22	41,03	65,65	98,48	131,30
23	42,65	68,24	102,36	136,48
24	44,27	70,83	106,25	141,67
25	45,89	73,43	110,14	146,85
26	47,51	76,02	114,02	152,03
27	49,13	78,61	117,91	157,22
28	50,75	81,20	121,80	162,40
29	52,37	83,79	125,69	167,58
30	53,99	86,38	129,57	172,76
60	86,38	138,21	207,32	276,42
90	107,98	172,76	259,15	345,53

2.3.1. Розміри страхових премій наведені в гривнях.

2.3.2. При страхуванні на іншу страхову суму ніж вказана у таблиці № 2, страховий тариф (страхова премія) обчислюється методом пропорції до найближчої страхової суми вказаної у таблиці № 2.

3. Знижки та надбавки до базових страхових тарифів та базових страхових премій.

3.1. До базових страхових тарифів (страхових премій) може застосовуватися одна з наступних знижок:

- для дітей віком до 16 років – 20 %;

- для груп дітей понад 20 осіб – 25 %;
- для груп чисельністю від 10 до 25 осіб – 15 %;
- для груп чисельністю понад 25 осіб – 25 %;
- для сім'ї у складі 3 осіб – 15 %;
- для сім'ї у складі 4-5 осіб – 20 %;
- для постійних клієнтів та клієнтів залучених за допомогою туристичних агенцій - 10-25 %.

3.2. До базових страхових тарифів (страхових премій) може застосовуватися одна або декілька з наступних надбавок:

- для осіб віком від 60 до 65 років – 50 %;
- для осіб віком від 65 до 70 років – 75 %;
- для осіб віком від 70 до 75 років – 100 %;
- для осіб, які працюють за ризиковими професіями, зазначених у таблиці № 3 цього Додатку, в розмірі згідно з умовами таблиці № 3 цього Додатку;
- для осіб, які працюють за ризиковими професіями та які не зазначені у таблиці № 3 цього Додатку, в розмірі – 75 %;
- для видів спорту, зазначених у таблиці № 4 цього Додатку, в розмірі згідно з умовами таблиці № 4 цього Додатку;
- для видів спорту, не зазначених у таблиці № 4 цього Додатку, в розмірі: 50 - 100 %.

3.3. Перелік ризикових професій, для яких застосовуються надбавка до базових страхових тарифів (страхових премій) наведено у таблиці № 3.

Таблиця № 3.

Групи	Види діяльності Застрахованих	Надбавка %
Група А	<ul style="list-style-type: none"> • Льотно - підйомний склад цивільної авіації; • Робітники, зайняті на іспитових працях; • Особи, причетні до виробництва, зберігання, іспиту вибухових речовин та робітники хімічних лабораторій; • Міліція, вибухівці, охоронці, водолази; • Робітники газорятувальних служб, рятівних станцій; • Команди судів морської та річної флотилій; • Робітники тяжкої промисловості; • Будівельники (верхолази, кесонні, кровельні та збірні роботи); • Робітники повітряного транспорту; • Інкасатори та водії спеціального транспорту; • Особи, навчаючі водінню автомобільними засобами; • каскадери, циркові артисти; • підземні та підводні роботи 	100
Група Б	<ul style="list-style-type: none"> • Особовий склад аеродромного обслуговування, робітники банків, касири; • Робітники ветлікарні, газосховища, газоелектрозварники; • Водії грейдера, вантажники, дезінфектори; • Робітники обробної промисловості (паперове-целюозна, лісна, деревообробна); • Роботи на компресорі, кустарі; • Робітники побутового та комунального обслуговування (хімчистка, пральня, робітники зв'язку, кіномеханіки, кустарі); • Робітники легкої промисловості, налагоджувачі, мисливці та рибалки; • Охорона, робітники харчової промисловості, поліграфічних підприємств; • Пожежна охорона, робітники будівельної, машинобудівної, скляної промисловості, робітники сільського господарства, робітники транспорту (крім повітряного); • Виробництво хімічних речовин (крім отруйних та вибухових), робітники хімічних лабораторій; • Робітники електростанцій, експедицій; • артисти балету, учні циркових та хореографічних навчальних закладів; • робітники бактеріологічних лабораторій і санепідстанцій 	75
Група С	<ul style="list-style-type: none"> • Робітники побутового та комунального господарств; • Педагогічний персонал позашкільних дитячих закладів; • Гардеробники, артисти, двірники, дегустатори, домогосподарки, домробітниця; • Робітники по виготовленню виробів без механічної обробки; • медичні робітники, службовці, комірники; • Робітники торгівельної структури і громадського харчування, крім кухаря; • Робітники апарату агропромислового об'єднання; • Інженерно-технічний персонал, не пов'язаний із процесом виробництва; • Робітники пошти, телеграфу, телефону; • Викладачі та учні інститутів, технікумів, спецшкіл 	50

3.3.1. Страховик залишає за собою право при укладанні договору страхування визначити також інші професії, які належать до ризикових.

3.4. Перелік видів спорту, для яких застосовуються надбавка до базових страхових тарифів (страхових премій) наведено у таблиці № 4.

Таблиця № 4.

Групи ризику	Вид спорту	Надбавка %
Група 1	Подорожі (походи піші) - із спокійним ландшафтом, шахи, шашки, настільний теніс	25
Група 2	Бадмінтон, біатлон, буерний спорт, волейбол, гімнастика художня, містечко, орієнтувальний спорт, вітрильний спорт, лижні гонки, плавання, радіоспорт, великий теніс, важка атлетика	50
Група 3	Акробатика, батут, бейсбол, велоспорт (трек, шосе), водяне поло, боротьба, водяні лижі, гирьовий спорт, веслування, лижне двоборство, легка атлетика, пожежно-прикладний спорт, стрибки у воду, планерний спорт, стрілянина (усі види), фехтування, фігурне катання	75
Група 4	Альпінізм, баскетбол, бобслей, бокс, гімнастика спортивна, кінний спорт, карате, гірськолижний спорі, дельтапланеризм, ковзанярський спорт, стрибки на лижах із трампліну, підводний спорт, поло, регбі, ручний м'яч, подорожі (походи піші) - із гірським ландшафтом, сучасне п'ятиборство, санний спорт, спідвей, хокей (усі види), фрістайл, футбол, шорти-трек, авто- мото- авіа- спорт	100

3.4.1. Страховик залишає за собою право при укладанні договору страхування визначити також інші види спорту, до яких застосовується надбавка до страхового тарифу.

3.5. В залежності від величини франшизи застосовується корегуючий коефіцієнт K1 згідно таблиці № 5:

Таблиця № 5.

Корегування тарифу за франшизою

Франшиза	Коефіцієнт K1
від 0,1 до 1,0	1,05
від 1,1 до 3,0	1,00
Більше 3,0	0,85

3.6. В залежності від стану здоров'я застрахованої особи до страхових тарифів (страхових премій) може застосовуватися корегуючий коефіцієнт від 0,5 до 2,0.

3.7. В залежності від мети подорожі (поїздки) до страхових тарифів (страхових премій) може застосовуватися корегуючий коефіцієнт від 0,6 до 2,0.

3.8. В залежності від країни подорожі (території дії Договору страхування) до страхових тарифів (страхових премій) може застосовуватися корегуючий коефіцієнт від 0,6 до 2,0.

3.9. В залежності від конкретних умов договору страхування, розміру страхової суми, строку перебування за кордоном або подорожі по території України та інших суттєвих в кожному конкретному випадку факторів, а також обраних страхових ризиків, до страхових тарифів (страхових премій) можуть застосовуватись, також, корегуючі коефіцієнти від 0,3 до 3,0.

4. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін по договору страхування.

5. Норматив витрат на ведення справи становить 40 %.

Усього в цьому документі пронумеровано,
прошито, скріплено печаткою та підписом
31 (тридцять один) арк.

Директор



Т. Д. ХОВА / Т. Д. ХОВА Ю.О. /
« 03 березня 2019р.

