

Зареєстровано
Національною комісією, що здійснює
державне регулювання у сфері ринків
фінансових послуг, згідно
Розпорядження № 2058 від 21.10.2019 р.

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Голови Правління
ПрАТ «УПСК»
від 15.08. 2019 р. № 208

Голова Правління

І.Л. Нестеров



ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ
(нова редакція)

№ 210

від 15 серпня 2019 р.

м. Київ, 2019 р.

ЗМІСТ

1. ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ТА СПЕЦІАЛЬНИХ ТЕРМІНІВ	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	7
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	8
4. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ.....	9
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	14
6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ, СТРАХОВИХ ТАРИФІВ, СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ І ФРАНШИЗИ.....	19
7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	21
8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	22
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.....	24
10. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ЗМІНА СТУПЕНЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ	27
11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	29
12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ.....	30
13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.....	32
14. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.....	33
15. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	35
16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	36
17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	38
18. ОСОБЛИВІ УМОВИ	38

1.ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ТА СПЕЦІАЛЬНИХ ТЕРМІНІВ

1.1.Основні терміни, що використовуються в Правилах добровільного страхування медичних витрат, вживаються у наступному значенні:

- Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, яка призначена Страхувальником (за згодою Застрахованої особи) у Договорі страхування як особа, яка має право отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку.
- Договір страхування** – письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.
- Застрахована особа** – фізична особа, майнові інтереси якої є предметом Договору страхування, та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника відповідно до умов Договору страхування.
- Ліміт зобов'язань** – величина, зазначена в Договорі страхування, що не перевищує встановлену в Договорі страхування страхову суму й у межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку, що за згодою Сторін Договору страхування може встановлюватися по окремій Опції, по окремих видах медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг), передбаченої Правилами та (або) Договором страхування, по одному страховому випадку тощо.
- Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.
- Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.
- Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.
- Страховий захист** – зобов'язання Страховика, визначені Договором страхування, щодо відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку, який стався в

обумовлений Договором страхування відрізок часу.

- 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 платежу з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Українська пожежно-страхова компанія», створене згідно з Законом України «Про господарські товариства» з урахуванням умов, передбачених Законом України «Про страхування», а також одержало у встановленому порядку ліцензію на провадження страхової діяльності.
- Страхувальник** – юридична або дієздатна фізична особа, у тому числі фізична особа – підприємець, яка уклала зі Страховиком Договір страхування відповідно до цих Правил страхування.
- Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.

1.2. Спеціальні терміни, що використовуються в Правилах добровільного страхування медичних витрат, вживаються у наступному значенні:

- Асистанс (Асистуюча компанія)** – юридична або фізична особа, в тому числі суб'єкт підприємницької діяльності, яка діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, які надають послуги Страхувальникові (Застрахованій особі) в разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених Договором страхування, організовує, контролює, оплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика. Назва, адреса та телефони Асистансу зазначаються у Договорі страхування та (або) надаються Страхувальнику при укладенні Договору.
- Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) та яке, у випадку ненадання невідкладної (екстренної) медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) або загрожувати її життю.

- Загострення хронічного захворювання** – це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування, яке у випадку ненадання невідкладної (екстреної) медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) або загрозувати її життю.
- Заклади охорони здоров'я (медичні заклади)** – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників (травмпункти, поліклініки, лікарні, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, аптеки тощо).
- Країна постійного проживання** – Україна та (або) країна, громадянином якої є Страхувальник (Застрахована особа).
- Країна (місце) тимчасового перебування** – країна (місце), на території якої Страхувальник (Застрахована особа) знаходиться під час подорожі та діє страховий захист за Договором (крім країни (місця) постійного проживання).
- Медична допомога (медико-санітарна допомога)** – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями.
- Медичні та (або) додаткові послуги** – консультації спеціалістів, діагностичні процедури та лікувальні маніпуляції, забезпечення медикаментами, а також інші послуги, надання яких передбачене Договором страхування та безпосередньо пов'язане з настанням страхового випадку.
- Місце постійного проживання** – місце (населений пункт), в якому Страхувальник (Застрахована особа) проживає у цілому не менше 183 днів у календарному році, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- Невідкладна (екстрена) медична допомога** – медична допомога, що надається при гострих або критичних станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної, невідкладної медичної допомоги в перші 0 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин виникнуть важкі ускладнення, не сумісні з життям.

- Нещасний випадок** – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи) подія, яка відбулась внаслідок впливу різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) та (або) її загибелі (смерті).
До зовнішніх факторів можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб (в тому числі згвалтування), напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самого Страхувальника (самої Застрахованої особи), удар стороннього предмета, використання Страхувальником (Застрахованою особою) або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.
- Опція** – умови Договору страхування, що передбачають конкретну послугу або групу послуг певного обсягу та якості, що надаються Страхувальнику (Застрахованій особі) у разі настання зазначених в Договорі страхування подій (страхових ризиків).
- Подорож (поїздка)** – поїздка Страхувальника (Застрахованої особи) територією (акваторією), зазначеною в Договорі страхування, з будь-якою метою, що не суперечить чинному законодавству України та країни (місця) перебування (туризм, праця, відпочинок, спортивні змагання, відвідування родичів тощо).
- Програма страхування** – перелік медичних та (або) додаткових послуг (Опцій), надання яких або відшкодування вартості яких передбачені Договором страхування. Програма страхування може складатися з Опцій страхування та інших умов страхування.
- Розлад здоров'я** – стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.
- Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку** – травматичне ушкодження здоров'я та (або) функціональний розлад здоров'я, викликані пошкодженням тканин організму з порушенням їх цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату (травми, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, вивихи, розтягнення, розриви зв'язок, сухожилля, органів тощо, в тому числі отримані внаслідок дії іншої особи), а також втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, опік, утоплення, обмороження,

переохолодження (за виключенням застудного захворювання), тепловий удар, раптове удушення; випадкове гостре отруєння отрутними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газами, ліками, неякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу) тощо, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

До розладів здоров'я внаслідок нещасного випадку також відносяться зараження інфекційним захворюванням, якщо інфекційна речовина потрапляє в тіло Страхувальника (Застрахованої особи) через поранення в результаті настання нещасного випадку.

Хронічне захворювання

- це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин і органів.

Члени сім'ї, близькі родичі Страхувальника (Застрахованої особи)

- його (її) дружина (чоловік), діти (в тому числі всиновлені), його (її) матір, батько (матір), рідна сестра чи брат, також інші особи, які спільно проживають з Страхувальником (Застрахованою особою), пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки, якщо інше не передбачено Договором страхування.

1.3.Інші терміни використовуються у загальноприйнятому значенні та відповідно до чинного законодавства України.

2.ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1.Правила добровільного страхування медичних витрат, далі – Правила страхування, розроблені відповідно до Закону України «Про страхування» та інших нормативно-правових актів чинного законодавства України, визначають загальний порядок і умови укладання, виконання, внесення змін та припинення дії Договорів добровільного страхування медичних витрат (далі – Договір страхування).

2.2.Конкретні умови страхування визначаються Договором страхування. Страховик та Страхувальник (далі разом – Сторони) за взаємною згодою в Договорі страхування можуть врегулювати (конкретизувати) питання, які не врегульовані (не конкретизовані) Правилами страхування за умови, що вони не будуть суперечити іншим положенням Правил страхування та чинному законодавству України.

2.3.Договір страхування, укладений на підставі цих Правил, передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату

відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Страхувальником чи Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки).

2.4. Страхувальники можуть укласти із Страховиком Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їхньої згоди, крім випадків, передбачених чинним законодавством України. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. Вчинення Застрахованою особою дій (діяльності або бездіяльності) породжує ті ж самі правові наслідки, як би такі дії (діяльність або бездіяльність) були вчинені Страхувальником.

2.5. Якщо Страхувальник уклав Договір страхування майнових інтересів, пов'язаних з власним життям, здоров'ям та власними медичними витратами, а також додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення подорожі (поїздки), то він одночасно є Застрахованою особою.

2.6. Страхувальник має право при укладенні Договору страхування, за згодою Застрахованої особи, призначити Вигодонабувача (Вигодонабувачів) для отримання страхової виплати. Страхувальник може змінити Вигодонабувача за Договором страхування до настання страхового випадку, якщо інше не передбачене Договором страхування.

Якщо інше не передбачено Договором страхування, Вигодонабувачем є Застрахована особа з урахуванням умов, зазначених в пункті 13.6 Правил страхування.

2.7. Укладання Договору страхування на користь інших осіб не звільняє Страхувальника від виконання обов'язків за Договором страхування.

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 Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки).

3.2. Застрахованими особами згідно з цими Правилами страхування можуть бути особи до 70 років, якщо інше не передбачене Договором страхування.

3.3. Якщо Договором страхування не передбачене інше, застрахованою не може бути особа, яка є:

3.3.1. Інвалідом I групи;

3.3.2. Визнана недієздатною у порядку, встановленому чинним законодавством України;

3.3.3. Знаходиться на обліку в спеціалізованому диспансері (наркологічному, протитуберкульозному, психоневрологічному тощо), центрі з профілактики та боротьби із СНІД;

3.3.4. На час укладення Договору страхування перебуває на стаціонарному лікуванні (госпіталізована).

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. За цими Правилами до страхових ризиків відносяться наступні події, що сталися під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки):

4.1.1. Гостре захворювання.

4.1.2. Загострення хронічного захворювання.

4.1.3. Розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком нещасного випадку.

4.1.4. Смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання або нещасного випадку.

4.1.5. Інші передбачені Договором страхування ймовірні та випадкові події, пов'язані з життям, здоров'ям Страхувальника (Застрахованої особи), що можуть статися під час подорожі (поїздки) територією, зазначеною в Договорі страхування.

4.2. Страховим випадком є отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги, медичних та (або) додаткових послуг, внаслідок настання зазначеної у Договорі страхування події (страхового ризику), що фактично сталася в період дії Договору страхування та не підпадає під виключення зі страхових випадків і обмеження страхування, передбачені Договором страхування, внаслідок чого виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату згідно з умовами Договору страхування.

4.3. Якщо інше не передбачено Договором страхування, Страховик в межах страхової суми та лімітів зобов'язань, передбачених Договором страхування, організовує та (або) відшкодовує витрати на медико-санітарну та іншу допомогу, медичні та (або) додаткові послуги, отримані Застрахованою особою у зв'язку з настанням подій, передбачених пунктом 4.1 цих Правил страхування та (або) Договором страхування, відповідно до таких Опцій страхування:

4.3.1. **Опція «Стаціонарне лікування»**, яка передбачає організацію та оплату вартості екстреного лікування в умовах стаціонару за наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування до моменту, коли стан Застрахованої особи за рішенням лікуючого лікаря та (або) за погодженням зі Страховиком дозволить виписати її за стаціонару або евакуювати її до країни (місця) постійного проживання, і включає:

а) консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;

б) проведення лабораторних досліджень та інструментальних методів діагностики в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу;

в) консервативне та оперативне лікування;

г) забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;

- г) перебування у палаті стандартного типу та харчування;
- д) забезпечення режиму ізоляції (карантину), якщо це необхідно за медичним висновком;
- е) іншу медичну допомогу, медичні та (або) додаткові послуги, передбачену Договором страхування.

4.3.2. **Опція «Амбулаторне лікування»**, яка передбачає організацію та оплату вартості екстреного лікування в умовах амбулаторно-поліклінічних умовах, і включає:

- а) консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- б) проведення лабораторних досліджень та інструментальних методів діагностики в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу;
- в) консервативне та оперативне лікування;
- г) проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;
- д) забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування;
- е) іншу медичну допомогу, медичні та (або) додаткові послуги, передбачену Договором страхування.

4.3.3. **Опція «Невідкладна допомога»**, яка передбачає організацію та оплату вартості невідкладної (екстреної) медичної допомоги Застрахованій особі за медичними показниками і включає:

- а) виїзд бригади невідкладної медичної допомоги;
- б) експрес-діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;
- в) забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- г) доставлення автомобілем невідкладної медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування;
- г) іншу медичну та іншу допомогу, медичні та (або) додаткові послуги, передбачену Договором страхування

4.3.4. **Опція «Стоматологічна допомога»**, яка передбачає організацію та оплату вартості стоматологічної медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг, у разі, якщо інше не передбачено Договором страхування:

- гострого запалення зуба та (або) тканин, що оточують зуби (в тому числі імпланти);
- настання нещасного випадку, що вимагає надання невідкладної стоматологічної допомоги.

Якщо інше не передбачено Договором страхування, ця Опція включає відшкодування витрат на терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини (за виключенням проведення косметичних, ортодонтичних процедур, протезування), а саме:

- а) огляд, консультації лікаря-стоматолога;
- б) діагностичні обстеження;
- в) знеболювання;

- г) медикаментозне забезпечення;
- г) встановлення тимчасових пломб;
- д) видалення зубів;
- е) ремонт зубних протезів, пов'язаним з усуненням ускладнень, що виникають при прийнятті їжі;
- є) іншу медичну допомогу, медичні та (або) додаткові послуги, передбачену Договором страхування.

4.3.5. Опція «Невідкладна допомога при ускладненнях вагітності», яка передбачає організацію та оплату вартості невідкладної медичної допомоги та стаціонарне лікування Застрахованої особи до 29 (двадцять дев'ятого) тижня вагітності (включно) при загрозі переривання вагітності, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

4.3.6. Опція «Медичне транспортування», яка передбачає організацію та оплату вартості медико-транспортних послуг, а саме:

а) евакуацію (транспортування) Застрахованої особи з місця події до найближчого медичного закладу автомобілем невідкладної медичної допомоги, засобом санітарної авіації тощо;

б) перевезення Застрахованої особи до спеціалізованого медичного закладу, якщо цього вимагає стан її здоров'я;

в) медичну репатріацію Застрахованої особи до країни (місця) постійного проживання (медичного закладу найближчого до кордону або аеропорту залежно від виду транспорту, яким здійснюється транспортування) замість лікування на території (місці) тимчасового перебування за умови, що стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє її транспортування та згідно з рішенням лікуючого лікаря існує необхідність проведення подальшого стаціонарного лікування Застрахованої особи та (або) якщо витрати на перебування в стаціонарі можуть перевищити встановлену у Договорі відповідну страхову суму (ліміт зобов'язань Страховика). Транспортування може здійснюватися:

– автомобілем невідкладної медичної допомоги;

– літаком (в тому числі на спеціально обладнаному місці) тощо;

г) медична репатріація проводиться тільки за умови відсутності медичних протипоказань;

г) рішення про необхідність і можливість транспортування Застрахованої особи, а також про вибір засобу його здійснення, маршруту та кінцевого пункту доправлення приймає медичний заклад і лікуючий лікар Застрахованої особи разом із Асистансом (Страховиком) з урахуванням медичних показань;

д) за необхідності надання медико-транспортних послуг, зазначених у підпунктах а) –в) цього пункту Правил страхування, залежно від стану здоров'я Застрахованої особи організовується медичний супровід під час її транспортування (якщо такий супровід необхідний за рекомендацією лікуючого лікаря);

е) за цією Опцією Страховик не відшкодовує витрати на транспортування багажу Застрахованої особи до країни (місця) постійного проживання, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

4.3.7. Опція «Репатріація тіла (останків) Застрахованої особи», яка передбачає, якщо інше не зазначене в Договорі страхування, організацію та оплату вартості посмертної репатріації останків Застрахованої особи у разі її смерті, а саме:

- відшкодування витрат, погоджених Страховиком (Асистансом) на посмертну репатріацію тіла (останків) до країни (місця) постійного проживання Застрахованої особи, або
- відшкодування витрат на поховання (кремацію) останків Застрахованої особи на території країни (місця) тимчасового перебування у разі відсутності родичів у Застрахованої особи або за їхньої згоди на таке поховання;
- відшкодування інших витрат, пов'язаних з репатріацією та похованням тіла (останків) Застрахованої особи, передбачених Договором страхування.

Кінцевий пункт маршруту репатріації визначається за згодою Страховика, Страхувальника або особи, що на законних підставах прийняла на себе обов'язки з організації репатріації.

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

При настанні страхового випадку виплата здійснюється:

- шляхом оплати Страховиком вартості послуг спеціалізованих організацій (органів, підприємств) з репатріації тіла (останків) Застрахованої особи, або
- особі, що на законних підставах прийняла на себе обов'язки з організації репатріації, у разі самостійної оплати нею цих послуг за умови погодження розміру таких витрат з Страховиком.

4.3.8. Опція «Позапланове повернення через розлад здоров'я» передбачає організацію та оплату вартості проїзду Застрахованої особи відповідно до пункту 4.3.12 цих Правил страхування з країни (місця) тимчасового перебування до країни (місця) постійного проживання Застрахованої особи (згідно з умовами пункту 4.3.12 цих Правил страхування) в один кінець.

Зазначені послуги надаються, якщо від'їзд Застрахованої особи не відбувся вчасно, тобто в день, зазначений у проїзних документах, що має Застрахована особа, через розлад здоров'я внаслідок подій, зазначених у пунктах 4.1.1 – 4.1.3 цих Правил страхування, що призвело до необхідності перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні.

4.3.9. Опція «Повернення додому неповнолітніх дітей, які подорожують разом з Застрахованою особою» передбачає організацію та оплату вартості проїзду неповнолітніх дітей, які не досягли 14-річного віку

(якщо інший вік не передбачений Договором страхування), які подорожують разом з Застрахованою особою до країни (місця) їх постійного проживання (згідно з умовами пункту 4.3.12 цих Правил страхування) та за необхідності їх супроводження третьою особою, якщо діти залишилися без нагляду через стаціонарне лікування або смерть Застрахованої особи внаслідок подій, зазначених у пунктах 4.1.1 – 4.1.3 цих Правил страхування.

Страховик відшкодовує вартість проїзду дітей, тільки у разі, якщо жодна з осіб, які подорожують разом з ними, віком понад 18 років не в змозі про них піклуватися внаслідок перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні або смерть.

4.3.10. Опція «Відвідування членом сім'ї (близьким родичем)» передбачає організацію та оплату вартості проїзду в обидва боки (з країни (місця) постійного проживання та назад) і вартості проживання в готелі одного члена сім'ї (близького родича) Застрахованої особи, якщо строк стаціонарного лікування Застрахованої особи внаслідок розладу здоров'я перевищує 10 (десять) календарних днів (якщо інший строк не передбачений Договором страхування), медична репатріація Застрахованої особи до країни (місця) постійного проживання є неможливою за медичними показниками та за умови, що поруч з Застрахованою особою немає особи старше 18 років, яка подорожує разом з нею.

При цьому інші витрати на відвідування Застрахованої особи членом сім'ї Страховик не відшкодовує.

4.3.11. У разі настання подій, зазначених у пунктах 4.3.8 – 4.3.10 цих Правил страхування, Застрахована особа на вимогу Страховика зобов'язана передати свої квитки та квитки дітей, які перебувають разом з Застрахованою особою, на зворотний проїзд представникові Асистансу або Страховикові (його представникові).

4.3.12. Страховик відшкодовує зазначені в пунктах 4.3.8 – 4.3.10 цих Правил страхування витрати на оплату проїзду, здійснені за погодження зі Асистансом (Страховиком):

- автобусом; або
- літаком – економічним класом; або
- іншим видом транспорту, погодженим із Страховиком.

4.3.13. Опція «Телефонні переговори» передбачає відшкодування витрат, у розмірі передбаченому Договором страхування, на телефонні переговори, здійснені Застрахованою особою з Асистансом (Страховиком) з метою отримання або погодження отримання послуг, передбачених Договором.

4.4. Умовами Договору страхування може бути передбачена оплата вартості інших видів медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг, які будуть надаватися Застрахованій особі у зв'язку із настанням страхового випадку, передбаченого Договором страхування.

4.5. За згодою сторін Договором страхування можуть бути передбачені інші Опції, конкретні умови яких зазначаються у Договорі страхування

5.ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страховик не відшкодовує наступні витрати:

5.1.1. Витрати на санаторно-курортне та реабілітаційне лікування;

5.1.2. Витрати, що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показниками), що вона сама, чи в супроводі іншої особи, може повернутися до країни (місця) постійного проживання;

5.1.3. Витрати на медичну, технічну, адміністративну, юридичну допомогу в Україні та в країні постійного місця проживання Застрахованої особи;

5.1.4. Витрати і збитки через неможливість працювати, брати участь в подорожі, екскурсії, проводити відпустку, за бронювання квитків і місць у готелях, моральну шкоду;

5.1.5. Витрати, заподіяні внаслідок помилки лікарів (неправильних медичних маніпуляцій) або інших осіб, які надавали допомогу Застрахованій особі;

5.1.6. Витрати, пов'язані з вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності, коли стан Застрахованої особи загрожує її життю, а також витрат, передбачених пунктом 4.3.5 цих Правил страхування, якщо Опція «Невідкладна допомога при ускладненнях вагітності» передбачена умовами Програми страхування Застрахованої особи;

5.1.7. Витрати, пов'язані із раптовою хворобою або нещасним випадком, що сталися внаслідок перебування в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, або вживання не прописаних лікарем ліків, самолікування;

5.1.8. Витрати, пов'язані з вродженими, хронічними, онкологічними захворюваннями та хворобами, що почались до початку подорожі (моменту перетину кордону країни постійного проживання), а також витрати, пов'язані із нещасним випадком, що став наслідком вроджених, хронічних, онкологічних захворювань і хвороб, що почались до моменту початку подорожі (перетину кордону країни постійного проживання). Виключенням є випадки ліквідації гострої смертельної небезпеки для життя Застрахованої особи або зняття гострого болю; при цьому обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком витрат є наявність медичного висновку (висновку Асистансу), що підтверджує відповідний стан Застрахованої особи;

5.1.9. Витрати на медичну допомогу, медичні та інші послуги, якщо Застрахована особа здійснила поїздку з метою одержати лікування або передбачала одержати лікування, а також витрати, викликані погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи у зв'язку із цим лікуванням;

5.1.10. Витрати щодо захворювань, виникнення яких могло бути попереджено завчасною вакцинацією, при наявності вимог прикордонних служб щодо вакцинації при виїзді у відповідну країну;

5.1.11. Витрати на стоматологічну допомогу, за винятком витрат, передбачених пунктом 4.3.4 цих Правил страхування, якщо Опція «Стоматологічна допомога» передбачена умовами Програми страхування Застрахованої особи;

5.1.12. Витрати на пластичні, косметичні операції, операції, пов'язані з реконструктивною та пластичною хірургією, в тому числі операції, пов'язані з усуненням косметичних дефектів, крім випадків, коли така операція пов'язана з травмою, одержаною внаслідок настання нещасного випадку та не може бути відкладена за рішенням лікуючого лікаря до повернення в країну (місце) постійного проживання;

5.1.13. Витрати на будь-яке протезування, імплантацію, трансплантацію та забезпечення протезами, імплантами тощо;

5.1.14. Витрати на придбання виробів медичного призначення (медичних виробів, стентів), крім витратних медичних матеріалів (бинт, шприци, крапельниці, одноразовий медичний інструментарій, шовний матеріал, комплектуючі для металоостеосінтезу тощо), необхідних для надання медичної допомоги (послуг); придбання та ремонт допоміжних засобів (кардіостимуляторів, інгаляторів, термометрів, тонометрів та інших вимірювальних приладів, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, інвалідних візків, милиць, тростин тощо);

5.1.15. Витрати на медичну допомогу через непередбачені події, викликані військовими діями будь-якого роду і їх наслідками, масовими беспорядками, повстаннями та іншими акціями громадської непокори; участю Застрахованої особи в терористичних актах або акціях, пов'язаних з політичними переконаннями;

5.1.16. Витрати, пов'язані з захворюваннями або травмами, викликаними стихійними лихами і їх наслідками, епідемією, карантинном, несприятливими метеорологічними умовами за умови, що територія на якій знаходиться Застрахована особа, офіційно визнана (або має статус) компетентними державними органами зоною можливого стихійного лиха, територією карантину тощо, якщо таке оголошення було зроблено до приїзду Застрахованої особи в країну (місце) тимчасового перебування;

5.1.17. Витрати на медичну допомогу або витрати у разі смерті Застрахованої особи в результаті дорожньо-транспортної пригоди, якщо автомобілем керувала Застрахована особа, не маючи посвідчення водія, дійсного у країні тимчасового перебування, чи знаходячись під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, а також, якщо Застрахована особа, заздалегідь про це знаючи, їхала у автомобілі, яким керувала особа, що не має чинного посвідчення водія, чи знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин;

5.1.18. Витрати, пов'язані здійсненням Застрахованою особою протиправних дій (в тому числі порушення Застрахованою особою правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху, правил техніки безпеки, та інших

встановлених законодавством країни тимчасового перебування правил та нормативів), за умови що отримання Застрахованою особою травми або іншого розладу здоров'я перебуває в прямому причинно-наслідковому зв'язку з такими діями Застрахованої особи. Протиправні дії можуть бути кваліфіковані як такі згідно з законодавством, чинним як у країні тимчасового перебування, так і в країні постійного проживання;

5.1.19. Витрати, пов'язані із спробою самогубства або витрати у разі смерті Застрахованої особи, коли вона скінчила життя самогубством (за винятком випадків, коли вона була доведена до цього протиправними діями третіх осіб), або витрати, пов'язані з навмисним заподіянням тілесних ушкоджень Застрахованій особі (самостійно або у змові з третьою особою у тому числі з метою отримання страхової виплати);

5.1.20. Витрати на психотерапевтичне і психіатричне лікування;

5.1.21. Витрати, пов'язані з наданням медичних послуг, що не є необхідними з медичної точки зору (за рішенням Страховика або Асистансу), чи з лікуванням і придбанням медичних препаратів, не призначеним лікарем;

5.1.22. Витрати на лікування Застрахованої особи в закладі або лікарем, які не мають відповідних дозволів (ліцензій) на здійснення медичної діяльності;

5.1.23. Витрати на проведення профілактичних заходів, дезинфекцій, профілактичних вакцинацій, ін'єкцій, щеплень, загальних медичних оглядів, лікарської експертизи, видавання медичних довідок та свідоцтв;

5.1.24. Витрати на діагностичні заходи (у тому числі консультації і лабораторні дослідження) та лікувальні процедури, що не є обов'язковими, необхідними у разі настання нещасного випадку або раптового захворювання, загострення хронічної хвороби, або не пов'язані з ними;

5.1.25. Діагностичні маніпуляції (у тому числі консультації та лабораторні дослідження), надані без наступного лікування;

5.1.26. Витрати, пов'язані з наданням додаткового комфорту, зокрема: палати типу „люкс”, телевізора, телефону, кондиціонера, послуг перукаря, масажиста, косметолога, перекладача тощо;

5.1.27. Витрати, що виникли після дати закінчення строку дії Договору страхування;

5.1.28. Витрати на водолікування, геліотерапію та косметичне лікування;

5.1.29. Витрати на лікування нетрадиційними методами, на обстеження і лікування методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та іншими методами недоказової медицини;

5.1.30. Витрати на проведення відновлювальної терапії, реабілітацію та фізіотерапію;

5.1.31. Витрати, пов'язані з штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, витрати по запобіганню вагітності, на проведення абортів, крім випадків, коли це необхідно внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання;

5.1.32. Витрати на поточні обслідування зору та слуху;

5.1.33. Витрати на платні діагностику, лікування або інші витрати у медичному закладі, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування;

5.1.34. Витрати на утримання супроводжуваних осіб або близьких родичів Застрахованої особи, які перебувають разом із нею за кордоном, під час госпіталізації Застрахованої особи, за винятком витрат, передбачених пунктом 4.3.10 цих Правил страхування, як що Опція «Відвідування членом сім'ї (близьким родичем)» передбачена умовами Програми страхування Застрахованої особи;

5.1.35. Витрати, пов'язані із впливом іонізуючого випромінювання або радіоактивного забруднення;

5.1.36. Витрати на медичну допомогу, яку з медичної точки зору (згідно медичного висновку, висновку Асистансу) можливо відкласти до повернення в Україну або до країни (місця) постійного проживання, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до повернення Застрахованої особи до країни (місця) постійного проживання можуть бути замінені курсом консервативного лікування;

5.1.37. Витрати на лікування на території країни (місця) тимчасового перебування після дати, коли, за висновком лікуючого лікаря медична репатріація є можливою за медичними показаннями, крім тих витрат, що були здійснені з метою медичної репатріації Застрахованої особи;

5.1.38. Витрати на медичну репатріацію, якщо лікування захворювання або тілесного ушкодження за рішенням лікуючого лікаря може бути здійснене за місцезнаходженням Застрахованої особи, та (або) якщо захворювання не перешкоджає продовженню поїздки;

5.1.39. Витрати на медичну допомогу, медичні та додаткові послуги, не передбачені Договором (Програмою страхування);

5.1.40. Витрати на діагностику та лікування розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та (або) попадання води), захворювання вуха, що не супроводжуються підвищенням температури тіла, інтоксикацією, крім випадків гострого больового синдрому;

5.1.41. Витрати на лікування дерматитів, захворювань шкіри, алергічних дерматитів, кропивниць та еритем, сонячних опіків, укусів комах та інших представників флори та фауни, ушкодження м'яких верхніх тканин шкіри (синці, подряпини), крім випадків, коли стан Застрахованої особи загрожує її життю;

5.1.42. Витрати, пов'язані з туберкульозом, цукровим діабетом, а також захворюваннями, що є їх наслідками, крім випадків ліквідації гострої смертельної небезпеки для життя Застрахованої особи;

5.1.43. Витрати на проведення високотехнологічних маніпуляцій, операцій на серці та судинах, в тому числі ангіографія, ангіопластика, шунтування тощо, операцій з приводу аневризми судин, крім невідкладних операцій при ускладнених аневризмах судин головного мозку, серця, коли існує загроза життю Застрахованої особи;

5.1.44. Витрати, пов'язані з захворюваннями шлунково-кишкового тракту, що не потребують парентерального лікування, за виключенням дітей до 16 років;

5.1.45. Витрати на лікування травм, станів та захворювань, що виникли внаслідок грубого порушення загальноприйнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, тому числі ті, що рекомендовані представниками Страховика, туристичного оператора та працівниками баз розміщення (готелі, пляжі тощо);

5.1.46. Витрати на повторні звернення до лікаря або до медичного закладу, в межах одного захворювання та (або) травми, крім випадків ліквідації гострої смертельно небезпеки та (або) надання невідкладного хірургічного втручання.

5.2. Страховик не відшкодовує вартість отриманих медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг у зв'язку з:

5.2.1. Сонячним ударом, сонячними опіками та іншими гострими змінами у шкірному покриві, викликаними впливом ультрафіолетового випромінювання;

5.2.2. Будь-якою формою гепатиту, крім гепатиту А, та їхніми наслідками;

5.2.3. Захворюваннями, що передаються переважно статевим шляхом, а також захворювань, що є їхнім наслідком;

5.2.4. Будь-якої хворобою або смертю, що спричинена ВІЛ-інфекцією, СНІДом;

5.2.5. Нервовими та психічними захворюваннями і розладами, неврозами (панічними атаками, депресіями, істеричними синдромами тощо) та їх загостреннями, крім менінгіту або енцефаліту;

5.2.6. Гельмінтозами, амебіазами, лямбліозами.

5.3. Страховик не несе зобов'язань при настанні подій, що сталися до початку дії Договору, а також у випадку, коли понесені витрати покриваються за рахунок соціального, медичного або іншого страхування/забезпечення.

5.4. Страховик не оплачує витрати:

5.4.1. Якщо страховий випадок стався внаслідок занять любительським (аматорським) або професійним спортом, під час участі у змаганнях та тренуваннях, спортивним (активним) відпочинком, якщо Договором страхування не передбачене страхування під час занять спортом;

5.4.2. Якщо страховий випадок стався при виконанні роботи за наймом, якщо Договором страхування не передбачене страхування під час виконання таких робіт.

5.5. Страховик не здійснює страхової виплати у разі, якщо Страхувальник (Застрахована особа):

5.5.1. Не повідомив Страховика або Асистанс про звернення за медичною допомогою, медичними або іншими послугами або про факт настання нещасного випадку протягом строку, передбаченому у розділі 11 цих Правил страхування та (або) у Договорі страхування;

5.5.2. Не погодив зі Страховиком або Асистансом всі дії, пов'язані з отриманням медичної допомоги, медичних та інших послуг, в разі настання

події, яка може призвести до настання випадку, у порядку передбаченому у розділі 11 цих Правил страхування та (або) у Договорі страхування;

5.5.3. Не виконував розпорядження та (або) рекомендації Страховика або Асистансу, щодо дій в разі настання події, яка може призвести до настання випадку;

5.5.4. Відмовляється від переводу в лікувальний заклад країни (місця) постійного проживання з того моменту, коли лікар визначає, що стан здоров'я Застрахованої особи за медичними показниками дозволяє їй самій чи в супроводі іншої особи повернутися в країну (місце) постійного проживання.

5.6. При укладенні Договору страхування можуть передбачатися додатково інші особливі виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству України та Правилами страхування і зазначені у Договорі страхування.

5.7. Окремі виключення із перерахованих у пунктах 5.1 – 5.5 Правил страхування можуть не застосовуватися при укладенні Договору страхування.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ, СТРАХОВИХ ТАРИФІВ, СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ І ФРАНШИЗИ

6.1. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком і Страхувальником в момент укладення Договору страхування або внесення змін до нього, якщо інше не передбачене Договором страхування або чинним законодавством України, і зазначається в Договорі страхування.

6.2. У Договорі страхування за згодою Сторін страхова сума (ліміт зобов'язань) може встановлюватися по окремій Опції, по окремих видах медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг), передбаченої Правилами та (або) Договором страхування, по одному страховому випадку тощо.

6.3. Якщо Страхувальник укладає Договір страхування у відношенні декількох осіб, у Договорі страхування зазначається страхова сума (ліміти зобов'язань) для кожної Застрахованої особи.

6.4. Якщо Застрахованій особі (Вигодонабувачу) здійснена страхова виплата, то з дати настання страхового випадку, за яким здійснена виплата, Страховик несе зобов'язання за Договором страхування тільки в межах різниці між страховою сумою за Договором страхування та сумою страхової виплати Застрахованій особі (Вигодонабувачу), якщо інше не передбачене Договором страхування.

6.5. Страховик несе зобов'язання за ризиками, визначеними у Договорі страхування, у межах відповідної страхової суми та (або) лімітів зобов'язань, зазначених в Договорі страхування. Загальна сума страхових виплат не може перевищувати страхової суми та (або) лімітів зобов'язань, встановлених в Договорі страхування, якщо інше не передбачене Договором страхування.

6.6. Страховик не несе відповідальності і не відшкодовує ту частину витрат, що перевищує страхову суму (ліміт зобов'язань) за Договором страхування.

6.7.Страхові тарифи обчислюються актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків.

6.8.Конкретний розмір страхового тарифу визначається при укладенні Договору страхування залежно від прийнятих на страхування ризиків, обраних при укладенні договору страхування Опцій (видів медико-санітарної та іншої допомоги, медичних та додаткових послуг), віку та кількості Застрахованих осіб, строку дії Договору страхування, розміру страхової суми, місця дії Договору страхування та інших чинників залежно від конкретних умов страхування, що впливають на ймовірність настання страхових випадків.

6.9.Страхові тарифи встановлюються у відсотках від страхової суми. Базові річні страхові тарифи наведені у Додатку 1 до Правил страхування.

6.10.Страховий платіж за Договором страхування визначається, виходячи з розмірів страхової суми та страхового тарифу з урахуванням підвищувальних і понижувальних коефіцієнтів (додаток 1 до Правил страхування).

6.11.Страховальник сплачує Страховикові страховий платіж як плату за страхування згідно з умовами Договору страхування.

6.12.Страховий платіж сплачується Страховику безготівково шляхом перерахування коштів на поточний рахунок Страховика (його представника), якщо інше не передбачено Договором страхування.

6.13.Страховальник згідно з укладеним Договором страхування має право вносити страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а Страховальник-нерезидент – у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

6.14.Зазначений у Договорі страхування страховий платіж сплачується одноразово, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Конкретні умови та строки сплати страхового платежу зазначаються у Договорі страхування.

6.15.Договором страхування може бути передбачена франшиза, вид та розмір якої визначається за згодою Сторін:

6.15.1. Безумовна франшиза вираховується при визначенні суми страхової виплати при настанні кожного та будь-якого страхового випадку;

6.15.2. Умовна франшиза не вираховується при визначенні суми страхової виплати, якщо розмір витрат перевищує величину умовної франшизи, встановленої Договором страхування. Якщо розмір витрат дорівнює або менший за величину умовної франшизи, встановленої у Договорі страхування, страхова виплата не здійснюється.

6.15.3. При часовій франшизі страхова виплата не здійснюється, якщо обумовлена Договором страхування подія сталася до певного строку, вказаного у Договорі страхування, або, якщо дія обставин, передбачених Договором страхування, не закінчилася до визначеного Договором страхування моменту тощо. Часова франшиза може бути умовною або безумовною.

6.16.Франшиза встановлюється у відсотках (від страхової суми або суми збитку), в абсолютній величині, або у одиницях вимірювання часу.

6.17.За згодою Сторін може встановлюватися загальна франшиза за Договором страхування, окрема франшиза за кожним страховим випадком

(групою страхових випадків), страховим ризиком, видом медико-санітарної або іншої допомоги, медичних та (або) додаткових послуг тощо.

6.18. Договором страхування може бути передбачена франшиза, розмір якої змінюється в залежності від кількості страхових випадків, що сталися протягом строку дії Договору страхування.

6.19. Якщо протягом строку дії Договору страхування сталися кілька страхових випадків, розмір франшизи вираховується при визначенні розміру страхової виплати за кожним та будь-яким випадком, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Строк та місце (територія) дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін і зазначається в Договорі страхування.

7.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення страхового платежу або першої його частини, якщо інше не передбачене Договором страхування.

7.3. Договір страхування укладається строком на один рік або на інший строк, погоджений Сторонами. Дати початку та закінчення строку дії Договору страхування зазначаються у ньому.

7.4. Дія Договору страхування закінчується о 24 годині 00 хвилин (за київським часом) дати, визначеної в Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування.

7.5. Договір страхування може бути укладено:

7.5.1. На строк перебування Застрахованої особи в конкретній подорожі (поїзді) – для осіб, які планують здійснити одну подорож;

7.5.2. На один рік або інший строк, але не обмежуючись терміном однієї подорожі (поїздки) Застрахованої особи – для осіб, які планують здійснити декілька подорожей протягом певного строку, зокрема, для власників мультівізи, власників банківських платіжних карток тощо. При цьому Договором страхування може бути передбачений максимальний загальний строк перебування Застрахованої особи в поїздках (подорожах), протягом якого діє страховий захист за Договором страхування.

При здійсненні кожної подорожі страховий захист за Договором страхування діє протягом певного строку (певної кількості днів), зазначеного в Договорі страхування. Після закінчення Застрахованою особою кожної подорожі визначений Договором страхування максимальний загальний строк перебування Застрахованої особи в подорожі, протягом якого діє страховий захист за Договором страхування, зменшуються на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи в подорожі. Відповідальність Страховика за Договором страхування припиняється з закінченням зазначеного в Договорі страхування строку дії страхового захисту;

7.5.3. За іншим варіантом за згодою Сторін.

7.6. Договором страхування може бути передбачено, що страховий захист за Договором страхування починає діяти (залежно від умов Договору

страхування) з 00 годин 00 хвилин дати, зазначеної в Договорі страхування як дата початку строку його дії, але на раніше:

- моменту проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю під час виїзду з країни проживання;
- з моменту посадки в транспортний засіб (приміський або міжміський автобус, електричку, потяг, літак) з метою розпочати заплановану подорож;
- з іншого моменту, зазначеного в Договорі страхування.

7.7. Договором страхування може бути передбачено, що страховий захист за Договором страхування припиняє діяти та Договір страхування втрачає чинність (залежно від умов Договору страхування) о 24 годині 00 хвилин дати, зазначеної в Договорі страхування як дата припинення строку його дії, але не пізніше:

- моменту проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю під час в'їзду до країни постійного проживання;
- з моменту висадки з транспортного засобу (приміського або міжміського автобусу, електрички, потягу, літака), з метою завершити здійснену подорож;
- з іншого моменту, зазначеного в Договорі страхування.

7.8. Місце дії Договору страхування визначається при укладанні Договору страхування та вказується в ньому.

7.9. Місцем дії Договору страхування може бути:

7.9.1. Територія будь-якої країни або декількох країн світу.

7.9.2. Територія всіх країн світу, крім України.

7.9.3. Територія України або міста, області тощо в межах території України.

7.9.4. Інший варіант за згодою Сторін.

7.10. Договором страхування може бути передбачено, що Договір страхування:

7.10.1. Не діє в країні постійного проживання Застрахованої особи та (або) громадянином якої вона є;

7.10.2. На території країн, в яких ведуться військові дії.

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладення Договору страхування Страхувальник подає Страховикові письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Письмова заява повинна бути заповнена повністю, не припускаючи подвійного тлумачення, і включати у собі усі необхідні для Страховика відомості про предмет Договору страхування та обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику.

8.2. Страхувальник несе відповідальність за повноту та достовірність зазначених ним у заяві даних. Запитання Страховика, включені до заяви про страхування, разом із відповідями Страхувальника становлять інформацію, що має істотне значення для укладення Договору страхування та оцінки ступеня страхового ризику. У разі надання неправдивої інформації або ненадання

(приховування) інформації, яка має істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати при настанні страхового випадку.

8.3. Подання заяви не зобов'язує Страховика та Страхувальника укласти Договір страхування.

8.4. Страхувальник повинен повідомити Страховика про всі чинні Договори страхування щодо предмета Договору страхування з іншими страховиками, а також надати інформацію про страхові випадки, які сталися з предметом Договору страхування, до моменту укладення Договору страхування.

8.5. При укладенні Договору страхування Страховик має право запитувати у Страхувальника надати:

8.5.1. Документ, що дозволяє ідентифікувати особу Страхувальника та діючого від його імені представника;

8.5.2. Довіреність або інший документ, який посвідчує наявність та обсяг повноважень представника Страхувальника;

8.5.3. Інформацію про інші договори страхування, що укладені відносно предмету Договору страхування з іншими страховими організаціями;

8.5.4. На письмову вимогу Страховика, а також на виконання вимог чинного законодавства України у сфері регулювання протидії та запобігання легалізації доходів, отриманих злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення, при укладенні Договору страхування, сплаті страхового платежу або при здійсненні страхової виплати та в інших випадках, передбачених чинним законодавством України, документи, що дозволяють ідентифікувати Страхувальника;

8.5.5. Інші необхідні в конкретному випадку документи та інформацію, що необхідні для укладення Договору страхування та оцінки ступеня страхового ризику, перелік яких встановлюється при укладенні Договору страхування.

8.5.6. Договір страхування укладається між Страхувальником та Страховиком в письмовій формі (в тому числі у формі, яка відповідно до чинного законодавства України за правовими наслідками прирівнюється до договору, укладеного у письмовій формі). Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

8.6. При укладенні Договору страхування Сторони можуть домовитися про таке:

8.6.1. Конкретизувати окремі положення Правил страхування;

8.6.2. Доповнити Договір страхування умовами, які в Правилах страхування не врегульовані, якщо такі доповнення не суперечать чинному законодавству України та Правилам страхування.

8.7. У разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору страхування та Правил страхування, пріоритетними визнаються ті, що передбачені Договором страхування.

8.8. Якщо інше не передбачене Договором страхування, всі заяви і повідомлення, передбачені Договором страхування, будуть вважатися

зробленими належним чином, тільки якщо вони здійснені у письмовій формі та надіслані рекомендованим листом, кур'єром, телеграфом, телефаксом, телетайпом, телексом або вручені особисто із зазначеними в ньому адресами Сторін. Датою отримання таких повідомлень буде вважатися дата їх особистого вручення або дата, зазначена на поштовому штемпелі відділу зв'язку одержувача.

Договором страхування може бути передбачене надання зазначених заяв та повідомлень телефоном або електронною поштою з їх подальшим письмовим підтвердженням у визначеному в цьому пункті порядку.

8.9.Страховик має право відмовитися від укладення Договору страхування без пояснення причин Страхувальникові.

9.ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1.Сторони зобов'язані дотримуватися умов Договору страхування.

9.2.Страховик зобов'язаний:

9.2.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

9.2.2. 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;

9.2.3. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;

9.2.4. Прийняти рішення про здійснення страхової виплати або аргументовано відмовити у здійсненні страхової виплати після отримання від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) документів, що підтверджують факт, обставини, причини настання страхового випадку, розмір завданої внаслідок страхового випадку шкоди, та інших документів, передбачених Правилами страхування та (або) Договором страхування;

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

9.2.6. Відшкодувати витрати, зазані Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення розміру шкоди, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

9.2.7. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, в строк, передбачений Правилами страхування та (або) Договором страхування, переукласти Договір страхування, або внести зміни до умов Договору страхування, або припинити його дію, в тому числі стосовно конкретної Застрахованої особи.

9.3.Страхувальник зобов'язаний:

9.3.1. При укладенні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі в строк, передбачений Правилами

страхування та (або) Договором страхування, інформувати Страховика про будь-яку зміну ступеня страхового ризику;

9.3.2. Виконувати рекомендації Страховика щодо зниження ступеня ризику та запобігання настанню страхових випадків;

9.3.3. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування, а також про їхні дії при настанні страхового випадку;

9.3.4. Сплачувати страхові платежі в розмірах і в строки, передбачені умовами Договору страхування;

9.3.5. Турбуватися про збереження Договору страхування і не передавати його іншим особам з метою отримання ними медико-санітарної та іншої допомоги (послуг);

9.3.6. Вживати всіх можливих заходів та дій, в тому числі рекомендованих Страховиком або компетентними органами, з метою запобігання та зменшення розміру шкоди, заподіяної здоров'ю Застрахованої особи, внаслідок настання події, що може бути визнана страховим випадком;

9.3.7. При укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета Договору страхування;

9.3.8. У разі збільшення ступеня страхового ризику на вимогу Страховика сплатити додатковий страховий платіж, розмір якого розраховує Страховик. В іншому випадку Страховик має право в односторонньому порядку достроково припинити дію Договору страхування (відмовитись від Договору) на підставі невиконання Страхувальником умов Договору страхування згідно з чинним законодавством України та цими Правилами страхування, при цьому Страховик звільняється від зобов'язань здійснити страхову виплату за страховими випадками, що сталися з моменту настання змін у ступені страхового ризику;

9.3.9. Надати Страховикові для перегляду та копіювання оригінали або нотаріально завірених копії документів для проведення ідентифікації Страхувальника у випадках, передбачених законодавством України та цими Правилами страхування;

9.3.10. Повідомити Страховика про настання події, що може бути визнана страховим випадком, в строк, передбачений пунктом 11.1.1 Правил страхування та (або) Договором страхування, та діяти згідно з умовами, визначеними у розділі 11 Правилами страхування, якщо інше не передбачене Договором страхування;

9.3.11. За письмовим зверненням Страховика у разі розгляду обставин події, що може бути визнана страховим випадком, в суді, видати Страховикові довіреність на право представляти інтереси Страхувальника при розгляді такої справи, якщо це передбачено Договором страхування;

9.3.12. Якщо після здійснення страхової виплати за Договором страхування виявиться така обставина, що за Договором страхування, Правилами страхування або чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє Застраховану особу (або Вигодонабувача) права на отримання страхової виплати, Страхувальник (Застрахована особа або Вигодонабувач) зобов'язаний повернути Страховику здійснену страхову виплату протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання відповідної

письмової вимоги від Страховика, якщо інший строк не передбачений Договором страхування;

9.3.13. Дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком, не допускати передавання інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

9.4. Страховик має право:

9.4.1. Перевіряти достовірність наданої Страхувальником інформації, документацію, що стосуються предмета Договору страхування, виконання Страхувальником (Вигодонабувачем) умов Правил страхування та Договору страхування, а також вимагати надання додаткових документів, що мають значення для оцінення ступеня страхового ризику, при укладенні Договору страхування і у будь-який момент строку його дії;

9.4.2. Брати участь у заходах, спрямованих на запобігання та зменшення заподіяної шкоди; за власною ініціативою і за власні кошти (самостійно або з залученням експертів) з'ясувати причини та обставини настання події, що може бути визнана страховим випадком, вимагати від Страхувальника (Застрахованих осіб) інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин настання страхового випадку або розміру страхової виплати, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею; розпочати огляд місця події, що може бути визнана страховим випадком. Зазначені дії Страховика не є підставою для визнання Страховиком події страховим випадком;

9.4.3. Робити запити про відомості, пов'язані з настанням події, що за умовами Договору страхування може бути визнана страховим випадком, до компетентних органів, підприємств, установ і організацій, що можуть володіти інформацією про обставини настання події, з питань, пов'язаних із розслідуванням причин, обставин настання страхового випадку і визначенням розміру заподіяної шкоди. Отримати дозвіл від Застрахованої особи на отримання інформації від компетентних органів, підприємств, установ і організацій, пов'язаної з її здоров'ям;

9.4.4. Відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо для цього виникнуть підстави, передбачені Договором страхування, Правилами страхування та (або) чинним законодавством України;

9.4.5. Якщо відповідно до умов Договору страхування страховий платіж сплачується декількома частинами (внесками), зменшити розмір страхової інше не передбачене Договором страхування;

9.4.6. Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов Договору страхування, дострокове припинення дії Договору страхування з письмовим повідомленням Страхувальника про причини прийняття такого рішення;

9.4.7. Вимагати від Страхувальника повернення отриманої (в тому числі Застрахованою особою, Вигодонабувачем) страхової виплати (повністю або частково), якщо протягом строку позовної давності, встановленого чинним законодавством України, стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють одержувача страхової виплати на підставі умов Договору страхування права на одержання страхової виплати (повністю або частково);

9.4.8. Відмовити Страхувальнику в укладенні Договору страхування без пояснення причини відмови.

9.5.Страхувальник має право:

9.5.1. Укладати зі Страховиком договір свого особистого страхування та договори страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою;

9.5.2. На одержання від Страховика будь-якої інформації, що стосується умов Договору страхування;

9.5.3. На отримання суми страхової виплати при настанні страхового випадку на умовах Правил страхування та (або) Договору страхування;

9.5.4. При укладенні Договору страхування за згодою Застрахованої особи призначити Вигодонабувачів, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

9.5.5. Після отримання страхової виплати за згодою Страховика укласти додатковий договір (правочин) до Договору страхування про відновлення обсягу відповідальності Страховика на суму страхової виплати, сплативши додатковий страховий платіж;

9.5.6. У разі незгоди з висновками експертизи, комісії з розслідування причин й обставин настання страхового випадку, організувати за власний рахунок проведення повторної незалежної експертизи (розслідування);

9.5.7. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика здійснити страхову виплату та (або) її розмір;

9.5.8. Отримати дублікат Договору страхування (страхового поліса, сертифіката, свідоцтва) у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору страхування (страхового поліса, сертифіката, свідоцтва), для чого потрібно звернутися до Страховика з письмовою заявою про видавання дубліката. Після цього втрачений примірник вважається недійсним, і страхові виплати згідно з втраченим примірником не здійснюються;

9.5.9. Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов Договору страхування, дострокове припинення дії Договору страхування за умови письмового повідомлення Страховика про причини прийняття такого рішення.

9.6.Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Сторін, які не суперечать умовам Правил страхування та чинного законодавства України.

10. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ЗМІНА СТУПЕНЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ

10.1.Зміни та доповнення до умов Договору страхування протягом періоду його дії вносяться за взаємною згодою Сторін на підставі письмової заяви однієї зі Сторін шляхом укладення додаткового договору до Договору страхування протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною, якщо інше не передбачене Договором страхування.

10.2.Додатковий договір є невід'ємною частиною Договору страхування й складається в кількості примірників Договору страхування.

10.3.Якщо будь-яка зі Сторін Договору страхування не згодна на внесення змін до умов Договору страхування, в той же строк вирішується

питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

10.4.3 моменту отримання заяви однією зі Сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії Договір страхування продовжує діяти на попередніх умовах, якщо інше не передбачене Договором страхування.

10.5. За цими Правилами страхування обставинами, що мають істотне значення для оцінення ступеня страхового ризику, вважаються:

10.5.1. Обставини, відомості щодо яких, повідомлені Страхувальником у заяві про страхування та (або) зазначені у Договорі страхування;

10.5.2. Виявлення таких обставин (в тому числі при настанні страхового випадку), що, якби вони були відомі при укладенні Договору страхування, то Договір страхування взагалі не був би укладений Страховиком або був би укладений на умовах, що значно б відрізнялися;

10.5.3. Інші обставини, що впливають на ступінь ризику.

10.6. Договором страхування можуть бути передбачені інші обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику.

10.7. Якщо зміна обставин, що відповідно до пунктів 10.5.1, 10.5.2 Додаткових умов страхування впливають на оцінку ступеня страхового ризику, залежить від Страхувальника, останній не має права розпочинати або виконувати будь-які дії, що ведуть до зміни цих обставин без погодження зі Страховиком.

10.8. Факт настання події, яку може бути визнано страховим випадком, також є подією, що змінює страховий ризик (ступінь страхового ризику).

10.9. Протягом строку дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про будь-яку зміну ступеня страхового ризику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, негайно, але не пізніше ніж:

10.9.1. За 2 (два) робочі дні до зміни обставин, що відповідно до пункту 10.5 Правил страхування впливають на оцінку ступеня страхового ризику, якщо зміна таких обставин залежить від Страхувальника;

10.9.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо, якщо Страхувальник не може вплинути на такі обставини та дізнається про них лише після їх настання.

10.10. Після отримання від Страхувальника заяви про зміну ступеня страхового ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів, оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до умов Договору страхування, або про дострокове припинення його дії або про продовження дії Договору страхування на попередніх умовах, якщо інше не передбачено Договором страхування.

10.11. У разі збільшення ступеня страхового ризику та прийняття Страховиком рішення про необхідність внесення змін до Договору страхування зміни до Договору страхування вносяться шляхом укладення додаткового договору протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття такого рішення, якщо інше не передбачено Договором страхування. У цьому випадку

Страховик має право на отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу.

10.12. Якщо ступінь страхового ризику збільшиться і Страхувальник не повідомить про це Страховика або не сплатить (сплатить у неповному обсязі) додатковий страховий платіж протягом строку, встановленого в додатковому договорі, то при настанні страхового випадку внаслідок обставин, які вплинули на збільшення ступеня страхового ризику, або при збільшенні розміру шкоди внаслідок обставин, що вплинули на збільшення страхового ризику, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати за цим випадком або зменшити розмір страхової виплати на 50 %, якщо інший відсоток не обумовлений Договором страхування.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. У разі виникнення у Застрахованої особи потреби в отриманні медико-санітарної або іншої допомоги, медичних послуг та (або) додаткових послуг, надання яких передбачене Договором, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

11.1.1. Негайно, до звернення за медичною або іншою допомогою у медичний або інший заклад, не пізніше 24 годин після настання зазначеної події, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, звернутися до Асистансу (Страховика), отримати інформацію щодо подальших дій та повідомити таку інформацію:

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

11.1.1.1. Якщо Застрахованій особі необхідна невідкладна (екстрена) медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається Асистансу або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги (якщо інший строк не передбачений Договором страхування).

11.1.1.2. Погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, внаслідок чого вона не мала можливості своєчасно повідомити про подію Асистанс або Страховика, повинно бути документально підтверджено медичним закладом, який надавав Застрахованій особі невідкладну (екстрену) медичну допомогу.

11.1.1.3. Зазначені у пункті 11.1.1 цих Правил страхування дії від імені Страхувальника (Застрахованої особи) може здійснити третя особа (родич, співробітник Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо);

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

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

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

11.1.5. Достовірно інформувати лікаря та персонал медичної установи і Страховика про стан свого здоров'я та наявні ризики його погіршення;

11.1.6. Звільнити третіх осіб від обов'язків щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, на вимогу Страховика надати таким третім особам необхідні повноваження для надання Страховикові будь-якої інформації, пов'язаної з подією, що сталася, від третіх осіб (лікарів, медичних закладів, інших підприємств, організацій, установ, які надавали допомогу та (або) послуги Застрахованій особі або мають інформацію про подію, що сталася);

11.1.7. Передати представнику Асистансу (Страховику) невикористані квитки (авіа-, залізничні тощо) в період їх чинності, а у разі неможливості це зробити за станом здоров'я – при першій нагоді;

11.1.8. Пред'явити свій закордонний паспорт при зверненні до Асистансу для підтвердження строків перебування за кордоном.

11.2. Якщо Застрахована особа за погодженням із Асистансом (Страховиком) самостійно оплатила медико-санітарну допомогу та (або) іншу допомогу, медичні та (або) додаткові послуги, в тому числі придбала медикаменти та (або) витратні медичні матеріали, вона повинна протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, надати Страховику документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку відповідно до Розділу 12 цих Правил страхування.

11.3. Надання Страхувальнику у зв'язку з настанням події, що може бути визнана страховим випадком, інструкцій з боку Страховика або його представника, а також вжиття останніми заходів із запобігання та зменшення розміру заподіяної шкоди не є підставою для визнання цієї події страховим випадком.

11.4. Договором страхування можуть бути передбачені інші дії Сторін при настанні страхового випадку.

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

12.1. Страховик сплачує (в межах страхової суми та лімітів зобов'язань, передбачених Договором страхування) вартість наданої медико-санітарної допомоги та (або) іншої допомоги, медичних та (або) додаткових послуг на підставі рахунків, наданих Страховику через Асистанс або безпосередньо медичними закладами, іншими підприємствами, організаціями, установами, які надавали за погодженням Страховика Застрахованій особі допомогу (послуги).

12.2. Якщо Застрахована особа за узгодженням з Асистансом або Страховиком сама сплатила вартість наданих медико-санітарної допомоги та

(або) іншої допомоги (послуг), в тому числі придбала медикаменти, витратні медичні матеріали тощо за виписаними довіреним лікарем Страховика або Асистансу рецептами, їй повертається витрачена сума на підставі наданих документів згідно з пунктом 12.3 цих Правил страхування.

12.3. Документами, що надаються Страховику для встановлення причин, наслідків, обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати та визначення розміру заподіяної шкоди (розміру витрат на випадку надання медико-санітарної допомоги та (або) іншої допомоги, медичних та (або) додаткових послуг Застрахованій особі внаслідок настання страхового випадку), можуть бути:

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

12.3.2. Документи Асистансу щодо вартості здійснених медичних та інших витрат;

12.3.3. Оригінали деталізованих рахунків щодо наданої медичної та іншої допомоги та (або) послуг;

12.3.4. Рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем або медичного закладу;

12.3.5. Квитанції (чеки) про оплату наданої медико-санітарної та (або) іншої допомоги, медичних та (або) додаткових послуг, в тому числі придбаних медикаментів та (або) витратних медичних матеріалів;

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

12.3.7. Копія закордонного паспорту Застрахованої особи;

12.3.8. Оригінали проїзних документів;

12.3.9. Письмова заяву про страхову виплату;

12.3.10. Оригінал Договору страхування (страхового поліса, сертифіката, свідоцтва) або його дублікат, що належить Страхувальникові;

12.3.11. Документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати одержувача страхової виплати;

12.3.12. Документи, що підтверджують здійснені Страхувальником витрати щодо запобігання та зменшення розміру шкоди та інші витрати, якщо відшкодування таких витрат передбачено Договором страхування;

12.3.13. Інші документи або відомості на запит Страховика, враховуючи особливості конкретного страхового випадку, що необхідні для з'ясування обставин та причин страхового випадку, визначення розміру виплати.

12.4. Якщо документи складені іноземною мовою, Страхувальник (Застрахована особа) на вимогу Страховика повинен надати офіційний переклад українською мовою.

12.5. Документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надаються Страховикові у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій, простих копій за умови надання Страховикові можливості звірення копій цих документів з їхніми оригіналами.

12.6. Документи, необхідні для здійснення страхової виплати, вважаються наданими Страхувальником, якщо такі документи надані в повному обсязі та (або) не містять наступних недоліків: не відповідають належній формі та (або) оформлені з порушенням (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо). Про наявність таких недоліків Страховик повідомляє Страхувальникові в письмовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання таких документів, якщо інші строки не передбачені Договором страхування.

12.7. З метою встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку, розміру збитку, Страховик має право передбачити у Договорі страхування необхідність надання Страхувальником інших документів.

12.8. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик може зменшити перелік документів, передбачений пунктом 12.3 Правил страхування та (або) Договором страхування.

13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

13.1. Страхова виплата здійснюється після того, як повністю будуть встановлені обставини, причини і розмір шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку.

13.2. Загальна сума страхових виплат кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору страхування, не може перевищувати страхової суми, визначеної у Договорі страхування, якщо інше не передбачене Договором страхування.

13.3. Якщо у Договорі страхування передбачені страхові суми (ліміти зобов'язань) по окремій Опції, по окремих видах медико-санітарної або іншої допомоги, медичних та (або) додаткових послуг, передбачених Правилами та (або) Договором страхування, по одному страховому випадку тощо, то Страховик здійснює страхову виплату у межах встановлених страхових сум (лімітів зобов'язань).

13.4. Якщо за окремою Опцією (видом допомоги (послуг)), відшкодування яких передбачене Договором, страхові випадки (витрати) наступали неодноразово, то страхова виплата за такою Опцією (видом допомоги (послуг)) не може перевищувати страхову суму (відповідний ліміт зобов'язань Страховика), встановлену у Договорі страхування.

13.5. Страхова виплата визначається виходячи з вартості фактично наданої Застрахованій особі медико-санітарної та (або) іншої допомоги, медичних та (або) додаткових послуг в межах встановленої Договором страхування страхової суми (лімітів зобов'язань), з урахуванням франшизи та інших умов Договору страхування.

13.6. Страхова виплата здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, визначають вартість фактично наданої медико-санітарної та (або) іншої допомоги, медичних та (або) додаткових послуг, переданих у пункті 12.3 цих Правил страхування та (або) інших документів, передбачених Договором страхування, шляхом:

13.6.1. Перерахуванням грошових коштів на банківський рахунок Асистансу – у разі, якщо допомога (послуги) надавались Застрахованій особі за допомогою Асистансу;

13.6.2. Перерахуванням грошових коштів на банківський рахунок медичного закладу або іншого підприємства, організації, установі, які надали за погодженням Страховика Застрахованій особі медико-санітарну допомогу або іншу допомогу (послуги);

13.6.3. Виплати Страхувальнику або Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи у разі її смерті) – у разі, якщо Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатила вартість наданої медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг).

13.7. Якщо Договором страхування передбачена безумовна франшиза, Застрахована особа (Страхувальник) повинна самостійно оплатити цю суму медичному закладу, лікарю або третій особі при наданні Застрахованій особі медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг), якщо інше не передбачене умовами Договору страхування.

13.8. Якщо інше не передбачене Договором страхування, у разі настання страхового випадку за межами території України страхова виплата Страхувальникові (Застрахованій особі) здійснюється у гривнях за офіційним обмінним курсом НБУ, встановленим на дату настання страхового випадку. У цьому ж порядку визначається розмір франшизи, встановленої Договором страхування.

13.9. Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг), застраховані у кількох страховиків, то у разі настання страхового випадку страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати дійсних витрат. При цьому Страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним Договором страхування, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування.

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

14.1. Страховик здійснює страхову виплату на підставі письмової заяви про страхову виплату та страхового акта, складеного Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

14.2. У випадках, передбачених пунктом 12.2 цих Правил страхування, з метою прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач у разі підготовки ним необхідних документів) повинен надати Страховикові документи, передбачені розділом 12 Правил страхування та (або) Договором страхування.

14.3. Страховик з метою прийняття рішення про здійснення виплати або відмову у здійсненні страхової виплати робить запити про відомості, пов'язані з настанням страхового випадку, до компетентних органів, підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку:

14.3.1. Якщо у Страховика виникли обґрунтовані сумніви щодо достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем у разі підготовки ним необхідних документів) відомостей і документів, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а також розмір заподіяної шкоди;

14.3.2. Якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди. У такому разі з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку і розміру шкоди Страховик має право призначити розслідування або експертизу, яку проводить експерт незалежної експертної організації;

14.3.3. В інших випадках, передбачених Договором страхування.

14.4. Граничний строк отримання відповідей на запити Страховика від підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, складає 6 (шість) місяців з дня направлення Страховиком відповідного запиту.

14.5. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) всіх документів, необхідних для підтвердження факту, причин, обставин настання страхового випадку та визначення розміру збитків, а саме документів, передбачених розділом 12 Правил страхування та (або) Договором страхування, та відповідей на запити Страховика до підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку (з урахуванням пункту 14.4 Правил страхування), якщо інший строк не передбачений Договором страхування, Страховик:

14.5.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акта і протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня складення страхового акта здійснює страхову виплату, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, або

14.5.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) про прийняття рішення про відмову з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування.

14.6. Страховик може відстрочити прийняття рішення про визнання події страховим випадком, у тому числі про здійснення виплати або відмову у здійсненні страхової виплати, якщо це передбачено Договором страхування:

- до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про набрання рішенням у цивільній, господарській або кримінальній справі законної сили, якщо спір щодо факту, причин та обставин події та розміру збитку розглядається судом,

- до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про результати закінчення розслідування компетентними органами, якщо за фактом події проводилось розслідування компетентними органами;

- до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про закриття кримінального провадження чи зупинення досудового розслідування,

якщо за фактом події або щодо Страхувальника (Застрахованої особи) було розпочате кримінальне провадження.

15. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

15.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

15.1.1. Навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або особи, на користь якої був укладений Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянських або службових обов'язків, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності й ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника й інших зазначених у цьому пункті осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

15.1.2. Вчинення Страхувальником – фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку. Якщо названі особи є юридичними особами, зазначена підстава відноситься до їхніх працівників або осіб, які діяли за їх дорученням;

15.1.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

15.1.4. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, без поважних на це причин у строки, визначені в Правилах страхування та (або) Договорі страхування, або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру й розміру заподіяної шкоди;

15.1.5. Наявність обставин, які є виключеннями із страхових випадків і обмеженнями страхування, передбаченими розділом 5 Правил страхування та (або) Договором страхування;

15.1.6. Невиконання або неналежне виконання Страхувальником своїх обов'язків, передбачених Договором страхування;

15.1.7. Невиконання Страхувальником протягом погодженого зі Страховиком строку письмових рекомендацій Страховика щодо усунення обставин, що підвищують ступінь ризику, про необхідність усунення яких Страховик сповіщав Страхувальника, якщо невиконання рекомендацій призвело до настання страхового випадку або збільшення розміру збитків;

15.1.8. Дії Страхувальника, направлені на отримання вигоди від страхування;

15.1.9. Інші випадки, передбачені чинним законом.

15.2. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником Страховика про зміну ступеня страхового ризику звільняє Страховика від обов'язку здійснити страхову виплату за страховими подіями, що сталися в період з дати зміни (включно) до дати фактичного отримання Страховиком зазначеного письмового повідомлення (включно).

15.3. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхової виплати, якщо це не суперечить закону.

15.4. Відмову Страховика у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено у судовому порядку згідно з розділом 17 Правил страхування.

16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

16.1.1. Закінчення строку дії Договору страхування;

16.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

16.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений на письмову вимогу Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

16.1.4. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;

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

16.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

16.1.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

16.2. Договір страхування конкретної Застрахованої особи припиняє свою дію, якщо виплати за одним або декількома страховими випадками становили 100 % страхової суми, що припадає на Застраховану особу, та зберігає свою силу до кінця зазначеного в ньому строку для інших Застрахованих осіб, якщо умовами Договору страхування не передбачене інше.

16.3. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення Договору страхування, якщо інше не передбачене Договором страхування.

16.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю.

16.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним

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

16.6. У разі дострокового припинення дії Договору страхування повернення страхового платежу не може бути здійснено в іншій формі, ніж та, в якій був сплачений платіж.

16.7. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування здійснюється після врегулювання всіх заявлених Страхувальником збитків, а саме після:

16.7.1. Здійснення страхових виплат; або

16.7.2. Прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову здійснення страхових виплат.

16.8. Сторони можуть бути звільнені від відповідальності за часткове або повне невиконання зобов'язань за умовами Договору страхування, якщо таке невиконання зобов'язань стало наслідком дії обставин непереборної сили.

16.9. Під непереборною силою розуміються зовнішні та надзвичайні події, що описуються сукупністю таких умов:

16.9.1. Зазначені події сталися після набрання чинності Договором страхування;

16.9.2. Ці події не визначені в Правилах страхування та (або) Договорі страхування як виключення із страхових випадків та обмеження страхування;

16.9.3. Ці події виникли незалежно від волі Сторін Договору страхування, і при цьому їхньому настанню і подальшій дії Сторони Договору страхування не могли протистояти за допомогою всіх розумних зусиль і засобів, що могли бути застосовані до конкретних проявів непереборної сили;

16.9.4. Часткове або повне невиконання будь-якою зі Сторін Договору страхування зобов'язань за умовами Договору страхування є прямим наслідком дії обставин непереборної сили.

16.10. При настанні дії обставин непереборної сили строк виконання зобов'язань Сторін за умовами Договору страхування збільшується відповідно до строку, протягом якого будуть діяти обставини непереборної сили. Якщо цей період буде тривати понад строк, визначений Договором страхування, то будь-яка зі Сторін буде вправі відмовитися від подальшого виконання зобов'язань за умовами Договору страхування. При цьому жодна зі Сторін не буде мати права на відшкодування можливих збитків.

16.11. Сторона Договору страхування, для якої стало неможливим виконання зобов'язань за умовами Договору страхування внаслідок дії обставин непереборної сили, повинна найбільш швидким з можливих способів сповістити іншу Сторону Договору страхування про ситуацію, що склалася, а також протягом строку, визначеного умовами Договору страхування, надіслати поштою зареєстроване підтвердження дії цих обставин, видане Торгово-промисловою палатою України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

16.12.Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення про настання дії обставин непереборної сили не дає надалі права Стороні Договору страхування, на яку подіяли ці обставини, посилаючись на них як на підставу для звільнення від відповідальності за невиконання зобов'язань за умовами Договору страхування.

17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

17.2.У разі недосягнення згоди шляхом переговорів спори вирішуються згідно з чинним законодавством України.

17.3.Якщо інше не передбачене Договором страхування, при виникненні розбіжностей між Страхувальником і Страховиком щодо факту, обставин та причин настання страхового випадку і розміру зазначеної шкоди внаслідок настання страхового випадку, Сторони Договору страхування можуть домовитися про те, що розмір шкоди буде визначений на підставі акта (висновку) експертизи, проведеної експертом, який має право на проведення відповідного дослідження. Експертиза може проводитися за ініціативою будь-якої зі Сторін. Сторона, за ініціативи якої проводиться експертиза, оплачує витрати на її проведення, якщо інше не передбачено Договором страхування.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

18.1.Конкретні умови страхування можуть встановлюватися Договором страхування за згодою Сторін і не повинні суперечити Правилам страхування та чинному законодавству України.

18.2.Права та обов'язки Страховика та (або) Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені в Правилах страхування, але які не передбачені Законом України «Про страхування», з метою їх правозастосування, повинні бути передбачені Договором страхування, якщо вони не суперечать закону.

18.3.Правилами страхування регламентовані основні умови страхування.

18.4.За згодою Сторін до умов Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що відповідають положенням Правил страхування та не суперечать чинному законодавству України.

Додаток 1
до Правил добровільного страхування
медичних витрат (нова редакція)
№ 210 від 15.08.2019 р.

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ
ЗІ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

1. Базові річні страхові тарифи, зазначені у таблиці 1, розраховані виходячи з обраних при укладенні Договору страхування Опцій (видів медико-санітарної та іншої допомоги, медичних та додаткових послуг).

Таблиця 1

Назва Опції	Базові страхові тарифи, %
Стационарне лікування	0,125
Амбулаторне лікування	0,140
Невідкладна допомога	0,083
Стоматологічна допомога	0,045
Невідкладна допомога при ускладненнях вагітності	0,012
Медичне транспортування	0,033
Репатріація останків Застрахованої особи	0,017
Позапланове повернення через розлад здоров'я	0,020
Повернення додому неповнолітніх дітей, які подорожують разом з Застрахованою особою	0,018
Відвідування членом сім'ї (близьким родичем)	0,015
Телефонні переговори	0,010
Інші види допомоги (послуг)	0,050

2. Ставка страхового тарифу за Договором страхування визначається з урахуванням нижчезазначених коригуючих коефіцієнтів, що застосовуються до базового річного страхового тарифу:

2.1. Коригуючий коефіцієнт, що враховує вік Застрахованої особи, наведений у таблиці 2.

Таблиця 2

Вік Застрахованої особи	Коригуючий коефіцієнт
до 1 року	2,0 – 1,5
від 1 до 3 років	1,5 – 1,2
від 4 до 17 років	1,0 – 1,1
від 18 до 60 років	0,9 – 1,1
від 61 до 65 років	1,2 – 1,5
старше 65 років	1,5 – 5,0

2.2. Корируючий коефіцієнт, що враховує кількість Застрахованих осіб, наведений у таблиці 3.

Таблиця 3

Кількість Застрахованих осіб	Корируючий коефіцієнт
До 10 осіб	0,90 – 1,00
11-50	0,80 – 0,90
51-100	0,60 – 0,80
101-200	0,50 – 0,60
201-500	0,45 – 0,50
501 та більше	0,40 – 0,45

2.3. Корируючий коефіцієнт, що враховує строк дії Договору страхування (коефіцієнт короткостроковості), наведений у таблиці 4 цього додатку.

Таблиця 4

Строк дії Договору страхування	Коефіцієнт короткостроковості
до 7 днів	0,03 – 0,05
до 10 днів	0,04 – 0,07
до 15 днів	0,06 – 0,09
до 21 дня	0,08 – 0,15
до 1 місяця	0,12 – 0,25
до 2 місяців	0,15 – 0,30
до 3 місяців	0,21 – 0,40
до 4 місяців	0,31 – 0,50
до 5 місяців	0,41 – 0,60
до 6 місяців	0,51 – 0,70
до 7 місяців	0,55 – 0,75
до 8 місяців	0,60 – 0,80
до 9 місяців	0,65 – 0,85
до 10 місяців	0,70 – 0,90
до 11 місяців	0,75 – 0,95
до 12 місяців	0,80 – 1,00

2.4. Корируючі коефіцієнти, що враховують обставини, які впливають на ступінь ризику, наведені в таблиці 5 цього додатку.

Таблиця 5

Обставини, що впливають на ступінь ризику	Корируючий коефіцієнт
Мета здійснення поїздки (подорожі) Застрахованих осіб	0,1 – 3,0
Стан здоров'я та спосіб життя Застрахованої особи	0,1 – 5,0
Заняття Застрахованою особою спортом	1,0 – 8,0

Обставини, що впливають на ступінь ризику	Коригуючий коефіцієнт
Вид професійної діяльності Застрахованої особи	1,0 – 6,0
Розширення/скорочення переліку опцій зі страхування медичних витрат	0,1 – 3,0
Інші чинники, що впливають на ступінь страхового ризику	0,1 – 6,0
Місце дії Договору страхування	0,4 – 3,0
Розширення/скорочення переліку виключень та обмежень страхування	0,1 – 6,0

2.5. Інші коригуючі коефіцієнти до базових річних страхових тарифів, які враховують фактори, що впливають на значення страхового тарифу, наведені в таблиці 6 цього додатку.

Таблиця 6

Фактори, що впливають на значення страхового тарифу	Коригуючий коефіцієнт
Розмір страхових сум, лімітів зобов'язань Страховика щодо здійснення страхової виплати	0,2 – 7,0
Порядок сплати страхового платежу	1,0 – 2,0
Розмір франшиз	0,3 – 3,0
Збитковість Страхувальника (Застрахованої особи) за останні 3 роки	0,3 – 7,0
Інші фактори, що впливають на значення страхового тарифу	0,1 – 6,0

3. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою Сторін Договору страхування.

4. Норматив витрат на ведення справи становить до 65 відсотків величини страхового тарифу.