



**ЗАТВЕРДЖУЮ:**

Ботова Гравління  
ПРАГ "СК "Євроінс Україна  
Ніколов Янко Георгієв  
«03» серпня 2021 р.

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

Київ – 2021

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1. Правила добровільного страхування медичних витрат (нова редакція) (надалі – Правила або Правила страхування) розроблені відповідно до Закону України «Про страхування», інших законодавчих та нормативних актів, які регулюють відносини між Страховиком та Страхувальником (далі по тексту – Сторони), і визначають умови та порядок укладання договорів страхування.
- 1.2. На підставі цих Правил ПрАТ “СК “Євроінс Україна” (надалі – «Страховик») укладає Договори добровільного страхування медичних витрат (надалі – «Договори страхування»).
- 1.3. Даний вид страхування 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 та/або Застрахованою особою подорожі (поїздки).
- 1.4. Умови, що містяться в даних Правилах страхування, можуть бути змінені (виключені або доповнені) за письмовою згодою Сторін при укладанні Договору страхування або до настання страхового випадку, за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.
- 1.5. Згідно міжнародних систем страхування, які вимагають застосування уніфікованих умов страхування, Договори страхування можуть укладатися відповідно до таких умов страхування, з урахуванням вимог, передбачених чинним законодавством України, та які не суперечать цим Правилам.

## 2. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

- 2.1. АСИСТАНС - спеціалізована служба, яка, діючи від імені та за дорученням Страховика, координує взаємодію Застрахованої особи з особами, які надають їй послуги при настанні нещасного випадку, раптового (гострого) захворювання або інших подій, передбачених цими Правилами та Договором страхування. Назва Асистансу, адреси та телефони представництв Асистансу зазначаються в Договорі.
- 2.2. БЛИЗЬКІ РОДИЧІ - дружина/чоловік, опікун, діти (у т.ч. усиновлені), мати/мачуха, батько/вітчим, рідні сестри/брати Застрахованої особи.
- 2.3. ВИГОДОНАБУВАЧ - Застрахована особа або її спадкоємці за законом.
- 2.4. ГОСТРИЙ БІЛЬ - реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може привести до розвитку бальового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.
- 2.5. ЗАХВОРЮВАННЯ (ХВОРОБА) – діагностоване лікарем порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами.
- 2.5.1. Гостре захворювання (гостра хвороба) – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що привело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може привести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.
- 2.5.2. Хронічне захворювання (хронічна хвороба) – захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.
- 2.5.3. Загострення хронічного захворювання (хронічної хвороби) – період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання

медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати життю та вимагає негайної медичної допомоги.

**ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА /ТРЕТЬЯ ОСОБА** (надалі - Застрахована особа) – фізична особа про страхування життя та/або здоров'я якої Страхувальником укладений із Страховиком Договір страхування, і яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно Договором страхування.

Якщо Страхувальник – фізична особа уклав Договір страхування відносно себе одночасно є і Застрахованою особою.

**2.6. ІНША ТРЕТЬЯ ОСОБА** – будь-яка особа, крім Страховика, Страхувальника Застрахованих осіб.

**2.7. КРАЇНА ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ** - країна, в якій Застрахована особа проживає загалом не менше 183 (ста вісімдесяти трьох) днів у календарному році. Дане поняття не розповсюджується на випадки, якщо Застрахована особа перебувала в країні більше 183 днів у календарному році у зв'язку із навчанням або офіційним працевлаштуванням. В такому випадку країною постійного проживання буде країна, визначена в документі, що посвідчує особу.

**2.8. ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ** - грошова сума, зазначена в Договорі на умові обраної Програми страхування, у межах якої Страховик несе відповідальність перед Застрахованою особою за одним або декількома страховими випадками протягом строку Договору.

**2.9. МЕДИЧНА ЕВАКУАЦІЯ** - транспортування Застрахованої особи, якщо необхідно за медичними висновками, до найближчого медичного закладу, який має належні можливості для її лікування.

**2.10. МЕДИЧНА РЕПАТРІАЦІЯ** – транспортування/перевезення тіла Застрахованої особи у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового (гострого) захворювання до України, або до місця постійного проживання на території України, або до медичного закладу найближчого до аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання, у випадку якщо місце постійного проживання Застрахованої особи розташовано на території будь-якої держави крім України, чи до іншого місця, зазначеного в Договорі страхування, якщо це необхідно за медичними висновками.

**2.11. МІСЦЕ ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ** Застрахованої особи – це адреса житлового будинку, квартири, іншого приміщення, придатного для проживання в ньому (гуртожиття, готель тощо), в населеному пункті, де Застрахована особа проживає постійно або переважно.

**2.12. НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК** – будь-яка раптова, несподівана, випадкова, короткочасна непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що відбулась внаслідок впливу зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо) протягом строку Договору страхування, та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я та до смерті Застрахованої особи.

До зовнішніх факторів можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, блискавки, дія електричного струму, дорожньо-транспортна пригода, аварія, протиправні дії інших третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, використання Застрахованою особою або іншими третьими особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.

**2.13. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ** – конкретно визначений набір умов страхування, вимоги до укладання Договорів страхування, затверджені внутрішніми положеннями та нормативними документами Страховика в межах цих Правил добровільного страхування медичних витрат, орієнтовані на потреби певної групи Страхувальників.

**2.13.1. Опція програми страхування** – визначені умови страхування, а саме лікувальні, діагностичні, профілактичні, медико-транспортні та інші медичні послуги медичної допомоги, визначеного обсягу та якості, що надаються Застрахованій згідно Програми страхування.

- 2.14.** РОБОТА, умовне позначення «W», – виконання оплачуваної фізичної роботи характерної для робітничих професій, задіяних у сфері послуг та виробництва. Здійснення професійної діяльності за кордоном впливає на визначення Страховиком ступеня ризику та величини націнки до базового страхового тарифу.
- 2.15.** РОЗЛАД ЗДОРОВ'Я – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.
- 2.16.** СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ (ВИПЛАТА) – грошова сума, яка виплачується Страховиком в межах страхової суми, згідно з умовами Договору, при настанні страхового випадку. Страхова виплата не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнав Страхувальник та/або Застрахована особа, а також сум і лімітів, встановлених умовами Договору.
- 2.17.** СТРАХОВА СУМА – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.
- 2.18.** СТРАХОВЕ СВІДОЦТВО (ПОЛІС, СЕРТИФІКАТ) – документ, що є формою Договору страхування та свідчить про укладання Договору страхування.
- 2.19.** СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ (страховий внесок, страхова премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.
- 2.20.** СТРАХОВИЙ РИЗИК – це певна подія, на випадок якої проводиться страхування та яка має ознаки імовірності та випадковості настання.
- 2.21.** СТРАХОВИЙ ВИПАДОК – подія, передбачена договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу).
- 2.22.** СТРАХОВИЙ ТАРИФ – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- 2.23.** СТРАХОВИК – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЄВРОІНС УКРАЇНА», скорочена назва: ПрАТ «СК «Євроінс Україна».
- 2.24.** СТРАХУВАЛЬНИК - юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала Договір із Страховиком.

Страхувальник може укласти Договір про власне страхування. В даному випадку він одночасно є і Застрахованою особою.

Страхувальники можуть укладати із Страховиком Договори про страхування Третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

**2.25.** ТЕРОРИЗМ – суспільно небезпечна діяльність, яка полягає у свідомому, цілеспрямованому застосуванні насильства шляхом захоплення заручників, підпалів, убивств, тортур, залякування населення та органів влади або вчинення інших посягань на життя чи здоров'я ні в чому не винних людей або погрози вчинення злочинних дій з метою досягнення злочинних цілей.

**2.26.** ТУРИЗМ – тимчасовий виїзд особи з місця проживання в оздоровчих, пізнавальних, професійно-ділових чи інших цілях без здійснення оплачуваної діяльності в місці, куди особа від'їжджає.

З метою визначення ступеня ризику в залежності від мети поїздки та величини націнки до базового страхового тарифу застосовуються такі категорії туризму:

- 2.26.1. Туризм пасивний (звичайний), умовне позначення «T», – лікувально-оздоровчий, культурно-пізнавальний (експкурсійний), паломницький (релігійний), пляжний та інші подібні види туризму, що орієнтовані на спокійну і не напружену, в сенсі фізичних навантажень, програму туристичної подорожі.
- 2.26.2. Туризм активний (активний відпочинок), умовне позначення «T(active)», – спосіб проведення вільного часу (дозвілля), різновид хобі з використанням активних видів діяльності, що потребують активної фізичної роботи організму, роботи м'язів, всього

тіла, яка може включати непрофесійне заняття видами спорту, що здійснюється епізодично/нерегулярно у формальних чи неформальних організаційних структурах або самостійно, без прагнення до найвищих спортивних здобутків та без грошової винагороди.

До активного туризму відносять Спорт (участь у спортивних тренуваннях та/або змаганнях на аматорському та/або професійному рівнях), умовне позначення «S», та Екстремальні види спорту (відпочинку), умовне позначення «E», які передбачають участь Страхувальника та/або Застрахованої особи у спортивних заходах, що вимагають від учасників спеціальних навиків та підготовки, з високим ступенем ризику для життя та здоров'я Страхувальника та/або Застрахованої особи.

**2.27. ФРАНШИЗА** - частина збитків, що, згідно з Договором, не відшкодовується Страховиком. Програмою страхування та/або Договором страхування може бути передбачена:

- 2.27.1. умовна франшиза - сума збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування, якщо розмір збитків не перевищує цієї суми. Збитки підлягають відшкодуванню у повному обсязі, якщо розмір збитків перевищує розмір умовної франшизи;
- 2.27.2. безумовна франшиза - частина збитків, яка не відшкодовується Страховиком, згідно з Договором страхування;
- 2.27.3. строкова (часова) франшиза – встановлюється в днях як період очікування.

Терміни та визначення, не обумовлені цими Правилами, вживаються у значенні, визначенім відповідно до чинного законодавства України. Якщо значення будь-якого терміну або визначення не обумовлено цими Правилами та не може бути визначено, виходячи із законодавства, такий термін або визначення використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

### **3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

**3.1.** Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю Страхувальника чи Третньої особи (Застрахованої особи), визначені 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).

### **4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ. ФРАНШИЗА.**

**4.1.** На дату укладення Договору страхування відповідальність Страховика по Договору страхування встановлюється у розмірі страхової суми та лімітів страхових сум за Опціями програми страхування, визначеними в Програмі страхування на кожну окрему Застраховану особу.

**4.2.** Розмір та валюта страхової суми зазначається в Договорі страхування.

**4.3.** Договором страхування може встановлюватись ліміт відповідальності – максимальна сума страхового відшкодування у межах страхової суми, що може бути виплачена при настанні страхового випадку. Ліміт відповідальності може встановлюватися по одному страховому випадку, кількості страхових випадків, за окремими страховими послугами/опціями або за іншим критерієм, визначенім Договором страхування.

**4.4.** Страховий тариф встановлюється у відсотках від страхової суми. Страхові тарифи наведені в Додатку 2 до цих Правил. Конкретний розмір страховогого тарифу визначається в Договорі страхування за згодою Сторін з урахуванням оцінки страховогого ризику за Договором страхування та конкретних умов страхування.

**4.5.** Добуток страховогого тарифу та страхової суми складає страховий платіж.

**4.6.** Страховий платіж сплачується Страхувальником в порядку, в розмірі та в терміни визначені Програмою страхування та/або умовами Договору страхування. Страхувальники-резиденти мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальники-нерезиденти - у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством України.

**4.7.** Якщо Страхувальник сплатив страховий платіж не в повному обсязі, Страховик несе відповідальність пропорційно відношенню суми сплаченого страхового платежу до суми повного страхового платежу, визначеного Договором страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

**4.8.** Розмір умової та/або безумової та/або строкової (часової) франшизи зазначається в Договорі страхування та може встановлюватись як в абсолютному значенні, так і у відсотках від страхової суми.

**4.9.** Якщо під час дії Договору страхування виникають обставини, що збільшують страховий ризик, Страховик має право поставити вимогу про зміну умов Договору страхування та/або сплату додаткового страхового платежу. Відмова Страхувальника від зміни умов Договору страхування та/або сплати додаткового страхового платежу є підставою для досрочового припинення дії Договору страхування з моменту зміни страхового ризику.

## **5. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

**5.1.** Страховим ризиком згідно цим Правилам є розлад здоров'я та/або смерть Застрахованої особи, що мають ознаки випадковості та ймовірності настання, що сталися із Застрахованою особою під час дії Договору (із врахуванням тривалості страхового покриття, тобто кількості застрахованих днів) та на території дії Договору, при настанні яких Застрахована особа понесла або може понести витрати у зв'язку з наданням їй невідкладної кваліфікованої медичної та/або іншої необхідної допомоги, медичних послуг у межах та обсязі, передбаченими Договором страхування та пов'язаних із:

- 5.1.1. зверненням Застрахованої до медичного закладу у зв'язку з раптовим гострим захворюванням, травмою, отруєнням, наслідком нещасного випадку;
- 5.1.2. зверненням спадкоємців Застрахованої особи, у разі її смерті внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку у зв'язку з необхідністю покриття витрат, пов'язаних із похованням та/або репатріацією Застрахованої особи.

**5.2.** Страховим випадком є документально підтверджені витрати на оплату вартості наданих Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг, медичних витрат у межах та в обсязі, передбачених Договором, у зв'язку із настанням страхового ризику.

**5.3.** Договір страхування може передбачати:

- 5.3.1. конкретний перелік захворювань Застрахованої особи, на які розповсюджується його дія;
- 5.3.2. перелік Закладів охорони здоров'я та Фармацевтичних установ, із якими Страховик уклав договори про співпрацю для забезпечення Застрахованих осіб медичною допомогою та/або медичними послугами;
- 5.3.3. Асистуючу компанію, яка, за дорученням Страховика, приймає на себе обов'язки щодо організації надання та фінансування медичної допомоги/послуг в обсягах, передбачених Договором страхування;

## **6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

**6.1.** За цими Правилами не можуть бути застрахованими особи, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування:

- 6.1.1. недієздатні фізичні особи за станом здоров'я;
- 6.1.2. інваліди I, II груп, дитина-інвалід, інвалід з дитинства;

- 6.1.3. особи, які знаходяться на обліку у наркологічному та психоневрологічному спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом, хворі на СНІД.
- 6.1.4. Термін «Синдром Набутого Імунодефіциту» вживається в значенні особливо небезпечної інфекційної хвороби, що викликається вірусом імунодефіциту людини, СНІД - кінцева стадія ВІЛ-інфекції. «Синдром Набутого Імунодефіциту» включає ВІЛ-асоційовану енцефалопатію/ слабоумство/ та ВІЛ-асоційоване виснаження.;
- 6.1.5. особи, які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи відповідно до класифікації МКХ (доброкісні та злокісні пухлини головного та спинного мозку, пухлини хребетного стовпа, поразка нервової системи при злокісних новоутвореннях, смерть мозку, тяжкі травми органів центральної нервової системи (забій мозку, крововилив в мозок, відкрита черепно-мозкова травма, розрив спинного мозку тощо), гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), деміелінізуючі захворювання нервової системи; вірусні інфекції центральної нервової системи(крім комариного та кліщового енцефалітів, гострого поліомієліту, сказу тощо));
- 6.1.6. особи, які мають будь-які психічні розлади в т.ч. з приводу епілепсії, шизофренії, аутизму тощо;
- 6.1.7. особи, які на дату укладання Договору проходять лікування з приводу злокісного новоутворення;
- 6.1.8. хворі на спадкові захворювання, вроджені грубі вади розвитку органів і систем;
- 6.1.9. хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію, цироз печінки, вірусні гепатити, окрім гепатиту А;
- 6.1.10. хворі на системну склеродермію, системний червоний вовчак;
- 6.1.11. хворі на розсіяний склероз, деміелінізуючі захворювання;
- 6.1.12. хворі на цукровий діабет (тяжкі форми з ускладненнями);
- 6.1.13. хворі на хронічну ниркову недостатність (з потребою в гемодіалізі);
- 6.1.14. хворі на туберкульоз (активна форма);
- 6.2.** Не визнаються страховими випадками події, які:
- 6.2.1. не обумовлені, як страховий випадок за цими Правилами страхування та Договором страхування;
- 6.2.2. відбулися із Застрахованою особою поза межами Території дії Договору;
- 6.2.3. відбулися із Застрахованою особою поза Строком дії Договору, якщо інше передбачено умовами Договору страхування;
- 6.2.4. обумовлені дією причин та обставин, що винikли до початку дії Договору.
- 6.3.** Не визнаються страховими випадками події, зазначені у п. 5.1. цих Правил, якщо вони спричинені або сталися внаслідок та/або під час та, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування:
- 6.3.1. дій або бездіяльності Застрахованої особи/Страхувальника/Вигодонабувача, яка знаходилась в стані алкогольного, наркотичного, токсичного або іншого сп'яніння;
- 6.3.2. свідомого знаходження в місцях, заздалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя (місця проведення вибухових робіт, військові полігони, стрільбища тощо), якщо це не пов'язане з виробничою необхідністю (що зазначається в Договорі страхування) або спробою врятування людського життя;
- 6.3.3. самогубства або замаху на самогубство за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями Страхувальника/Вигодонабувача/Інших третіх осіб (за умови підтвердження цього факту результатами дослідження компетентних органів);
- 6.3.4. керування Застрахованою особою/Страхувальником/Вигодонабувачем будь-якими транспортними засобами, в якому знаходилась Застрахована особа, без законних на те підстав, або в стані алкогольного, наркотичного та/або токсичного сп'яніння, або

- під впливом медичних препаратів, застосування яких протипоказане (заборонено) при керуванні транспортним засобом;
- 6.3.5. порушення Застрахованою особою/ Страхувальником/Вигодонабувачем правил техніки безпеки, правил протипожежної безпеки, правил дорожнього руху, які сприяли настанню страхового випадку із Застрахованою особою;
- 6.3.6. виконання Застрахованою особою робіт в небезпечних умовах праці, в тому числі за договором найму;
- 6.3.7. заняття спортом на професійному рівні (включаючи змагання та тренування);
- 6.3.8. проходження будь-яких експериментальних, дослідних та/або діагностичних процедур;
- 6.3.9. виконання донорських функцій;
- 6.3.10. самолікування;
- 6.3.11. наданням послуг медичними закладами, що не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на здійснення медичної діяльності;
- 6.3.12. дій або бездіяльності Застрахованої особи під впливом медичних препаратів або після медичних втручань, які не призначені лікарем;
- 6.3.13. участі Застрахованої особи/Страхувальника/Вигодонабувача в будь-яких діях під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні або на території дії Договору;
- 6.3.14. участі Застрахованої особи/Страхувальника/Вигодонабувача в будь-яких військових дій (в тому числі застосування вибухових пристрій чи вогнепальної зброї), змін воєнно-політичної обстановки, загрози застосування воєнної сили, воєнних конфліктів, збройних конфліктів, локальних війн, регіональних війн, вторгнення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, заколоту, локаутів, бунту, путчу, повстання, революції, тероризму або будь-яких інших дій за політичними мотивами, конфіскації, примусового вилучення, реквізиції чи пошкодження за розпорядженням існуючого уряду чи будь-якого органу влади, а також арешту, чи іншого вилучення, здійснених правоохоронними чи іншими, уповноваженими на це органами (митними, прикордонними або іншими);
- 6.3.15. участі Застрахованої особи/Страхувальника/Вигодонабувача в будь-якого роду дії або діяльності, що визначені як терористичний акт правозастосовуючим органом країни чи території, на якій мало місце такого роду дія/діяльність;
- 6.3.16. впливу ядерної енергії, іонізуючого випромінювання хімічного і бактеріологічного зараження місцевості При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтвердженні;
- 6.3.17. використання Застрахованою особою/Страхувальником/Вигодонабувачем будь-якої біологічної, хімічної зброї, ядерної зброї або інших ядерних пристрій, засобів ураження живої сили та/або майна, що випускається з артилерійської або іншої бойової зброї або яке скидається з борту повітряного/водного судна.
- 6.4. Страховик не організовує, не оплачує та не відшкодовує витрати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування наступних захворювань та станів, які етіологічно з ними пов'язані, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування:
- 6.4.1. будь-які послуги, попередньо не узгоджені зі Страховиком;
- 6.4.2. операції за власним бажанням Застрахованої особи (не за медичними показниками);
- 6.4.3. захворювання, курс лікування яких був розпочатий до набуття чинності Договору страхування, що не вилікувані на день початку подорожі та які з медичної точки зору є протипоказаннями для здійснення подорожі;
- 6.4.4. медичні послуги, лікування Застрахованої особи, що не є невідкладним і не призначено в результаті раптової гострої хвороби або нещасного випадку;
- 6.4.5. захворювання, пов'язані з особливо небезпечними інфекціями (за виключенням ГРВІ та грипу) незалежно від проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами, а також швидкі тести на вірусні інфекції (в т.ч. на Грип);

- Захворювання, внаслідок яких оголошено епідемією/ пандемією чи отримано рекомендації МОЗ та/або ВОЗ про проведення комплексу карантинних заходів;
- 6.4.6. захворювання, які виникли через забруднення навколошнього середовища або через стихійні лиха;
- 6.4.7. вибіркове або планове медичне обстеження, а також будь-яке лікування, що могло бути відстроченим до повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання;лікуванням будь-яких вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень, хронічних захворювань, або захворювань які виникли у Застрахованої особи до моменту укладання Договору,крім випадків загострення або ускладнення цих захворювань, що становили безпосередню загрозу життю Застрахованої особи, тобто могли призвести до смерті Застрахованої особи;
- 6.4.8. діагностика та лікування захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, відповідно до класифікації ВООЗ (гарденельоз, генітальний герпес, кандидоз, мікоплазмоз, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз та інші), TORCH-інфекцій (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловірусна інфекція, герпес та інші), ВІЛ-інфекції та СНІДу;
- 6.4.9. захворювання на наркоманію та алкоголізм;
- 6.4.10. вагітність, а саме: діагностика, лабораторні дослідження, пологи, штучне переривання вагітності (за власним бажанням без медичних показань). Але за винятком станів, що загрожують життю Застрахованої особи та у випадку вимушеного припинення вагітності, що сталося внаслідок нещасного випадку або у зв'язку з раптовим (гострим) захворюванням.
- 6.4.11. нещасний випадок, що стався в результаті глибоководного занурення на глибину більше 30 метрів;
- 6.4.12. витрати на профілактичне, підтримуюче або санаторно-курортне лікування.
- 6.4.13. витрати на відновлювальну терапію та фізіотерапію, водолікування, косметичне лікування, SPA-процедури;
- 6.4.14. лікування хвороб шкіри та підшкірної клітковини, сонячних опіків, фурункульозу, дерматитів, лікуванням алергічних реакцій та захворювань (реакцій на сонячне випромінювання – фотоалергії, реакція на укус комах чи тварин, реакція на їжу та реакції на інші зовнішні чинники), крім випадків, коли вони становлять загрозу життю Застрахованої особи, а саме станів, що супроводжуються інтоксикацією або набряком дихальних шляхів (стани, що потребують проведення інтенсивної терапії або здійснення реанімаційних заходів), але до моменту усунення такої загрози;
- 6.4.15. придбання протезів та ортопедичних виробів (оптичних коректорів зору, окулярів, оправ до них, контактних лінз, слухових апаратів, вимірювальних пристрій тощо), придбанням загальноукріплюючих препаратів, дитячого харчування, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами.
- 6.4.16. операції, пов'язані з трансплантацією органів та тканин (окрім аутотрансплантації), протезування, ендопротезування, а також придбання органів, які трансплантується, їх пошук і доставка, оплата донорів;
- 6.4.17. протезування та стоматологічне лікування зубів, крім випадків, пов'язаних з усуненням гострого зубного болю в рамках лімітів витрат, визначених Договором страхування;
- 6.4.18. щеплення, ін'єкції ліками, якщо вони не були пов'язані з лікуванням, що здійснювалося з приводу настання нещасного випадку;
- 6.4.19. витрати на лікування способами офіційно не визнаними науковою та медициною, методами альтернативної медицини (народної та нетрадиційної медицини) в т.ч. гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, склеродіагностика та склеротерапія, гірудотерапія, рефлексотерапія, біоенергетика, краніосакральна терапія, діагностика за методом Фолля та інші нетрадиційні методи діагностики та

- лікування, за винятком: голкорефлекотерапії, мануальної терапії, лікування гомеопатичними та антигомотоксичними препаратами;
- 6.4.20. перебування в санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку та інших закладах подібного типу.
- 6.4.21. догляд за Застрахованою особою родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи є вони професійними медичними працівниками, чи ні;
- 6.4.22. витрати, понесені Застрахованою особою у зв'язку з професійною помилкою лікаря, моральними збитками та іншими непрямими збитками, упущеного вигодою тощо;
- 6.4.23. витрати на заміну документів, якщо така заміна викликана пошкодженням, утратою ними вигляду придатного до використання;
- 6.4.24. витрати на медичні довідки компетентних органів, носіння зброї, відвідування басейну, на вступ до учебних/дитячих закладів, посвідчення водіїв, тести на про придатність, діагностика та лікування, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності, а також лікування захворювань за якими встановлена будь-яка група інвалідності;
- 6.4.25. витрати на благодійні внески;
- 6.4.26. операції, які потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантується, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовчі операції;
- 6.4.27. косметичні, пластичні та реконструктивні операції та процедури (окрім випадків, пов'язаних з травмуванням), в т.ч. риносептопластика, корекція ваги, інші маніпуляції, пов'язаними з усуненням косметичних дефектів;
- 6.4.28. планові операції із використанням апарату штучного кровообігу та кардіохірургічні операції, операції на коронарних судинах (стентування, шунтування тощо);
- 6.4.29. операції по зміні статі, штучне запліднення, штучне переривання вагітності (не за медичними показами), контрацепція, стерилізація, визначення гормонального стану, стерилізація;
- 6.4.30. ліпідограма, окрім гострого інфаркту міокарду;
- 6.4.31. лікування неспецифічного виразкового коліту та хвороби крони;
- 6.4.32. послуги косметолога, перукаря, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика, психолога, психотерапевта та психоаналітика;
- 6.4.33. гідроколонотерапія, лазеротерапія, гіпербарична та нормобарична оксигенация, гіпокситерапія, перебування в барокамері;
- 6.4.34. екстракорпоральні методи лікування окрім реанімаційних заходів: плазмофорез, плазмосорбція, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитофорез та ін;
- 6.4.35. захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ);
- 6.4.36. захворювання на Синдром набутого імунодефіциту людини (СНІД);
- 6.4.37. розлади слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води);
- 6.4.38. хвороби шкіри та підшкірної клітковини, сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання (у т.ч. фотоалергії), дерматитів, лікування алергічних реакцій та захворювань, крім випадків, коли вони становлять загрозу життю Застрахованої особи (станів, що супроводжуються інтоксикацією або набряком дихальних шляхів), але до моменту усунення такої загрози;
- 6.4.39. новоутворення, хвороби ендокринної системи, цукровий діабет;
- 6.4.40. хвороби крові та кровотворних органів;
- 6.4.41. епідемічні та пандемічні хвороби.
- 6.5. Договором страхування, з урахуванням конкретних умов страхування, можуть передбачатися також й інші виключення із страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству України та цим Правилам страхування.
- 6.6. Конкретний перелік виключень зі страхових випадків та обмеження страхування

визначається Договором страхування.

6.7. Згідно цих Правил розширення страхового покриття щодо випадків, які є виключеннями та щодо яких встановлено обмеження цим Розділом, можливе за умови включення додаткових/особливих умов до Договору страхування та збільшення розміру страхового тарифу.

## 7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

7.1. Строк дії Договору страхування визначається за згодою Сторін. Договір страхування вважається короткострочковим, якщо він укладений на строк менше 1 (одного) року.

7.2. Строк дії Договору страхування визначається в межах кількості застрахованих днів у визначений в Договорі період страхування.

7.3. Договір страхування набуває чинності з моменту внесення первого страхового платежу, діє протягом визначеного Договором страхування строку та втрачає чинність о 24 годині останнього дня дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

7.4. Місце дії Договору страхування (Територія дії Договору страхування) визначається при укладанні Договору страхування як окрема країна або географічна зона. Страховиком можуть бути встановлені й інші обмеження щодо території дії Договору.

7.5. Страхування медичних витрат під час подорожі за кордоном України не поширюється на територію України, та країну постійного або переважного проживання Застрахованої особи.

7.6. Дія Договору страхування не поширюється на тимчасово окуповані території, території бойових дій та громадських заворушень, а також інші території, перебування на яких становить загрозу для життя і здоров'я людей, які визнані такими в установленому міжнародним законодавством порядку чи за оголошенням державних чи міжнародних організацій, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

## 8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

8.1. Договір страхування укладається в письмовій або електронній формі, на підставі усної або письмової заяви Страхувальника. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись Полісом (Сертифікатом), що є формою Договору страхування.

8.2. Подання заяви не зобов'язує жодну із Сторін укладати Договір страхування. На підставі даних, отриманих від Страхувальника, Страховик приймає рішення про можливість укладання Договору страхування.

8.3. У випадку втрати страхового свідоцтва (поліса, сертифіката) в період його дії Страховик видає Страхувальнику дублікат. Після видачі дублікату втрачене страхове свідоцтво (поліс, сертифікат) вважається недійсним та ніякі виплати по ньому не здійснюються.

8.4. При укладанні Договору страхування на вимогу Страховика, Страхувальник зобов'язаний надати Страховику інформацію та/або документи, які є підставою для визначення страхового ризику, а саме:

- 8.4.1. заповнену заяву (на запит Страховика);
- 8.4.2. документи, що встановлюють особу Страхувальника;
- 8.4.3. всю інформацію про укладені Договори страхування стосовно страхування медичних витрат Застрахованої особи з іншими страховиками;
- 8.4.4. інші документи, інформацію на запит Страховика.

8.5. При укладанні Договору страхування групи осіб Страхувальником надається список осіб, які мають бути застрахованими. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування.

8.6. Страхувальник несе відповідальність за повноту, достовірність та своєчасність наданих даних при укладанні Договору страхування.

- 8.7. Зміни або доповнення умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї зі сторін Договору.
- 8.8. У разі укладення Договору страхування в електронній формі, Сторони дотримуються положень Цивільного кодексу України, Закону України «Про страхування», а також застосовних нормативно-правових актів, що регулюють правові відносини у сфері електронної комерції під час вчинення електронних правочинів.
- 8.9. При укладенні Договору страхування в електронній формі сторони, якщо не домовляться про інше чи якщо інший порядок не буде встановлено законодавством, керуються такими умовами:
- 8.9.1. Договір страхування складається з пропозиції Страховика укласти Договір страхування (Офери) та прийняття цієї пропозиції Страхувальником (Заявлення/приєдання та/або Акцепту).
- 8.9.2. Умови Офери підписуються Страховиком в одному чи декількох примірниках. У разі підписання лише одного примірника його оригінал зберігається у Страховика. Офера також розміщується Страховиком в мережі «Internet» та є у вільному доступі для ознайомлення з її змістом. Офера може включати умови, що містяться в іншому електронному документі, шляхом скерування (посилання) на нього.
- 8.9.3. Офера може бути зроблена шляхом надсилання комерційного електронного повідомлення Страхувальнику, її розміщення в мережі «Internet» або інших інформаційно-телекомунікаційних системах.
- 8.9.4. Страхувальник може прийняти Оферту шляхом вчинення електронного правочину - акцептування (прийняття) умов Офери в електронній формі одним із вказаних нижче в цьому пункті способів, який визначається Офertoю Страховика:
- 8.9.4.1. шляхом надсилання електронного повідомлення Страховику, підписаного в порядку, передбаченому п. 8.9.66 цих Правил;
- 8.9.4.2. шляхом заповнення формуляра заяви (форми) про прийняття Офери в електронній формі, що підписується в порядку, передбаченому п. 8.9.66 Правил;
- 8.9.4.3. шляхом вчинення дій, що вважаються прийняттям Офери укласти Договір страхування в електронній формі, якщо зміст таких дій чітко роз'яснено в інформаційній системі Страховика, в якій розміщено таку Оферту, і ці роз'яснення логічно пов'язані з нею.
- 8.9.5. Після підписання Акцепту Договір страхування вважається таким, що укладений.
- 8.9.6. Моментом підписання Офери є використання:
- 8.9.6.1. електронного підпису або електронного цифрового підпису відповідно до Закону України «Про електронний цифровий підпис», за умови використання засобу електронного цифрового підпису усіма сторонами електронного правочину;
- 8.9.6.2. електронного підпису одноразовим ідентифікатором, визначенним Законом України «Про електронну комерцію»;
- 8.9.6.3. аналога власноручного підпису (факсимільного відтворення підпису за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, іншого аналога власноручного підпису) за письмовою згодою сторін, у якій мають міститися зразки відповідних аналогів власноручних підписів.
- 8.10. Для укладення Договору страхування Страхувальник заходить на відповідну WEB сторінку в мережі «Internet» чи іншу інформаційно-комунікаційну систему, як вказано Страховиком, знайомиться з пропозицією (Офertoю), обирає бажані умови страхування, вказує інформацію про себе, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, а також іншу інформацію, необхідну для укладення Договору страхування. Перед укладенням Договору страхування Страхувальник повинен обов'язково ознайомитись з умовами Офери, Правилами, інформацією про фінансову послугу, які розміщені на WEB сторінці Страховика в мережі «Internet», та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір страхування.

8.11. Відповідно до обраних Страхувальником умов страхування та зазначених ним даних складається Акцепт. Акцепт складається в електронній формі за зразком, встановленим Страховиком.

8.12. У разі підписання Акцепту одноразовим ідентифікатором Страхувальнику надсилається такий одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону чи електронну адресу. Перед підписанням Акцепту Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність. Для підписання Акцепту електронним підписом одноразовим ідентифікатором Страхувальник вводить отриманий одноразовий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці на WEB сторінці в мережі «Internet» та підтверджує його введення; в результаті цього електронний підпис Страхувальника додається до Акцепту.

8.13. Після підписання Акцепту Страхувальник зобов'язаний оплатити страховий платіж одним із запропонованих Страховиком способів.

8.14. Після оплати страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування, на вказану Страхувальником адресу електронної пошти надсилається підписаний Страхувальником Акцепт та копія Оферти в електронній формі, які підтверджують укладання Договору страхування.

8.15. Акцепт містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, електронний підпис Страхувальника, дату укладення, строк дії Договору страхування та інші індивідуальні умови Договору страхування Страхувальника. Акцепт, підписаний Страхувальником, є невід'ємною частиною Договору страхування.

8.16. Зміна умов та припинення дії Договору страхування, укладеного в електронній формі з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, здійснюється відповідно до умов Розділу 15 цих Правил.

8.17. Перелік Опцій страхування, які можуть містити умови Договору страхування та бути включені до Програм страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, визначено в Додатку 1 до цих Правил.

Страховик має право комбінувати різні Опції в межах Програм страхування. Детальний опис Опцій страхування зазначається у Договорі страхування.

8.18. Договором страхування можуть бути передбачені умови страхування інші, ніж викладені в цих Правилах, з врахуванням інформації наданої Страхувальником, якщо це не суперечить законодавству України.

8.19. Договір страхування може бути укладений на умовах Програм страхування, затверджених Страховиком, що не суперечать цим Правилам та законодавству України

## 9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.

### 9.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

9.1.1. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування;

9.1.2. Укласти зі Страховиком Договір страхування про страхування майнових інтересів, пов'язаних з власним життям, здоров'ям та працездатністю та договори страхування майнових інтересів, пов'язаних з життям, здоров'ям та працездатністю третіх осіб (Застрахованих осіб) за їхньою згодою.

9.1.3. Достроково припинити дію Договору страхування в цілому або лише по відношенню до однієї або декількох Застрахованих осіб, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

9.1.4. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування за згодою Сторін, на умовах та в порядку визначеними цими Правилами та Договором страхування.

9.1.5. Ініціювати внесення змін в Договір страхування в передбаченому ним порядку;

9.1.6. Отримати дублікат Договору страхування (Полісу, Сертифікату) в разі втрати оригіналу. При цьому оригінал втрачає силу з моменту отримання дубліката;

- 9.1.7. При настанні страхового випадку вимагати від Страховика оплати наданих Застрахованій особі медичних та інших витрат в обсязі, передбаченому умовами Договору страхування;
- 9.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:**
- 9.2.1. Своєчасно та у повному обсязі сплачувати страховий(i) платіж(-ежі) (його частини), згідно умов Договору страхування.
- 9.2.2. Виконувати умови Договору страхування.
- 9.2.3. При укладанні Договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі протягом 3-х робочих днів інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику з дня настання відповідної обставини.
- 9.2.4. При укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні Договори страхування щодо цього предмета Договору страхування та в подальшому письмово повідомляти про укладання таких Договорів страхування з дати їх укладання.
- 9.2.5. Ознайомити Застрахованих осіб із умовами Договору страхування, обов'язками Застрахованих осіб згідно з Договором страхування, а також про їхні дії при настанні розладу здоров'я внаслідок настання страхового випадку.
- 9.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку (випадку, що має ознаки страхового) у порядку та у строки, передбачені Договором страхування, і діяти відповідно до умов Договору страхування.
- 9.2.7. В межах своєї компетенції вжити заходів щодо усунення шкідливих чинників, що впливають на життя та здоров'я Застрахованих осіб, та провадити усі можливі заходи, спрямовані на запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.
- 9.2.8. На письмову вимогу Страховика, а також на виконання вимог чинного законодавством України у сфері регулювання протидії та запобігання легалізації доходів, отриманих злочинним шляхом, при укладенні Договору страхування, сплаті страхового платежу або при здійсненні страхової виплати та в інших випадках, передбачених чинним законодавством України, надати Страховикові для ознайомлення та копіювання документи, що дозволяють ідентифікувати Страхувальника.
- 9.2.9. Тримати в таємниці відомості про умови Договору, результати врегулювання Страхових випадків, розмір виплат, стан здоров'я Застрахованих осіб, що став відомий Страхувальному у зв'язку з укладанням та дією Договору, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України, та випадків, коли Застрахована особа письмово підтвердила, що вона не заперечує проти надання такої інформації третім особам (працедавцю, страховому брокеру, страховому агенту тощо), які є уповноваженими Страхувальним особами в частині контролю виконання умов Договору Страховиком.
- 9.3. Страховик має право:**
- 9.3.1. Перевіряти достовірність повідомленої Страхувальним (Застрахованою особою) при укладенні Договору страхування інформації, перевіряти іншу, надану Страхувальним (Застрахованою особою) інформацію, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення страхового ризику.
- 9.3.2. Протягом строку страхування перевіряти відповідність повідомлених йому Страхувальним відомостей про предмет Договору страхування дійсним обставинам, незалежно від того, чи змінилися умови страхування;
- 9.3.3. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування та/або вимагати від Страхувального переукладання Договору та сплати додаткового страхового платежу у разі збільшення ступеня страхового ризику щодо предмета Договору страхування до настання страхового випадку.

- 9.3.4. Відмовити у здійсненні страхової виплати або зменшити її розмір відповідно до умов Договору, цих Правил та норм чинного законодавства України.
- 9.3.5. Самостійно з'ясовувати причини та обставини настання страхового випадку: вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин настання страхового випадку або розміру страхової виплати, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею.
- 9.3.6. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до медичних закладів, компетентних органів, інших підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причину настання страхового випадку, вартість медичних та інших послуг, отриманих Застрахованою особою.
- 9.3.7. На проведення незалежної експертизи (розслідування) за власний рахунок у разі незгоди з висновком експертизи, комісії з розслідування причин, обставин та наслідків нещасного випадку та якщо випадок, що має ознаки страхового, мав місце за обставин, з'ясувати які за наданими Страхувальником/ Застрахованою особою документами неможливо.
- 9.3.8. Відсторочити прийняття рішення про визнання події страховим випадком, у тому числі про здійснення страхової виплати або відмову у її здійсненні у випадках, передбачених цими умовами Договору страхування та/або Правилами страхування.
- 9.3.9. Ініціювати дострокове припинити дії Договору страхування у відповідності до його умов, умов цих Правил та чинного законодавства України.
- 9.3.10. Відмовити у здійсненні страхової виплати згідно з Розділом 14 цих Правил, та за наявності підстав та на умовах, передбачених умовами Договору страхування та/або законодавством.

#### **9.4. Страховик зобов'язаний:**

- 9.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.
- 9.4.2. Виконувати умови передбачені цими Правилами та Договором страхування.
- 9.4.3. Контрлювати обсяг, якість та доцільність медичних витрат Застрахованої особи;
- 9.4.4. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхового відшкодування (виплати).
- 9.4.5. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату або прийняти рішення про відмову у здійсненні страхового відшкодування (виплати) з обґрунтуванням причин, в порядку та в строки передбачені Договором страхування.
- 9.4.6. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування;
- 9.4.7. Не розголошувати відомостей про Страхувальника /Застраховану особу та його майновий стан, крім випадків, встановлених чинним законодавством України.

#### **9.5. Застрахована особа має право:**

- 9.5.1. Отримати страхову виплату згідно з умовами Договору страхування та Правил.
- 9.5.2. За письмовою вимогою отримати копію Договору страхування.
- 9.5.3. Одержаніти роз'яснення щодо умов укладеного Договору страхування.
- 9.5.4. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті в судовому порядку.
- 9.5.5. У разі самостійної оплати вартості медичних послуг, лікарських засобів та/або виробів медичного призначення при настанні страхового випадку, отримати страхову виплату, якщо це передбачено умовами Договору страхування.
- 9.5.6. Якщо Страхувальник не є одночасно Застрахованою особою, Застраховані особи можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

#### **9.6. Застрахована особа зобов'язана:**

- 9.6.1. Виконувати умови Договору страхування.

- 9.6.2. Свідомо не створювати ризику втрати здоров'я чи заподіяння шкоди своєму здоров'ю, у разі розладу здоров'я звернутися до Страховика та/або медичної установи.
- 9.6.3. Дотримуватися приписів лікаря, отриманих під час надання медичної допомоги та виконувати розпорядок, встановлений медичною установою, дотримуватися усіх рекомендацій лікаря-координатора Асистансу.
- 9.6.4. Забезпечити збереження Договору страхування (Сертифікату, Полісу, Картки) і не передавати її іншим особам з метою одержання ними медичних та інших послуг, медпрепаратів.
- 9.6.5. Відшкодувати медичні витрати Страховика на оплату вартості медичних послуг, наданих у разі свідомої передачі Застрахованою особою Договору страхування Третій (інший) особі для отримання останньою медичної допомоги, передбаченої умовами Договору.
- 9.6.6. Сплатити франшизу, якщо це передбачено умовами Договору страхування, медичному закладу безпосередньо під час звернення до нього.
- 9.6.7. При відвідуванні медичної установи мати при собі Договір (Сертифікат, Поліс, Картку) страхування та документ, що посвідчує особу.
- 9.6.8. Достовірно інформувати лікувально-профілактичний заклад (ЛПЗ) та Страховика про стан свого здоров'я та існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику, а також вживати заходів щодо запобігання та зменшення витрат, завданіх внаслідок настання страхового випадку.
- 9.6.9. Надавати довіреному лікарю Страховика можливість провести медичний огляд (обстеження) у разі прийняття Страховиком рішення про необхідність визначення стану здоров'я Застрахованої особи та проведення такого медичного огляду (обстеження).
- 9.6.10. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та в строки, передбачені Договором, в тому числі повідомити Страховика про намір самостійно оплатити послуги або товари медичного призначення для подальшого отримання компенсації (відшкодування) перед отриманням таких послуг або придбанням товарів медичного призначення.
- 9.6.11. У разі сплати медичних послуг за власний рахунок надати Страховикові всю інформацію і докази, що стосуються страхового випадку та необхідні для здійснення відшкодування таких медичних витрат та здійснення страхової виплати, які Страховик обґрунтовано вимагатиме стосовно будь-яких справ, що стосуються страхового випадку та страхової виплати, а в разі прийняття Страховиком рішення про необхідність проведення медичного обстеження у довіреного лікаря Страховика, здійснити таке обстеження відповідно до умов, передбачених Договором страхування.
- 9.6.12. Якщо Застрахована особа є малолітньою або неповнолітньою, зобов'язання, зазначені в пунктах 9.6.1 - 9.6.11 цих Правил страхування, повинен виконувати її уповноважений представник (один з батьків, усиновитель, опікун тощо).
- 9.7. Умовами Договору страхування також можуть бути передбачені інші (додаткові) права та обов'язки Страховика, Страхувальника та Застрахованої особи, визначені в інших Розділах цих Правил та/або в Договорі страхування, а також передбачені законодавством України.

## 10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

- 10.1. У разі настання випадку протягом строку дії Договору, що має ознаки страхового, Страхувальник (Застрахована особа або її представник) повинен протягом однієї доби звернутися, у спосіб що визначений у Договорі страхування, до Страховика (Асистуючої компанії Страховика) та повідомити наступну інформацію:

- 10.1.1. номер договору страхування;
  - 10.1.2. прізвище та ім'я Страхувальника/Застрахованої особи, контактний телефон;
  - 10.1.3. місцезнаходження Страхувальника/Застрахованої особи (країна, місто);
  - 10.1.4. детальний опис обставин та характер необхідної допомоги;
  - 10.1.5. іншу інформацію, визначену умовами Договору страхування.
- 10.2. У разі неможливості зв'язатись із Страховиком (Асистуючою компанією) негайно, повідомити про обставини страхового випадку якнайшвидше, але не пізніше 48-ми годин з моменту настання випадку, якщо інший термін не встановлено Договором страхування.
- 10.3. В разі погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, внаслідок чого вона не мала можливості своєчасно повідомити про подію Страховика, Застрахована особа може самостійно організувати та/або оплатити такі послуги, якщо вони передбачені Договором страхування. В такому випадку Застрахована особа повинна при першій нагоді повідомити про такий страховий випадок Асистуючу компанію Страховика та підтвердити документом з медичного закладу, який надавав Застрахованій особі невідкладну медичну допомогу.
- 10.4. Якщо Асистуюча компанія не може організувати та/або оплатити медичні та додаткові послуги, передбачені Договором страхування, Застрахована особа може самостійно звернутись за медичною, чи іншою допомогою та/або оплатити послуги медичної чи іншої допомоги, попередньо узгодивши свої дії з Асистуючою компанією.
- 10.5. Якщо Страхувальник/Застрахована особа уклав Договір страхування для багаторазових поїздок за кордон, вона зобов'язана надати до Асистуючої компанії, як тільки з'явиться можливість, документи (факсом або електронною поштою), що підтверджують термін перебування за кордоном (сторінки закордонного паспорту з відмітками про перетини кордону починаючи з дати початку дії Договору страхування).
- 10.6. Страхувальник / Застрахована особа повинні надавати Страховику всю необхідну інформацію та документи про страховий випадок, а також можливість проводити медичний огляд та не створювати перешкод у визначенні обставин, причин страхового випадку.
- 10.7. Страхувальник / Застрахована особа повинні вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданіх внаслідок настання страхового випадку.
- 10.8. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні страхового випадку.

## 11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРЖДУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

- 11.1. Для отримання страхової виплати Страхувальником/Застрахованою особою, або третьою особою, що має право на отримання страхової виплати, Страховику надаються наступні документи:
- 11.1.1. письмова заява на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком, з зазначенням обставин настання та характеру випадку від Страхувальника/Застрахованої особи або Третєю особи, яка має право на отримання страхової виплати;
  - 11.1.2. договір страхування;
  - 11.1.3. документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати згідно умов Договору;
  - 11.1.4. оригінал або копію свідоцтва про народження, якщо вік Застрахованої особи – до 18-ти років;
  - 11.1.5. довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованій особі;
  - 11.1.6. якщо Застрахованою особою були отримані послуги медичного характеру та понесені відповідні медичні витрати:
    - 11.1.6.1. підписані лікарем та завірений печаткою закладу охорони здоров'я (медичного закладу) оригінал виписки (довідки, епікрізу, консультативного висновку лікаря) з карти амбулаторного/стаціонарного хворого з зазначенням прізвища, ім'я, по-батькові Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання,

остаточного діагнозу, обсягу проведеного лікування, кількості медичних послуг (направлення на консультації/обстеження, копії результатів обстежень/досліджень, якщо такі проводились) та медикаментів, що призначалися лікарями та сплачувалися Застрахованою особою;

11.1.6.2. рецепти з печаткою медичного закладу, де вказано прізвище лікаря, прізвище Застрахованої особи, назви призначених ліків;

11.1.6.3. у разі виклику швидкої (невідкладної) медичної допомоги – карта війзду бригади швидкої допомоги або інший офіційний документ, що підтверджує надання цієї послуги та понесення Застрахованою особою таких медичних витрат;

11.1.6.4. оригінали квитанцій, касових чеків (фіскальні чеки за відсутності в медичному закладі касового апарату – квитанцію до прибуткового касового ордера), що підтверджують видатки на лікувально-діагностичні медичні послуги та/або витрати на придбання засобів медичного призначення (ліки, медичний інструментарій, тощо). Якщо у касовому чеку відсутні назви медикаментів – додатково надаються товарні чеки, які вміщують перелік медикаментів/ (належним чином завірені);

11.1.6.5. рахунки підприємств, установ, організацій або інших суб'єктів господарювання, які в установленому законодавством порядку мають право на надання медичних послуг і надавали медичні послуги у зв'язку з настанням страхового випадку та документи підтверджуючі їх оплату.

11.1.6.6. копію ліцензії на здійснення медичної практики чи надання оздоровчих послуг, витяг із Реєстру платників податків, Виписки із Державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, якщо медична та або інша послуга надана фізичною особою-підприємцем;

11.1.6.7. документ, що підтверджує неможливість звернення до Асистуючої компанії/Страховика в строки, визначені Договором (виписки, довідки компетентних органів або інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика);

11.1.6.8. інші документи за вимогою Страховика.

11.1.7. Якщо Застрахованою особою були отримані транспортні послуги:

11.1.7.1. оригінали рахунків за надання спеціалізованого транспорту та/або іншого, яким користувалась Застрахована особа за медичними показаннями;

11.1.7.2. у випадку дострокового повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання у зв'язку з виникненням у країні (місці) тимчасового перебування обставин небезпечних для життя та здоров'я: терористичних актів, стихійних явищ, військових дій чи громадських заворушень:

- документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду Страхувальника/Застрахованої особи до місця постійного проживання;
- документи, що підтверджують факт виникнення в країні (місці) тимчасового перебування таких обставин (у випадку, якщо такі документи не надані, Страховик має право діяти на власний розсуд, тобто визнавати, чи не визнавати подію страховим випадком);

11.1.8. у випадку візиту близького родича для відвідування Застрахованої особи, якщо погіршення стану здоров'я потребує такого відвідування:

- документи, що зазначені в п.п. 11.1.6 цих Правил;
- документально підтверджена рекомендація лікаря про необхідність відвідування Страхувальника/ Застрахованої особи;
- документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду близького родича Застрахованої особи.

11.1.9. Якщо Застрахована особа вимушена продовжити перебування за кордоном у зв'язку з раптовим захворюванням та/або нещасним випадком, що потребують лікування в умовах стаціонару, коли репатріація Застрахованої особи до місця постійного проживання неможлива за станом здоров'я:

- документи, що зазначені в п.п. 11.1.6 цих Правил;
- документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду Застрахованої особи до місця постійного проживання.

**11.2.** Загальний розмір страхових виплат по одній Застрахованій особі не може перевищувати Страхову суму або Ліміти, встановлені Договором страхування або ліміт за Опцією/набором опцій, якщо такий ліміт передбачено умовами Договору страхування.

**11.3.** У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, за межами території України, документи, зазначені у цьому Розділі, на мовах інших ніж українська, російська та англійська надаються разом з офіційним перекладом українською мовою, якщо інше не передбачено умовами Договору або не погоджено Сторонами Договору. У разі зміни вимог законодавства України перелік документів, визначених цим розділом Правил, може бути змінено. Конкретний перелік документів, на підставі яких здійснюється страхована виплата, визначається Страховиком при з'ясуванні причин та обставин страхового випадку та визначається Договором страхування.

**11.4.** Документи, зазначені в цьому розділі Правил, надаються у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій, простих копій за умови надання Страховику можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами, та мають бути належним чином оформлені, містити печатки, підписи, вхідні (виходні) номери, дати тощо.

## **12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.**

**12.1.** У разі настання страхового випадку у Страховика виникає обов'язок 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 (лімітів відповідальності) 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), а саме:

12.1.1. оплати наданих послуг медичному закладу та/або опосередковано через Асистуючу компанію, закладам, що надали допомогу Застрахованій особі в рамках умов Договору страхування.

12.1.2. якщо Застрахована особа самостійно організовувала та/або оплачувала послуги в рамках Договору страхування, і це було попередньо погоджено з Асистуючою компанією/Страховиком або передбачено Договором страхування, Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі (або Вигодонабувачу) на підставі документів, визначених в Розділі 11 цих Правил. Якщо це не було передбачено Договором страхування, Страховик має право відмовити у здійсненні страховової виплати Застрахованій особі (або Вигодонабувачу).

**12.2.** Документи, що надаються для прийняття Страховиком рішень про визнання або невизнання страхового випадку та виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування повинні бути достовірні, надані в обсязі, якого вимагає Страховик, у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій, простих копій за умови надання Страховику можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.

**12.3.** Страховик здійснює страхову виплату в межах страхової суми. Загальний розмір страхової виплати по кожній Застрахованій особі за одним чи декількома страховими випадками не має перевищувати страхову суму або встановлених лімітів по окремим опціям передбаченим Договором страхування.

**12.4.** Страхова suma на одну Застраховану особу зменшується протягом строку дії Договору на суму виплачених страхових відшкодувань.

**12.5.** Якщо за умовами Договору страхування передбачено наявність та застосування франшиз, страхована виплата здійснюється за вирахуванням франшизи за тією послугою або

Опцією, за яким вона встановлена. Розмір франшизи, яка підлягає вирахуванню може сплачуватись Застрахованою особою безпосередньо на місці отримання послуг.

**12.6.** В будь-якому випадку сума страхових виплат в зв'язку з одним чи декількома страховими випадками не може перевищувати страхову суму, обумовлену Договором страхування.

**12.7.** Страхова виплата здійснюється тією валютою, яка передбачена Договором страхування.

**12.8.** Страхова виплата здійснюється Страхувальнику/Застрахованій особі (його правонаступнику, або Третій особі, визначеній умовами Договору страхування).

**12.9.** Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, страхову виплату при настанні страхового випадку отримують її законні представники. У разі визначення у Договорі страхування декількох Вигодонабувачів страхова виплата розподіляється між ними у рівних частинах.

**12.10.** Належну страхову виплату Страховик здійснює в безготіковій формі на особистий рахунок одержувача страхової виплати, на рахунок медичного закладу/Асистуючої компанії або іншим чином, що має бути передбачено умовами Договору страхування.

**12.11.** Якщо Застрахована особа отримала відшкодування від осіб, винних у заподіянні збитків, Страховик виплачує різницю між сумою, яка підлягає виплаті та сумою, отриманою Застрахованою особою від цих осіб, але в межах встановленої страхової суми за Договором. Про отримання від винних осіб таких сум та їх розміри Застрахована особа зобов'язана повідомити Страховика протягом 3(трьох) робочих днів з дати отримання.

**12.12.** Конкретний порядок та умови виплати страхового відшкодування Страхувальнику або Застрахованій особі визначаються в Договорі страхування.

### **13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

**13.1.** Для отримання страхової виплати (відшкодування) Застрахована особа повинна звернутись до Страховика не пізніше ніж:

13.1.1. через 30 календарних днів з дня повернення з-за кордону (у випадку отримання послуг за кордоном), якщо інше не передбачено Договором страхування;

13.1.2. через 30 календарних днів з дня припинення користування послугою (у випадку отримання послуг на території України), якщо інше не передбачено Договором страхування.

**13.2.** При настанні подій, що може бути визнана страховим випадком, при наявності всіх необхідних документів Страховик здійснює їх перевірку та приймає рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, визначених Розділом 11 цих Правил, шляхом складання страхового акта або акта про відмову у виплаті страхового відшкодування відповідно.

**13.3.** Про відмову у страховій виплаті Страховик повідомляє Застраховану особу (або у випадку смерті Застрахованої особи Вигодонабувача) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 5 (п'яти) робочих днів, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, з дня прийняття рішення про відмову.

**13.4.** Страхова виплата здійснюється Страховиком в межах умов Договору страхування на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи або Третіх осіб, визначених умовами страхування) і страхового акту, який складається Страховиком у формі, що визначається Страховиком, протягом 15 робочих днів, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, після прийняття такого рішення.

**13.5.** Термін та порядок здійснення страхових виплат Асистуючої компанії або медичним закладам, з якими Страховик має договори про співпрацю, визначається у договорах про співпрацю з цими закладами.

**13.6.** Відмова Страховика у здійсненні страхової виплати може бути оскаржена у судовому порядку.

**13.7.** Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем відомостей та документів, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 180 (сто вісімдесят) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини настання страхового випадку, визначених у Розділі 11 цих Правил. Про прийняття рішення про відстрочення виплати страхового відшкодування Страховик повідомляє письмово Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання визначених документів у Розділі 11 цих Правил, якщо інше не визначено умовами Договору страхування.

**13.8.** Якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини та/або розмір спричинених збитків, Страховик має право призначити розслідування або експертизу з метою встановлення обставин, причин та розміру збитків. У цьому випадку страховий акт складається Страховиком не пізніше 10 (десяти) робочих днів після отримання Страховиком остаточних результатів такого розслідування або експертизи, але не пізніше, ніж через 180 (сто вісімдесят) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини настання страхового випадку, визначених документів у Розділі 11 цих Правил. Про прийняття рішення про відстрочення виплати страхового відшкодування Страховик повідомляє письмово Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання визначених документів у Розділі 11 цих Правил, якщо інше не визначено умовами Договору страхування.

**13.9.** У разі, якщо за фактом настання нещасного випадку розпочато кримінальне провадження, та/або порушено провадження у справі про адміністративні правопорушення, та/або порушено провадження в порядку цивільного або господарського судочинства, рішення про здійснення страхової виплати приймається після закінчення кримінального провадження або, якщо провадження передано до суду, до ухвалення відповідного рішення по такому провадженню, або винесення постанови по справі про адміністративні правопорушення, або прийняття рішення по цивільній/господарській справі. В цьому випадку строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати може бути подовжений до 12 місяців з дати початку кримінального провадження, порушення провадження у справі про адміністративні правопорушення, порушення провадження в порядку цивільного або господарського судочинства, якщо інші умови не передбачені Договором страхування.

**13.10.** Договором страхування можуть бути передбачені менші строки для прийняття рішення про виплату страхового відшкодування, відмову у виплаті страхового відшкодування, відстрочення прийняття рішення про виплату/відмову у виплаті страхового відшкодування та виплати страхового відшкодування.

#### **14. ПРИЧИННИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)**

**14.1.** Підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є:

**14.1.1.** Невиконання чи неналежне виконання Страховиком (Застрахованою особою) умов цих Правил або Договору страхування.

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

- 14.1.3. Вчинення Страхувальником-фізичною особою (Застрахованою особою, Вигодонабувачем), на користь якої укладено Договір страхування, навмисних дій / умисного злочину, що призвів до страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника/Застрахованої особи/, Вигодонабувача або встановлюється відповідно до чинного законодавства України.
  - 14.1.4. Подання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем), свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку.
  - 14.1.5. Отримання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні.
  - 14.1.6. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначені обставин, характеру страхового випадку та розміру збитків (відшкодування) у т.ч. внаслідок невиконання або несвоєчасного виконання Застрахованою особою вимог щодо повідомлення Асістанса або Страховика про настання подій, що можуть привести до непередбачених витрат, або створення Страховику перешкод у визначені причин та обставин настання страхового випадку, характеру та розміру збитків.
  - 14.1.7. Невиконання Застрахованою особою медичних призначень, рекомендацій та інструкцій Асістанса та/або Страховика.
  - 14.1.8. Неузгодження із Асистуючою компанією або Страховиком розміру та порядку отримання медичних та інших послуг без поважних причин.
  - 14.1.9. Понесення медичних витрат, які не підлягають страхуванню за цими Правилами та Договором страхування.
  - 14.1.10. Відмова Застрахованої особи від проходження медичного огляду, призначеного за вимогою Страховика для підтвердження факту настання подій, що привели до страхового випадку, якщо інше не обумовлене Договором страхування;
  - 14.1.11. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України та Договором страхування.
- 14.2. Виключення, визначені в Розділі 6 цих Правил, є підставою для відмови у здійсненні страхових виплат за Договором страхування.
- 14.3. Повний перелік причин відмови у виплаті страхового відшкодування визначається Сторонами та зазначається в Договорі страхування, якщо це не суперечить законодавству України.

## **15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ЗМІНА СТРАХОВОГО РИЗИКУ (СТУПЕНЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ).**

- 15.1. Будь-які зміни та доповнення до Договору страхування здійснюються за згодою Страхувальника та Страховика (Сторін) шляхом укладання Додаткової угоди, яка стає невід'ємною частиною Договору страхування, або шляхом переукладання (укладання) нового Договору страхування.
- 15.2. Дія Договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
  - 15.2.1. закінчення строку дії Договору страхування;
  - 15.2.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
  - 15.2.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування розміри та строки. При цьому Договір вважається досрочно припиненим у випадку, якщо черговий страховий платіж не був сплачений за

письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

- 15.2.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування";
- 15.2.5. ліквідації Страховика в порядку, встановленому законодавством України;
- 15.2.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- 15.2.7. в інших випадках, передбачених законодавством України або Договором страхування.

15.3. Дія Договору страхування припиняється по відношенню до однієї Застрахованої особи у випадку:

15.3.1. смерті Застрахованої особи;

15.3.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі.

15.4. Дія Договору страхування може бути досрочно припинена за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

15.5. Про намір внести зміни та/або доповнення до Договору страхування сторона, яка ініціює внесення таких змін та/або доповнень, зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до прогнозованого строку внесення таких змін та\або доповнень, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

15.6. У разі досрокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних сум страхового відшкодування, які були виплачені за Договором страхування.

15.6.1. Якщо вимога Страхувальника обумовлена припиненням дії Договору щодо окремої Застрахованої особи, Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних сум страхового відшкодування, які були виплачені за Договором страхування по відношенню до такої Застрахованої особи, якщо інше не передбачено Договором страхування.

У разі досрокового припинення Договору страхування Страхувальник повинен надати Страховику:

- письмову заяву про досркове припинення дії Договору страхування;
- документ, що посвідчує особу.

15.6.2. Якщо вимога Страхувальника обумовлена невиконанням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальному сплачені ним страхові платежі повністю.

15.7. У разі досрокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю.

15.7.1. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальним умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальному страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних сум страхових відшкодувань, які були виплачені за Договором страхування.

15.8. У разі збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати внести зміни до Договору страхування. У випадку, якщо Страхувальник заперечує проти внесення змін, Страховик має право досрочно припинити дію Договору страхування в порядку, визначеному п. 15.6.1. цих Правил.

15.9. Розмір нормативних витрат на ведення справи визначається в Договорі страхування, але в будь-якому випадку не може перевищувати розміру, визначеного в Додатку 1 до цих Правил.

**15.10.** Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання, якщо його укладено після настання страхового випадку та у випадках, передбачених чинним законодавством України.

**15.11.** Всі додаткові угоди до Договору страхування є його невід'ємними частинами з дати їх підписання.

## **16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

**16.1.** Всі спори та розбіжності, які виникають з Договору страхування, та/або у зв'язку з ним та цими Правилами, вирішуються Сторонами шляхом переговорів, а в разі недосягнення згоди – в судовому порядку відповідно до законодавства України.

**16.2.** Спори між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) з приводу обставин та характеру страхового випадку, розміру страхових виплат вирішуються сторонами із за участням експертів і оплатою їх послуг стороною, яка ініціює залучення експерта.

**16.3.** За невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність, передбачену Договором страхування та законодавством України.

**16.4.** Страхувальник, або особа, що одержала страхове відшкодування, зобов'язаний повернути Страховику здійснене страхове відшкодування (або відповідну його частину), якщо протягом передбаченого законодавством строку з'являється обставини, згідно з якими Страхувальник (Застрахована особа) повністю або частково втрачає права на її отримання.

Страхувальник, або особа, що одержала страхове відшкодування, несе майнову відповідальність за несвоєчасне повернення страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальному неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування та якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

**16.5.** До Страховика після виплати страхового відшкодування за Договором страхування в межах фактичних витрат переходить право вимоги, яке Страхувальник або інша особа, що одержала страхове відшкодування, має до особи, відповідальної за заподіяний збиток. Страхувальник повинен передати Страховику всі необхідні документи для реалізації цього права.

Передача права вимоги Страховику з боку Страхувальногоника (Застрахованої особи) не звільняє останнього від прийняття всіх можливих заходів по зменшенню збитків.

**16.6.** Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати Страхувальному пені, розмір якої визначається умовами Договору страхування.

**16.7.** Страхувальник несе майнову відповідальність за несвоєчасну сплату страхового платежу шляхом сплати Страховику пені, розмір якої визначається умовами Договору страхування.

## **17. ОСОБЛИВІ УМОВИ. ІНШІ УМОВИ**

**17.1.** В разі невідповідності окремих положень цих Правил нормам законодавства України внаслідок внесення змін до законодавства, такі окремі положення перестають діяти.

**17.2.** З усіх інших питань, що не обумовлені цими Правилами, Сторони керуються нормами законодавства України.

**17.3.** Цими Правилами регламентовано основні умови страхування. Однак за згодою Сторін до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі, інші умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що не суперечать цим Правилам та чинному законодавству України.

до Правил добровільного страхування медичних витрат (нова редакція)

## ОПЦІЇ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ (склад витрат, які можуть містити Програми страхування)

1. Страховик відшкодовує документально підтвержені витрати на отримання Страхувальником чи Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованої особою подорожі (поїздки), якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, а саме:

1.1. **витрати на швидку (невідкладну) медичну допомогу**, необхідність в наданні яких виникла в результаті раптового гострого захворювання Застрахованої особи або внаслідок нещасного випадку

Ця Опція передбачає організацію та/або оплату медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може привести до смерті чи незворотних змін організму.

Швидка медична допомога організовується цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні.

В рамках даної програми Страховик організовує та/або оплачує наступні послуги:

- виїзд бригади швидкої медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахованій особа;
- виїзд спеціалізованої бригади швидкої медичної допомоги, якщо симптоми захворювання однозначно потребують надання спеціалізованої швидкої медичної допомоги;
- реанімаційні заходи;
- діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого;
- медикаментозне забезпечення;
- транспортування каретою швидкої допомоги до лікувального закладу, з одного медичного закладу в інший.

1.2. **витрати на стаціонарну допомогу**, необхідність в наданні яких виникла в результаті раптового гострого захворювання Застрахованої особи або внаслідок нещасного випадку.

Ця Опція передбачає організацію та/або оплату медичної допомоги Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару при станах, що вимагають невідкладної медичної допомоги (хірургічного втручання), а саме:

- консультації лікарів-спеціалістів, встановлення діагнозу, призначення плацебо, лікування, оплата послуг медичного персоналу;
- діагностичні дослідження, лікувальні процедури, оперативні втручання, анестезіологічна допомога, використання медичного обладнання;
- забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення;
- перебування під час лікування у палаті стандартного типу;
- невідкладна гінекологічна та акушерська допомога за медичними показниками (для Застрахованої особи з терміном вагітності до 7 місяців/28 тижнів вагітності);
- харчування під час лікування в стаціонарних умовах, якщо це передбачено.

1.3. **витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу**, необхідність в наданні яких виникла в результаті раптового гострого захворювання Застрахованої особи або внаслідок нещасного випадку.

Ця Опція передбачає організацію та/або оплату медичної допомоги Застрахованій особі в амбулаторно-поліклінічних умовах, а саме:

- консультації лікарів-спеціалістів, встановлення діагнозу, призначення плаючого лікування, оплата послуг медичного персоналу;
  - діагностичні дослідження, лікувальні процедури, використання медичного обладнання в умовах поліклініки;
  - проведення медичних процедур, маніпуляцій та оперативних втручань (в том числі малих хірургічних втручань, анестезіологічна допомога, фізіопроцедур), що можуть бути проведені в амбулаторних умовах;
  - забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення.
- 1.4. **витрати на невідкладну стоматологічну допомогу**, пов'язані з гострим зубним болем або травматичним ушкодженням, отриманим внаслідок нещасного випадку. Ця Опція передбачає організацію та/або оплату невідкладної стоматологічної допомоги, а саме:
- огляд та консультація лікаря-стоматолога;
  - діагностичні дослідження (рентген-знімок, в тому числі панорамний), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги;
  - ліквідація гострого зубного болю; анестезіологічна допомога;
  - терапевтичне та хірургічне лікування захворювань зубів та ясен, встановлення тимчасових пломб;
  - екстрене протезування, необхідне у зв'язку з нещасним випадком (падіння протиправні дії третіх осіб, дорожньо-транспортна пригода).
- 1.5. **витрати на медичні перевезення**, необхідність в наданні яких виникла в результаті раптового гострого захворювання Застрахованої особи, або смерті Застрахованої особи, або внаслідок нещасного випадку, а саме:
- 1.5.1. транспортування Застрахованої особи наземним транспортом, а саме машинок швидкої допомоги (іншим медичним транспортним засобом або іншими видами транспорту, якщо транспортування таким транспортним засобом узгоджено із Страховиком) до найближчого медичного закладу, який має зможу надати необхідну допомогу, або до лікаря, якщо самостійне пересування Застрахованої особи неможливе через тяжкий стан;
- 1.5.2. проїзд Застрахованої особи, пов'язаний із поверненням такої особи в країну постійного проживання або до місця постійного проживання Застрахованої особи:
- у зв'язку із неможливістю вчасного повернення через отримання Застрахованою особою медичних послуг (проходження лікування) або
  - у зв'язку з виникненням у країні (у місці) тимчасового перебування обставин небезпечних для життя та здоров'я: терористичних актів, стихійних явищ, військових дій чи громадських заворушень.
- В рамках цієї Опції Страховик гарантує Страхувальнику/ Застрахованій особі оплату транспортних витрат (квиток в економ класі), пов'язаних з поверненням до місця (країни) постійного проживання. Страховиком відшкодовуються витрати на проїзд Застрахованої особи до найближчого аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання, або місці постійного проживання Застрахованої особи або іншому місці, визначеного Договором страхування. При цьому Застрахована особа повинна передати зворотній квиток Асистуючій компанії або Страховику;
- 1.5.3. перевезення (медичну евакуацію) Застрахованої особи, а також супроводжуючої особи (при наявності медичної необхідності супроводження, підтвердженої відповідними документами) до місця або країни постійного проживання;
- 1.5.4. репатріацію (медичну репатріацію) тіла Застрахованої особи до місця або країни постійного проживання.

Ця Опція передбачає репатріацію (медичну евакуацію) із-за кордону до місця постійного проживання або країни постійного проживання (найближчого міжнародного аеропорту, включаючи витрати на супроводжуючу особу, якщо ця необхідність підтверджується відповідними документами).

- 1.6. **витрати на ритуальні послуги та поховання Застрахованої особи** в країні перебування у випадку смерті Застрахованої особи під час здійснення подорожі (поїздки), якщо вони не перевищують витрати на репатріацію до місця або країни постійного проживання (за погодженням із Страховиком та близькими родичами Застрахованої особи).

В цьому випадку відшкодовуються необхідні та доцільні витрати на поховання тіла померлої Застрахованої особи за виключенням витрат на обрядові або культові церемонії. Організація надання ритуальних послуг та поховання померлої Застрахованої особи здійснюється Страховиком (Асистуючою компанією Страховика) або така організація та перелік необхідних витрат повинні бути узгоджені із Страховиком (Асистуючою компанією Страховика).

- 1.7. **витрати на передачу термінових повідомлень**, що пов'язані із раптовим захворюванням або нещасним випадком Застрахованої особи. Страховик сплачує витрати на:

- 1.7.1. передачу Застрахованою особою термінових повідомлень найближчим родичам Застрахованої особи (чоловік, дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) та/або за місцем роботи у країні постійного проживання після надання Застрахованою особою документів, що підтверджують понесені витрати;
- 1.7.2. телефонний та інший зв'язок з Страховиком/Асистуючою компанією, лікарями, медичними закладами, Страховиком (дані витрати оплачуються у разі настання страхового випадку з Застрахованою особою та за умови надання підтверджуючих платіжних документів) при настанні страхового випадку;

2. До складу Програм страхування, якщо це та інше не передбачено умовами Договору страхування, додатково можуть включатися такі витрати, що відшкодовуються Страховиком та безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки), а саме:

- 2.1. **на пошук та рятування Застрахованої особи** внаслідок нещасного випадку в горах, на морі, в джунглях або інших віддалених місцевостях, включно із витратами на евакуацію гелікоптером з місця пригоди до лікувального закладу.
- 2.2. **на досркове повернення дітей** (евакуація дітей) Застрахованої особи віком до 16 років, які залишилися без нагляду, до місця (країни) постійного проживання в разі перебування Застрахованої особи у стаціонарному медичному закладі або через її смерть внаслідок нещасного випадку чи раптового захворювання (у випадку коли немає можливості нагляду за дітьми іншого з батьків; діє по відношенню до дітей, що застраховані за цими умовами). В цьому випадку Застрахована особа або представник повинна передати зворотні квитки Асистуючій або Страховику до дат початку перевезення, вказаної в такому квитку. У разі необхідності Страхови сплачує обґрутовані витрати на супроводжуючу особу.

- 2.3. **на проживання та супровід дітей Застрахованої особи** віком до 16 років в разі перебування Застрахованої особи у стаціонарному медичному закладі внаслідок нещасного випадку чи раптового захворювання (у випадку коли немає можливості нагляду за дітьми іншого з батьків; діє по відношенню до дітей, що застраховані за цими умовами) або проживання одного з батьків (дія розповсюджується на батьків, що застраховані за цими умовами) в разі перебування Застрахованої особи – дитей віком до 16 років у стаціонарному медичному закладі внаслідок нещасного випадку чи раптового захворювання. В цьому випадку відшкодовуються витрати, і безпосередньо пов'язані із перебуванням дітей (одного з батьків) Застрахованої осо-

- у готелі (клас готелю визначається умовами Договору страхування) або на території медичного закладу.
- 2.4. **на транспортні витрати на візит одного з близьких родичів Застрахованої особи** (чоловік, дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) до хворої Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку чи раптового захворювання.
- У випадку перебування Страхувальника/Застрахованої особи в стаціонарі більше 10-ти діб, якщо інше не передбачено умовами Договору, в результаті раптового захворювання або нещасного випадку та в разі неможливості медичної евакуації Застрахованої особи до місця (країни) постійного проживання за медичними висновками та/або відсутності супроводжуючої її за кордоном повнолітньої особи. При цьому Страховик гарантує оплату транспортних витрат (квитки в обидва кінці в економічному класі) близькому родичу Страхувальника/Застрахованої особи для його відвідин. Необхідність такого відвідування повинна бути підтверджена у письмовому вигляді лікарем.
- 2.5. **на відновлення або повернення документів**, у разі ненавмисної втрати (в тому числі у випадку викрадення) Застрахованою особою документів (паспорт, страховий поліс, квитки на зворотну дорогу, кредитні картки тощо), передбачає:
- 2.5.1. організація та надання Застрахованій особі допомоги для отримання необхідної інформації щодо відновлення (повернення) втрачених документів (паспорт, страховий поліс, квитки на зворотну дорогу, кредитні картки тощо);
- 2.5.2. організація блокування банківського рахунку Застрахованої особи в разі втрати нею кредитної картки;
- 2.5.3. відшкодування витрат на отримання тимчасових документів, що посвідчують особу.
- Витрати, зазначені в цьому пункті, відшкодовуються Страховиком тільки при наявності документів з відповідних державних органів про настання зазначених випадків із Застрахованою особою та відсутності до неї претензій, пов'язаних з незаконним перебуванням в Україні чи іншій країні скоєнням злочину.
- 2.6. **допомога та покриття витрат Застрахованої особи, пов'язаних із затримкою авіарейсу (більше ніж на 6 годин)** або відміни авіарейсу, який прямує до місця (країни) постійного проживання Застрахованої особи, а саме:
- 2.6.1. бронювання номеру у готелі для Застрахованої особи;
- 2.6.2. бронювання, придбання та переоформлення проїзних документів (квитків) для Застрахованої особи, придбання предметів першої необхідності (їжа, предмети гігієни та т.ін.) в разі затримки (більше ніж на 6 годин) або відміни авіарейсу Застрахованої особи.
- 2.6.3. придбання предметів першої необхідності (їжа, предмети гігієни та т.ін.).
- 2.7. **на доставку зламаного/пошкодженого авто до СТО** / Перебування в готелі Застрахованої особи під час ремонту (до 3х діб) або внаслідок настання нещасного випадку у разі подорожі Застрахованої особи на транспортному засобі.
- 2.8. **на оплату послуг перекладача**, які необхідні у зв'язку з настанням страхового випадку із Застрахованою особою.
- 2.9. **на проїзд представника Страхувальника з метою заміни** Застрахованої особи для виконання виробничого (службового) завдання за кордоном в разі нещасного випадку або раптового захворювання Застрахованої особи (відшкодовуються витрати на проїзд економічним класом однієї особи до країни, в якій Застрахована особа повинна була виконати виробниче (службове) завдання, що повинно підтверджуватись відповідними документами).
- Розмір витрат, що відшкодовується Страховиком, визначається умовами Договору страхування з урахуванням страхової суми та ліміту відповідальності Страховика.
- Умовами Договору страхування може бути передбачений й інші Опції страхування (склад витрат), що відшкодовуються Страховиком за відповідною Програмою страхування.

**Додаток 2**  
до Правил добровільного страхування медичних витрат (нова редакція)

**1. Базові добові страхові тарифи по страхуванню медичних та інших витрат під час здійснення подорожі:**

<b>Опції страхування медичних витрат</b>	<b>Добовий (за 1 день) тариф, %</b>
1. витрати на невідкладну швидку медичну, на стаціонарну, на амбулаторно-поліклінічну допомогу	0,00130%
2. витрати на невідкладну стоматологічну допомогу	0,000003%
3. витрати на медичні перевезення:	-----
3.1. транспортування Застрахованої особи наземним транспортом	0,000009%
3.2. проїзд Застрахованої особи, пов'язаний із поверненням такої особи в країну постійного проживання або до місця постійного	0,000001%
3.3. перевезення (медичну евакуацію) Застрахованої особи	0,000004%
3.4. репатріацію (медичну репатріацію) тіла Застрахованої особи до місця або країни постійного проживання	0,000004%
4. витрати на ритуальні послуги та поховання Застрахованої особи в країні перебування у випадку смерті Застрахованої особи витрати на ритуальні послуги та поховання Застрахованої особи	0,000003%
5. витрати на передачу термінових повідомлень	0,000001%
6. на пошук та рятування Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	0,000004%
7. витрати на дострокове повернення дітей (евакуація дітей) Застрахованої особи віком до 16 років	0,000001%
8. витрати на проживання та супровід дітей Застрахованої особи віком до 16 років в разі перебування Застрахованої особи у стаціонарному медичному закладі внаслідок нещасного випадку чи раптового захворювання	0,000001%
9. транспортні витрати на візит одного з близьких родичів Застрахованої особи (чоловік, дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) до хворої Застрахованої особи	0,000001%
10. на відновлення або повернення документів, у разі ненавмисної втрати (в тому числі у випадку викрадення)	0,000001%
11. допомога та покриття витрат Застрахованої особи, пов'язаних із затримкою авіарейсу (більше ніж на 6 годин)	0,000005%
12. на доставку зламаного/пошкодженого авто до СТО / Перебування в готелі Застрахованої особи під час ремонту (до 3х діб) або внаслідок настання нещасного випадку	0,000006%
13. на оплату послуг перекладача, які необхідні у зв'язку з настанням страхового випадку із Застрахованою особою	0,000003%
14. на проїзд представника Страхувальника з метою заміни Застрахованої особи для виконання виробничого (службового) завдання за кордоном в разі нещасного випадку або раптового захворювання Застрахованої особи	0,000009%

- 2.** Коригуючі коефіцієнти застосовуються в залежності від факторів, що можуть суттєво впливати на визначення страхового ризику, та конкретних умов Договору страхування, найуживаніші серед них:

Коригуючі коефіцієнти	Діапазон значень
Страхова сума	0,2 – 2,0
Вік Застрахованої особи	1,0 – 4,0
Вид діяльності Застрахованої особи	1,0 – 2,0
Стан здоров'я та спосіб життя Застрахованої особи	0,7 – 3,5
Заняття Застрахованою особою спортом	1,0 – 4,0
Розширення/скорочення переліку опцій зі страхування	0,4 – 3,0
Розмір франшизи	0,5 – 1,0
Мета подорожі (праця, заняття спортом і т.ін.)	1,0 – 3,0
Кількість Застрахованих осіб при страхуванні групи осіб	0,2 – 1,0
Територія дії Договору страхування	0,5 – 5,0
Розмір нормативних витрат	0,5 – 2,0

3. В окремих випадках Страховик, в залежності від додаткових особливих умов договору страхування, може застосувати й інші коригуючі коефіцієнти в діапазоні від 0,7 до 2,5.
4. Норматив витрат Страховика на ведення справи становить 65% від страхового платежу (премії).
5. Страховий тариф для конкретного предмету Договору страхування або для окремого страховогого випадку розраховується шляхом множення базового тарифу на коригуючий коефіцієнт.
6. Під час укладання Договору страхування на строк до одного року розмір страховогого тарифу обчислюється виходячи з розміру страховогого тарифу прямо пропорційно кількості днів дії Договору страхування.
7. Страховий тариф визначається в Договорі страхування за згодою Сторін.

Актуарій

Ю.О. Іванько

(Свідоцтво №01-017 від 08.10.2015р.)

В цьому документі прошого, пронумеровано,

скріплено підписом та печаткою

30 (Тридцять) арк.

Голова Правління ПАТ «СК «ЄвроГІС Україна»

Я Г. Ніколов

