



ЗАТВЕРДЖЕНО:

Розпорядженням Дирекції

"ДБС Кредо"

від 12 червня 2008 р. № 119

Генеральний директор

[Signature] В.В. Кривцун

« 12 » червня 2008 р.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ
№ П-21**

м. Запоріжжя

2008 рік

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил добровільного страхування медичних витрат під час подорожі (далі – Правила) Товариство з додатковою відповідальністю страхова компанія «Кредо» (далі по тексту - Страховик) укладає Договори добровільного страхування медичних витрат під час подорожі (далі - Договори страхування) з юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі - Страхувальники).

За Договорами страхування, укладеними на підставі цих Правил Страховик гарантує оплату не передбачуваних витрат в разі раптового гострого захворювання, нещасного випадку або інших подій під час перебування за кордоном або під час подорожі по території України, в залежності від умов, визначених Договором страхування.

1.2. Страхувальники мають право укладати Договори страхування в інтересах третіх осіб (Застрахованих осіб), при умові згоди останніх, які можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно умов Договору страхування.

1.3. Суб'єктами страхування є:

1.3.1. **Страховик** – ТДВ СК «Кредо» яке бере на себе зобов'язання за визначену винагороду (страхову премію) в межах страхової суми відшкодувати Страхувальнику (Застрахованій особі) або Представнику Страховика, визначені в договорі зі Страхувальником витрати за отримані послуги.

1.3.2. **Представник Страховика** - юридична особа, яка на підставі Договору доручення та за рахунок Страховика у разі звернення Страхувальника (Застрахованої особи) про допомогу здійснює врегулювання страхових випадків та сплачує страхове відшкодування різним установам на території дії договору страхування.

1.3.3. **Страхувальник** - юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала договір страхування із Страховиком.

1.3.4. **Застраховані особи** - особи, на користь яких Страхувальником укладено договір страхування.

1.4. Якщо договір страхування укладено Страхувальником на свою користь, на нього поширюються права та обов'язки Застрахованої особи, передбачені цими Умовами.

1.5. Застрахованими особами згідно даних Правил можуть бути особи віком від півроку до 80 років:

а) громадяни України та особи, які мають подвійне громадянство - або друге громадянство, відмінне від громадянства України;

б) іноземні громадяни та особи без громадянства, які постійно або тимчасово мешкають в Україні на законних підставах.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать Закону, пов'язані з витратами на отримання невідкладної медичної та іншої допомоги, визначеної в розділі 4 під час перебування на території, вказаній в Договорі страхування, під час дії Договору.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страховими ризиками, на випадок яких проводиться страхування за цими Правилами, є майнові інтереси Страхувальника пов'язані з понесенням ним медичних витрат під час поїздки в результаті надання невідкладної медичної та іншої допомоги Застрахованій особі у разі

настання раптових гострих, непередбачених і неупереджених обставин за умови, що ці події відбулись у строк та на території дії договору страхування, а саме:

- 3.1.1. раптового гострого захворювання;
 - 3.1.2. травматичного пошкодження органів або тканин Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
 - 3.1.3. загострення або/та ускладнення хронічного захворювання, яке становить загрозу життю і здоров'ю Застрахованої особи;
 - 3.1.4. гострого зубного болю, що виник внаслідок гострого запалення зуба та/або прилеглих тканин, або щелепної травми, отриманої внаслідок нещасного випадку;
 - 3.1.5. смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, гострого захворювання, загострення хронічного захворювання;
- 3.2. Страховими випадками за цими Правилами визначаються вимоги на оплату невідкладної медичної та іншої допомоги згідно переліку, визначеному у п.4 цих Правил, та наданої Застрахованій особі у строк та на території дії договору страхування, за умов, що:
- 3.2.1. рахунки на оплату цієї допомоги погоджені із Страховиком та Представником Страховика та визнані ними доцільними та виправданими або;
 - 3.2.2. підлягають оплаті за рішенням суду, яке набуло законної сили.
- 3.3. Страхування медичних витрат здійснюється за програмами які наведені в Додатку № 1 до цих Правил.

4. ВИТРАТИ, ЯКІ ВІДШКОДОВУЮТЬСЯ СТРАХОВИКОМ

У відповідності до цих Правил Страховик оплачує Представнику Страховика чи безпосередньо Страхувальнику (Застрахованій особі) при наданні документів про здійснення ним відповідних виплат наступні витрати під час перебування за кордоном або під час подорожі по території України:

4.1. Медичні послуги:

- 4.1.1. Надання швидкої медичної допомоги:
 - на місці події спеціалізованою бригадою невідкладної медичної допомоги;
 - у відділенні невідкладної допомоги (послуги медичного персоналу, невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження, вартість перебування у відділенні швидкої допомоги);
- 4.1.2. Надання амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем:
 - медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації);
 - діагностичні дослідження, лікувальні процедури, оперативні втручання, використання медичного обладнання;
 - консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу.
- 4.1.3. Надання стаціонарної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) в медичних закладах, включаючи:
 - медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації та т.і.);
 - вартість діагностичних та лікувальних процедур (включаючи оперативні втручання), а також використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання;
 - консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу;
 - вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних);
 - харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі;
 - невідкладна пологова допомога (для породіль з терміном вагітності до 7 місяців)
- 4.1.4. Невідкладна стоматологічна допомога при гострому зубному болю на суму, що не перевищує встановленого в Договорі страхування ліміту відповідальності по стоматологічній допомозі;

4.2. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги (або іншим медичним транспортним засобом) до найближчого лікувального закладу або лікаря;
- медичну евакуацію Застрахованої особи, а також супроводжуючої особи (при наявності медичної необхідності супроводження, підтвердженої відповідними документами), медичним транспортним засобом до найближчого медичного закладу, який має змогу надати необхідну допомогу.

4.3. Репатріація:

4.3.1. Медична репатріація Застрахованої особи із-за кордону до медичного закладу, найближчого до аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, включаючи витрати на транспортування супроводжуючої особи, якщо це необхідно за медичними показниками. Необхідність медичної репатріації Застрахованої особи вирішується спеціалістом Сервісної компанії та узгоджується з лікарем, який проводить лікування Застрахованої особи;

4.3.2. Репатріація тіла із-за кордону до найближчого аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання. В цьому випадку витрати на придбання труни не можуть перевищувати суми еквівалентної 1 000 доларів США/ EUR.

Невикористаний квиток на зворотній проїзд в Україну (країну постійного проживання) здається закордонному Представнику Страховика або безпосередньо Страховику.

4.4. Послуга зв'язку. Витрати Застрахованої особи на оплату послуг зв'язку при зверненні до закордонного Представника Страховика у разі настання страхового випадку відшкодовуються Страховиком безпосередньо Застрахованій особі після пред'явлення нею оригіналів квитанцій за сплачений дзвінок до закордонного Представника Страховика.

4.5. Передача термінових повідомлень. Передача термінових повідомлень, що пов'язані з нещасним випадком або раптовим захворюванням Страхувальника (Застрахованої особи). Передача Застрахованою особою термінових повідомлень найближчим родичам (чоловік, дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) та за місцем роботи у країні постійного проживання, після надання Застрахованою особою документів, що підтверджують понесені витрати.

4.6. Візит одного з близьких родичів. Транспортні витрати на візит одного з близьких родичів Застрахованої особи (чоловік, дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) до хворої Застрахованої особи у випадку перебування Застрахованої особи в стаціонарному медичному закладі понад 10 діб та в разі неможливості медичної евакуації Застрахованої особи до місця постійного проживання за медичними висновками (відшкодовується вартість проїзду в обидва кінці однієї особи економічним класом).

4.7. Дострокове повернення дітей. Дострокове повернення дітей Застрахованої особи віком до 14 років до місця проживання в разі перебування Застрахованої особи в стаціонарному медичному закладі або її смерті за кордоном (у випадку, коли немає можливості нагляду за дітьми іншого з батьків; діє по відношенню до дітей, що застраховані за цими умовами). У цьому випадку Застрахована особа або її представник повинний передати зворотні квитки Представнику Страховика або Страховику до дати початку перевезення, вказаної в такому квитку.

4.8. Умовами конкретного Договору страхування можуть бути передбачені також інші програми страхування, які діють на підставі даних Правил.

5. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Не є страховими випадками вимоги на оплату невідкладної медичної, транспортної та іншої допомоги Застрахованій особі у випадках, якщо така допомога пов'язана із:

5.1.1. Будь-яким погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи внаслідок захворювання або травмування, яке було діагностовано до початку дії договору страхування,

незалежно від того, проводилось його лікування чи ні, а також якщо були медичні протипоказання для здійснення Застрахованою особою подорожі за кордон;

5.1.2. Хронічним захворюванням будь-якого типу та будь-якими загостреннями та/або ускладненнями хронічних захворювань, які не становлять загрозу життю Застрахованої особи;

5.1.3. Будь-якою хворобою в стадії ремісії;

5.1.4. Лікування будь-яких побічних, супутніх захворювань та/або симптомів;

5.1.5. Станом здоров'я, який виник внаслідок самолікування, а також лікування у медичному закладі та/або у окремих лікарів без попереднього погодження із Представником Страховика;

5.1.6. Погіршенням стану здоров'я, травмуванням або смертю Застрахованої особи внаслідок вживання наркотичних, токсичних речовин та/або алкоголю, а також у зв'язку із необґрунтованими зверненнями до Представника Страховика внаслідок перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

5.1.7. Нервовими, психічними захворюваннями та їх загостреннями, а також пов'язаним з ними травмуванням;

5.1.8. Вродженими вадами та захворюваннями;

5.1.9. Медичними станами, що виникли внаслідок свідомого спричинення шкоди здоров'ю, травмування Застрахованою особою саму себе, спроб самогубства;

5.1.10. Медичними станами, які виникли внаслідок скоєння Застрахованою особою умисного правопорушення або злочину за законами, які діють на території страхування та в країні постійного проживання;

5.1.11. Відмови Застрахованої особи від обстеження та/або призначеного лікування лікарем Представника Страховика, недотримання призначень медичного персоналу або порушення лікувального режиму медичного закладу;

5.1.12. Венеричними захворюваннями та захворюваннями, що передаються статевим шляхом;

5.1.13. Навмисного наражання невинуватому ризику (за винятком випадків рятування життя іншої особи);

5.1.14. ВІЛ-інфікуванням, СНІДом та медичними станами, пов'язаними з ВІЛ-інфікуванням, а також будь-якими іншими імунодефіцитними розладами і станами;

5.1.15. Захворюванням вірусними гепатитами, за винятком гепатитів «А» та «С»;

5.1.16. Пологами, штучними абортами та їх наслідками (за винятком переривання вагітності по медичним показанням внаслідок нещасного випадку);

5.1.17. Чоловічим та жіночим безпліддям та заходами по регулюванню народжуваності;

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

5.1.19. Онкологічними захворюваннями;

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

5.1.21. Погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи, якщо подорож було здійснено навмисне з наміром отримати лікування на території страхування;

5.1.22. Захворюванням, травмуванням або смертю Застрахованої особи, які сталися внаслідок керування транспортним засобом (включаючи водні, наземні, повітряні види транспорту) без посвідчення на право керування даним засобом, внаслідок алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння Застрахованої особи та/або внаслідок передачі керування транспортним засобом особі, яка не має відповідного посвідчення або перебуває у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

5.1.23. Погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи, які стали наслідками подорожей до країн, які перебувають у стані війни або громадянської війни, участі Застрахованої особи у війні (оголошеної або неоголошеної), військових діях, повстаннях, заколотах, бунтах, революціях, страйках, порушеннях громадського порядку, у будь-якому

терористичному акті, військовому перевороті або у спробі узурпації влади, при вчиненні замаху, під час та внаслідок перебування у закладах пенитенціарної системи;

5.1.24. Медичними станами, що виникли під час служби в збройних силах будь-якої країни, а також під час роботи в правоохоронних структурах, воєнізованій пожежній охороні, чи охороні комерційних структур;

5.1.25. Захворюваннями, що є наслідками раптового погіршення екологічної ситуації з причини радіаційного, хімічного та бактеріологічного забруднення навколишнього середовища;

5.1.26. Погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи внаслідок виконання будь-яких форм небезпечної роботи у зв'язку з будь-яким ремеслом, професією, якщо додатковий ризик не був сплачений додатковою страховою премією;

5.1.27. Погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи у зв'язку із заняттями організованим або професійним спортом, екстремальними видами спорту, участю у будь-яких формах польотів (за винятком перельоту у якості пасажера регулярного авіарейсу або чартерного перельоту), якщо додатковий ризик не був сплачений додатковою страховою премією.

5.2. Страховик не відшкодовує:

5.2.1. Витрати у розмірі безумовної франшизи, якщо безумовна франшиза передбачена умовами договору страхування (зазначена у страховому полісі);

5.2.2. Витрати, які Застрахована особа сплатила готівкою понад ліміт суми, встановлений у договорі страхування для оплати медичної допомоги готівкою;

5.2.3. Будь-які витрати, здійснені Застрахованою особою без відома Страховика і його закордонного Представника та не узгоджені з ними згідно п. 11.1 та п. 11.2 цих Правил;

5.2.4. Будь-які витрати, здійснені закордонним Представником Страховика без узгодження із Страховиком;

5.2.5. Будь-які витрати, здійснені Застрахованою особою поза строком та територією дії договору страхування, а також у період, що перевищує зазначену у страховому полісі кількість днів дії страхового захисту (за винятком випадків, передбачених п.8.4.4 цими Правилами);

5.2.6. Витрати на лікування у країні постійного проживання та/або громадянства;

5.2.7. Витрати на будь-яку евакуацію/репатріацію, стаціонарне лікування, невідкладну (швидко) медичну допомогу, не організовану Представником Страховика;

5.2.8. Витрати на медичну евакуацію/репатріацію Застрахованої особи у випадку незначних захворювань або травм, які, на думку лікаря Представника Страховика та за погодженням Страховика, підлягають лікуванню на території страхування та/або не перешкоджають продовженню подорожі;

5.2.9. Витрати на медичну евакуацію та/або репатріацію у випадку, коли, на думку лікаря Представника Страховика, Застрахована особа фізично спроможна повернутися у країну постійного проживання самостійно, у якості звичайного пасажера;

5.2.10. Витрати на лікування зубів, заміну або ремонт коронок, містків, окрім заходів, спрямованих на негайну (екстрену) стоматологічну допомогу при гострому зубному болі природних зубів (не більше 2-х);

5.2.11. Витрати на придбання окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, будь-яке протезування, очне та зубне включно;

5.2.12. Витрати на хірургічне втручання на серці та судинах (аорто-коронарне шунтування, тощо) навіть при наявності медичних показань для їх проведення;

5.2.13. Витрати на відновлювальну та фізіологічну терапію, санаторно-курортне лікування, опікунський догляд;

5.2.14. Витрати, що пов'язані з вагітністю та пологами, за винятком випадків ускладнень, які вимагають негайного медичного втручання та строк вагітності не перевищує 28 тижнів;

5.2.15. Витрати на косметичну та пластичну хірургію, косметичне лікування, геліотерапію, водолікування;

5.2.16. Витрати на медичне обстеження з профілактичною метою; витрати на медичне обстеження (лабораторне, інструментальне) та/або медичний огляд лікарем, після якого не було призначено лікування;

5.2.17. Витрати на лікування, яке не відповідає поставленому діагнозу;

5.2.18. Витрати на оплату медичних послуг, не підтверджених висновком лікаря;

5.2.19. Витрати за медичні послуги, які, за висновком Представника Страховика та за погодженням Страховика, не є обов'язковими для діагностики та лікування;

5.2.20. Витрати на лікування, не призначене лікарем, на медичний огляд та обстеження, після якого не було призначено лікування;

5.2.21. Витрати на послуги, надані медичним закладом, який не має відповідної ліцензії;

5.2.22. Витрати на проведення планових і позапланових щеплень та витрати на лікування захворювань, які виникли внаслідок порушення вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень;

5.2.23. Витрати на проведення медичної експертизи;

5.2.24. Витрати на лікування методами «нетрадиційної» медицини, які не є офіційно загальноприйнятими на території (у країні) дії договору страхування;

5.2.25. Витрати на індивідуальне посилене/дієтичне харчування;

5.2.26. Витрати на забезпечення поліпшених побутових умов перебування в медичному закладі;

5.2.27. Витрати на догляд за хворим з боку родичів незалежно від їх професійної кваліфікації;

5.2.28. Витрати на проведення курсу лікування захворювання, що виникло (загострилось або ускладнилось) внаслідок здійснення Застрахованою особою подорожі на територію страхування всупереч медичним рекомендаціям;

5.2.29. Витрати на будь-яке протезування, включаючи зубне та очне;

5.2.30. Витрати на медичну реабілітацію;

5.2.31. Витрати на лікування у випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування;

5.2.32. Витрати, які підлягають страховому відшкодуванню в силу іншого договору страхування;

5.2.33. Витрати на оплату будь-яких нематеріальних збитків;

5.2.34. Будь-які витрати немедичного характеру, наприклад, розмови по телефону, які не мають відношення до страхового випадку.

5.3. Окремими програмами страхування та/або договором страхування можуть бути встановлені інші виключення та обмеження страхування.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ

6.1. *Страхова сума* – це грошова сума, в межах якої Страховик зобов'язується здійснити страхову виплату в разі настання страхового випадку.

6.2. Страхова сума визначається за згодою Страхувальника та Страховика.

6.3. В межах страхової суми договором та/або програмою страхування можуть бути встановлені обмеження страхової суми (ліміти) на окремі види медичної та іншої допомоги.

6.4. Ліміт страхової суми по невідкладній стоматологічній допомозі складає 150 доларів США/ EUR, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

6.5. Ліміт страхової суми по невідкладній/екстреній медичній допомозі Застрахованій особі у випадку загострення/ускладнення хронічного захворювання, яке становить загрозу її життю, складає 1 000 доларів США/ EUR, якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування.

7. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ.

7.1. Страхові тарифи встановлюються Страховиком самостійно на підставі актуарних розрахунків. Базові тарифи по кожній окремій програмі страхування зазначені у цих Правилах.

7.2. Конкретний розмір страхового тарифу з обраної програми страхування за окремим договором страхування визначається на підставі таблиці базових страхових тарифів і страхових премій з урахуванням обставин, які впливають на страховий ризик, наявності додаткових умов страхування із застосуванням *понижуючих* або *підвищуючих* коефіцієнтів. Обчислений таким чином при укладанні договору страхування страховий тариф зазначається у договорі страхування (страховому полісі).

7.3. Розмір базового страхового платежу за одну добу для кожної окремої програми страхування зазначений у цих Умовах.

7.4. Конкретний розмір страхового платежу за окремим договором страхування визначається на підставі таблиці базових страхових тарифів і страхових платежів залежно від обраної страхової суми, програми страхування, строку та території дії договору страхування, кількості днів дії страхового захисту, наявності додаткових умов страхування шляхом множення базового страхового платежу у доларах США/EUR за один день страхування на кількість днів перебування Застрахованої особи на території дії договору страхування та на поправочні коефіцієнти. Обчислена таким чином сума страхового платежу в доларах США/EUR зазначається у договорі страхування у перерахунку по курсу НБУ на дату укладання договору в національній валюті Україна (гривні).

7.5. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово при оформленні договору страхування у безготівковій формі на розрахунковий рахунок або готівкою в касу Страховика, якщо інший порядок його сплати не передбачений договором страхування.

8. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

8.1. На умовах цих Правил договір страхування може бути укладений:

8.1.1 на строк однієї подорожі Застрахованої особи за кордон;

8.1.2. на строк здійснення багаторазових подорожей Застрахованої особи за кордон.

8.2. Мінімальний строк дії договору страхування - 1 доба, максимальний - 1 рік, якщо інше не передбачене умовами конкретного Договору страхування.

8.3. Договір страхування діє тільки у строк, який у ньому зазначений. Строк страхування не продовжується за винятком випадків, передбачених п. 8.4.4 цих Правил.

8.4. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування.

В Договорі страхування може бути передбачено наступне:

8.4.1. Якщо договір страхування укладено на строк однієї подорожі за кордон, то:

а) він набуває сили з моменту, коли Застрахована особа перетне кордон країни постійного проживання та громадянства при виїзді за кордон, але не раніше 00-00 годин, зазначеної як дата початку дії договору страхування;

б) він припиняє свою дію з моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при в'їзді в країну постійного проживання (громадянства), але не пізніше 24-00 години дня, зазначеного як дата закінчення строку договору страхування, якщо інші обставини, зазначені у п. 15.3 цих Правил, не призвели до дострокового припинення його дії.

8.4.2. Якщо договір страхування укладено на строк здійснення багаторазових подорожей за кордон протягом строку дії договору страхування з невизначеними датами кожної окремої подорожі, але визначеною загальною кількістю днів перебування на території страхування, страховий захист діє упродовж тієї кількості днів перебування Застрахованої особи на території страхування, яка зазначена у розділі «Кількість днів дії страхового захисту». При кожному виїзді Застрахованої особи на територію страхування кількість днів дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів перебування Застрахованої особи на цій території.

Дія страхового захисту припиняється, якщо вичерпано ліміт часу, встановлений у розділі «Кількість днів дії страхового захисту».

8.4.3. Якщо договір страхування укладено на строк здійснення багаторазових подорожей за кордон протягом строку дії договору страхування з невизначеними датами кожної окремої подорожі, але визначеною кількістю днів безперервного перебування на території страхування у межах кожної подорожі, страховий захист діє упродовж тієї кількості днів безперервного перебування Застрахованої особи на території страхування у межах кожної поїздки, яка зазначена у розділі «Кількість днів дії страхового захисту». Дія страхового захисту припиняється, якщо вичерпано ліміт часу, встановлений у розділі «Кількість днів дії страхового захисту» для кожної окремої подорожі у строк дії договору страхування.

8.4.4. Якщо повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання у разі її невідкладної госпіталізації, за висновком лікаря Представника Страховика, повинно бути організовано у більш пізній строк, дія страхового захисту подовжується додатково понад ту кількість днів дії страхового захисту, яка зазначена у договорі страхування (страховому полісі). При цьому страховий захист діє тільки стосовно випадку невідкладної госпіталізації, який стався протягом основної кількості днів дії страхового захисту, зазначеної у страховому полісі. За іншими випадками, які мали місце у додаткову кількість днів, страховий захист не діє.

8.5. Договір страхування, укладений згідно з цими Правилами, діє тільки на території тих країн, які в ньому зазначені.

8.6. Виключаються з території дії договору страхування:

8.6.1. Території, на яких ведуться військові дії;

8.6.2. Території, відносно яких застосовані військові та/або економічні санкції ООН;

8.6.3. Території, у межах яких виявлені осередки епідемій та пандемій;

8.7. Страховий захист за Договором страхування під час поїздки по території України починає діяти з моменту виїзду Застрахованої особи за адміністративні межі свого місця проживання на відстань більше 100 км, якщо в Договорі не вказана інша відстань, але не раніше вказаної в полісі дати початку дії Договору страхування, та закінчується з моменту в'їзду Застрахованої особи в адміністративні межі свого місця проживання, але не пізніше зазначеної в полісі дати закінчення дії Договору страхування.

9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

9.1. Для укладання договору страхування Страхувальник звертається до Страховика із заявою в усній чи письмовій формі. У заяві Страхувальника зазначається: прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи, повна дата народження, адреса місця постійного проживання, серія та номер закордонного паспорту, мета поїздки, дата початку страхування, країна, до якої прямує Застрахована особа, кількість днів перебування на території страхування, страхова сума, обрана програма страхування, додаткові умови страхування.

9.2. На вимогу Страховика Страхувальник при укладанні договору страхування повинен додатково повідомити Страховику:

9.2.1. Достовірні відомості про стан здоров'я особи, яка буде застрахована; у разі необхідності надати Страховику можливість медичного обстеження особи, яка буде застрахована;

9.2.2. Інформацію про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику;

9.2.3. Інформацію про договори особистого страхування, укладені стосовно особи, яка буде застрахована, з іншими Страховиками.

9.3. Страхувальник може укласти договір страхування на користь однієї Застрахованої особи або декількох Застрахованих осіб. У кожному випадку у договорі страхування повинен бути зазначені всі особи, які застраховані по ньому.

9.4. У разі, якщо Страхувальник укладає договір страхування на користь декількох осіб, які подорожують за кордон організованою групою, Страхувальник надає Страховику завірений підписами посадових осіб та скріплений оригінальною печаткою Страхувальника список Застрахованих осіб, у якому зазначається прізвище, ім'я та дата народження, паспортні дані, умови страхування та особистий підпис кожної особи. Цей список оформлюється як додаток до договору страхування і є його невід'ємною частиною.

9.5. На умовах цих Правил особи віком від 65 до 80 років можуть бути застраховані, якщо був сплачений додатковий страховий платіж.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

10.1. Страхувальник має право:

10.1.1. Ознайомитися з умовами страхування та цими Правилами добровільного страхування медичних та інших витрат під час подорожі за кордон ознайомити з ними Застраховану особу, одержати роз'яснення про умови страхування та порядок виплати страхової суми;

10.1.2. Вимагати від Страховика виконання умов Договору страхування;

10.1.3. Достроково припинити дію договору страхування з додержанням вимог п. 15.6 цих Правил;

10.1.4. Змінити умови договору страхування у порядку, визначеному у п. 15.2 цих Правил;

10.1.5. Отримати від Страховика у строк дії договору страхування дублікат страхового полісу у разі його втрати, при цьому загублений Страхувальником оригінал втрачає юридичну чинність;

10.1.6. Одержати страхове відшкодування витрат, здійснених ним самостійно у обсягах та порядку, передбаченому умовами договору страхування.

10.2. Страхувальник зобов'язаний, якщо це передбачено Договором:

10.2.1. Дотримуватись виконання умов договору страхування;

10.2.2. Своєчасно вносити страхові платежі;

10.2.3. Ознайомити кожну Застраховану особу з умовами страхування та цими Правилами;

10.2.4. При укладанні договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

10.2.5. На вимогу Страховика під час укладання договору страхування надати результати медичного обстеження особи, що страхується;

10.2.6. При настанні випадку, який має ознаки страхового, негайно сповістити про те, що сталося, закордонному Представнику Страховика (безпосередньо Страховику) через зазначений у страховому полісі номер телефону або будь-яким іншим доступним способом, який надає змогу об'єктивно зафіксувати факт повідомлення, та виконувати всі його рекомендації та озпорядження;

10.2.7. Якщо строк дії договору страхування перевищує кількість днів дії страхового захисту, яка у ньому зазначена. Страхувальник зобов'язаний документально підтвердити Страховику або його Представнику за кордоном, що на момент звернення за медичною та іншою допомогою дія страхового захисту по договору страхування не закінчилась, шляхом пред'явлення закордонного паспорту з відмітками про дату перетину державного кордону країни, яка зазначена як територія дії страхового полісу;

10.2.8. На вимогу Страховика або його Представника за кордоном для з'ясування причин та обставин страхового випадку надати інші документи, окрім страхового полісу та паспорту;

10.2.9. Дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком;

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

10.2.11. Повідомити страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування;

10.2.12. При укладанні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори особистого страхування, щодо цього предмету Договору;

10.2.13. Упродовж дії договору страхування письмово сповіщати Страховика про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються Страхувальника і Застрахованої особи;

10.2.14. Письмово повідомити Страховика про реорганізацію або ліквідацію Страхувальника юридичної особи;

10.2.15. Звільнити лікарів від зобов'язання зберігати лікарську таємницю перед Страховиком, якщо Страхувальник - фізична особа.

10.3. Страховик має право:

10.3.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію;

10.3.2. Достроково припинити дію договору страхування з дотриманням умов п. 15.7 цих Правил;

10.3.3. Вимагати від Страхувальника виконання умов договору страхування;

10.3.4. Вимагати від Представника Страховика за кордоном та Застрахованої особи попереднього узгодження витрат по подіям, заявленим як страхові;

10.3.5. Відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках, визначених у п. 14 цих Правил;

10.3.6. Протягом строку позовної давності, визначеного законодавством України, із дня здійснення страхової виплати вимагати повернення суми страхової виплати або її частини, якщо на те виникнуть підстави, передбачені законодавством України або умовами договору страхування;

10.3.7. Вимагати медичного освідчення Застрахованої особи у разі виникнення сумнівів у правдивості інформації стосовно обставин страхового випадку;

10.3.8. Змінити умови договору страхування із дотриманням вимог п. 15.2 цих Правил;

10.3.9. Встановлювати обмеження страхової суми, безумовну/умовну франшизу з окремих видів медичної, медично-транспортної та іншої допомоги;

10.3.10. Відмовитись від подальшого виконання своїх зобов'язань по договору страхування у випадку несвоечасної або неповної сплати страхової премії Страхувальником (Застрахованою особою);

10.3.11. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, а в разі необхідності отримувати від компетентних органів висновки про обставини страхового випадку;

10.3.12. У разі необхідності звільнити лікарів від зобов'язання зберігати лікарську таємницю особи;

10.3.13. Вимагати від Страхувальника/ Застрахованої особи або її Вигодонабувача інші документи для підтвердження факту настання страхового випадку, крім зазначених у п. 12.1 та 12.3 цих Правил;

10.4. Страховик зобов'язаний, якщо це передбачено Договором:

10.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування та Правилами добровільного страхування медичних витрат;

10.4.2. Дотримуватись виконання умов договору страхування;

10.4.3. Видати Страхувальнику примірник договору страхування (страховий поліс);

10.4.4. Протягом 2 робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхового відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі);

10.4.5. У разі настання страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у встановлений договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за невчасну виплату страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику/закордонному Представнику, який за дорученням Страховика здійснював урегулювання збитку, пені, розмір якої визначається договором страхування/договором доручення із закордонним Представником Страховика або законом;

10.4.6. Відшкодувати витрати, понесені страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору;

10.4.7. Не розголошувати відомостей про Страхувальника і його майнове становище, крім випадків, встановлених законом, забезпечити конфіденційність інформації медичного характеру про Застраховану особу, крім випадків, коли розголошення такої інформації зумовлене необхідністю надання медичної допомоги;

10.4.8. Надавати роз'яснення з усіх питань, що виникають у Страхувальника або Застрахованої особи за договором страхування.

10.4.9. У випадку звернення Страхувальника або Застрахованої особи з приводу втрати примірника Договору страхування (страхового полісу) на протязі строку його дії оформити та видати дублікат втраченого документу.

10.5. Застрахована особа має право, якщо це передбачено Договором:

10.5.1. Скористатися правами Страхувальника, передбаченими цими Правилами;

10.5.2. Якщо Застрахована особа є недієздатною, її права здійснюють її законні представники.

10.6. Застрахована особа зобов'язана, якщо це передбачено Договором:

10.6.1. Дотримуватись виконання умов договору страхування;

10.6.2. Надійно зберігати страховий поліс та не передавати його іншим особам;

10.6.3. У разі втрати страхового полісу протягом 24 годин звернутись до Страховика із заявою про видачу дублікату;

10.6.4. При настанні страхового випадку повідомити про стан Представника Страховика за кордоном або безпосередньо Страховика з додержанням вимог розділу 11 цих Правил та узгодити з ними свої дії та витрати;

10.6.5. При отриманні медичних послуг виконувати всі розпорядження Представника Страховика за кордоном або безпосередньо Страховика;

10.6.6. У разі необхідності та за умови обов'язкового попереднього погодження з Представником Страховика та якщо це передбачено умовами договору страхування, особисто сплатити вартість медичних послуг, отриманих амбулаторне;

10.6.7. На вимогу Страховика пройти медичне обстеження для підтвердження або спростування обґрунтованості наданої допомоги у зв'язку із страховим випадком;

10.6.8. Звільнити лікарів від зобов'язання зберігати лікарську таємницю перед Страховиком;

10.6.9. Вчасно інформувати Страховика про зміни адреси місця постійного проживання, контактних телефонів, паспортних даних.

10.7. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки сторін.

11. ДІЇ СТОРІН ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. В строк не пізніше 24 годин після настання випадку, який згідно з п. 3.1 цих Правил може бути визнаний страховим. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повідомити закордонного Представника Страховика за телефонами, зазначеними у договорі страхування (страховому полісі, персональній сервісній картці) та узгодити з ним свої подальші дії. Якщо неможливо зробити повідомлення Представнику Страховика, то допускається зробити його безпосередньо Страховику.

11.2. Якщо Застрахована особа фізично не спроможна звернутись до закордонного Представника Страховика (безпосередньо Страховика) перед початком надання їй медичної допомоги, вона або її представник повинні при першій можливості, але не пізніше 2-х (двох) діб з моменту початку надання медичної допомоги, повідомити про це Представника Страховика або безпосередньо Страховика та узгодити витрати та подальші дії.

11.3. Повідомлення до закордонного Представника Страховика або безпосередньо Страховика має містити:

- а) найменування страхової компанії, з якою укладено договір страхування;
- б) прізвище, ім'я Застрахованої особи та найменування Страхувальника;
- в) номер договору страхування (страхового полісу);
- г) дату початку та дату закінчення строку дії договору страхування;
- д) кількість днів дії страхового захисту;
- е) програму страхування;
- ж) інформацію про випадок, що стався;
- з) адресу і телефон місця, де перебуває Застрахована особа.

11.4. Представник Страховика за кордоном надсилає інформацію про заявлену подію Страховику у порядку та строк, визначений договором доручення, і після узгодження із Страховиком витрат організує надання медичних та інших послуг Застрахованій особі згідно з умовами договору (програми) страхування, контролює своєчасність, адекватність, адресність, якість надання цих послуг та гарантує їх оплату за дорученням та за рахунок коштів Страховика.

11.5. У будь-якому випадку надання медичної та іншої допомоги Застрахованій особі розпочинається тільки після пред'явлення Застрахованою особою (наявності у неї) страхового полісу.

11.6. З метою визначення чинності договору страхування на момент настання випадку, який має ознаки страхового. Застрахована особа повинна пред'явити Представнику Страховика закордонний паспорт з відмітками про перетин державного кордону країни (території), вказаної у договорі страхування (страховому полісі) як територія його дії.

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

ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКУ

12.1. У випадку, якщо медична та інша допомога Застрахованій особі була сплачена Представником Страховика за кордоном, медичний заклад, лікар або інший заклад, який надавав допомогу Застрахованій особі, надсилає Представнику Страховика рахунок на сплату вартості наданої допомоги та оригінали документів, які підтверджують обставини страхового випадку і розмір збитку, а саме:

12.1.1. Копію договору страхування (страхового полісу);

12.1.2. Копію документу, що підтверджує особу Застрахованої особи (закордонний паспорт);

12.1.3. Рахунки на оплату медичних послуг, наданих Застрахованій особі;

12.1.4. Оригінал медичного рапорту (звіту) на фірмовому бланку та/або з оригінальною печаткою медичного закладу, у якій була надана допомога (або лікаря, який надавав допомогу), із зазначенням імені та прізвища Застрахованої особи, номеру страхового полісу, дати звернення Застрахованої особи в медичний заклад (до лікаря), попереднього та клінічного діагнозу, переліку та вартості призначеного лікування; медичні висновки лікарів, які надавали допомогу, результати лабораторних та інструментальних досліджень. Медичний звіт або довідка лікаря повинна бути засвідчена підписом Застрахованої особи про отримання зазначених в ній послуг;

12.1.5. Оригінали рецептів на призначені лікарські засоби;

12.1.6. Офіційний протокол про факт настання нещасного випадку з інформацією про посадових осіб, які засвідчили факт нещасного випадку, та їх адрес і телефонів, опис обставин нещасного випадку, стан Застрахованої особи у відношенні алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння; довідку з медичної установи із зазначеним діагнозом, та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої Застрахованої особи на момент нещасного випадку або відразу після нього;

12.1.7. Довідку авіаперевізника, рахунки (квитанції) за оплату додаткової ваги багажу, мита, вартості перевезення (квитки за проїзд) до митного пункту країни постійного проживання у разі медичної репатріації Застрахованої особи;

12.1.8. Довідку консульської установи на території страхування про смерть у разі загибелі (смерті) Застрахованої особи на території страхування; рахунки за послуги, передбачені п.4.3.2. цих Правил, та висновки і довідки установ, які надавали ці послуги; транспортні накладні, митні декларації, довідка авіаперевізника та ін.;

12.1.9. Невикористані Застрахованою особою або третіми особами (у випадках, передбачених п.4.7. та п.4.8. цих Правил) квитки на зворотній проїзд у країну постійного проживання;

12.1.10. Акт авіаперевізника про несправності при перевезенні (PIR.), авіаквитки, багажні бирки, квитанції за оплату наднормативної ваги багажу у випадку його втрати;

12.1.11. Документи із консульських установ та поліції, чеки та рахунки, що підтверджують витрати на оформлення тимчасових документів на території та у строк страхування;

12.2. Зазначені у п.12.1 документи, а також нотаріально завірені копії платіжних документів про сплату Представником Страховика вартості наданих Застрахованій особі послуг Представник Страховика передає Страховику. На підставі отриманих від закордонного Представника Страховика документів Страховик приймає рішення про страхову виплату та складає страховий акт або відмову у страховій виплаті.

Копія страхового акту передається Страховиком Застрахованій особі.

12.3. У разі, якщо за погодженням із Представником Страховика / безпосередньо Страховиком та якщо це передбачено умовами договору страхування. Застрахована особа особисто оплатила вартість медичної допомоги, то для отримання страхового відшкодування вона зобов'язана у строк не пізніше 30 днів з моменту повернення із-за кордону подати Страховику письмову заяву про страхове відшкодування здійснених нею на території страхування витрат.

До заяви Застрахованої особи додаються:

12.3.1. Оригінал договору страхування (страхового полісу);

12.3.2. Документ, що підтверджує особу Застрахованої особи (закордонний паспорт);

12.3.3. Рахунки на оплату медичних послуг, наданих Застрахованій особі;

12.3.4. Оригінал медичного рапорту на фірмовому бланку та/або з оригінальною печаткою лікувально-профілактичної установи, у якій була надана допомога Застрахованій особі (або лікаря, який надавав допомогу), із зазначенням імені та прізвища Застрахованої особи, номеру страхового полісу, дати звернення Застрахованої особи в медичний заклад (до лікаря), попереднього та клінічного діагнозу, переліку та вартості призначеного лікування; медичні висновки лікарів, які надавали медичні послуги, результати лабораторних та інструментальних досліджень. Медичний звіт або довідка лікаря повинна бути засвідчена підписом Застрахованої особи про отримання зазначених в ній послуг;

12.3.5. Офіційний протокол або медична довідка про факт настання нещасного випадку;

12.3.6. Оригінали рецептів на придбані ліки та фіскальні чеки про їх сплату;

12.3.7. Сплатений чек за дзвінок до Представника Страховика або безпосередньо Страховика з відмітками про дату дзвінка, абоненту та тривалості розмови;

12.3.8. Платіжні реквізити для перерахування страхового відшкодування.

12.4. На підставі отриманих від Застрахованої особи документів Страховик приймає рішення про страхову виплату і складає страховий акт або рішення про відмову у страховій виплаті.

12.5. Якщо наведених у п. 12.1 та п. 12.3 цих Правил документів недостатньо для підтвердження факту настання страхового випадку, визначення причин та обставин настання страхового випадку, а також розміру завданого збитку, Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) про необхідність проведення додаткового розслідування обставин страхового випадку, отримання додаткових експертних висновків про розмір завданого збитку або інших документів та/або інформації, необхідних для здійснення страхової

виплати. При цьому Страховик направляє офіційні запити в компетентні органи про надання відповідних документів та/або інформації, що підтверджують факт та причину настання страхового випадку, а також розмір завданого збитку.

12.6. Страховик залишає за собою право в спірних випадках вимагати проведення додаткового медичного або клінічного обстеження Застрахованої особи у визначених ним медичних закладах.

12.7. Умовами договору або/та окремих програм страхування можуть бути передбачені інші документи, необхідні для підтвердження чинності договору страхування на момент настання страхового випадку (туристичний ваучер (путівка), проїзні документи, посвідчення про відрядження, тощо).

12.8. Кожна із сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи за рахунок Сторони, яка вимагає такої експертизи.

13. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.

13.1. Оплата медичної та іншої допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні випадків, визначених у цих Правилах у строк та на території дії договору страхування, може здійснюватись:

13.1.1. Закордонним Представником за дорученням та за рахунок коштів Страховика на рахунок закладів, які надавали допомогу Застрахованій особі;

13.1.2. Застрахованою особою самостійно (готівкою або шляхом безготівкового перерахування) в межах, визначених договором страхування, якщо такий порядок оплати допомоги передбачений його умовами.

13.2. При настанні випадків, визначених у цих Правилах, згідно з умовами договору та програми страхування у межах страхової суми (лімітів страхової суми) Страховик здійснює страхове відшкодування витрат за надану медичну та іншу допомогу Застрахованій особі:

13.2.1. Закордонному Представнику Страховика, який сплатив вартість наданих Застрахованій особі послуг на території та у строк дії договору страхування;

13.2.2. безпосередньо Застрахованій особі, якщо за погодженням із Представником Страховика (безпосередньо Страховика) та у обсязі, передбаченому умовами договору страхування. Страховиком вона сплатила вартість медичних послуг особисто.

13.3. Рішення про здійснення страхової виплати закордонному Представнику Страховика або безпосередньо Застрахованій особі приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів із дати отримання всіх необхідних документів, зазначених у п. 12.1 та п.12.3 цих Правил.

13.4. У випадку, зазначеному у п. 13.2.1, Страховик складає страховий акт та відшкодовує витрати на рахунок Представника Страховика за кордоном протягом 10 (десяти) робочих днів з дати його підписання сторонами; при цьому копія страхового акту передається Застрахованій особі (у випадку посмертної репатріації Застрахованої особи - її спадкоємцю за законом);

13.5. У випадку, зазначеному у п. 13.2.2, Страховик складає страховий акт та відшкодовує витрати Застрахованій особі через касу або у безготівковому порядку відповідно до бажання Застрахованої особи, викладеного нею у заяві про страхове відшкодування, протягом 10 (десяти) робочих днів з дати підписання страхового акту сторонами; при цьому примірник страхового акту передається Застрахованій особі (у випадку посмертної репатріації Застрахованої особи - її спадкоємцю за законом).

13.6. Днем здійснення страхової виплати вважається день списання коштів з поточного рахунку Страховика.

13.7. Договором доручення із закордонним Представником Страховика може бути передбачений інший порядок та строк прийняття рішення про виплату страхового відшкодування витрат на медичну та іншу допомогу Застрахованій особі, здійснених Представником.

13.8. Розмір страхових виплат визначається згідно з рахунками, виставленими установами, які надали послуги Застрахованій особі.

13.9. Умови виплати страхового відшкодування:

а) страхове відшкодування не може перевищувати розміру прямих витрат, яких зазнала Застрахована особа;

б) страхове відшкодування сплачується Страховиком у межах ліміту страхової суми на відповідний вид послуг, якщо він встановлений договором (програмою) страхування, та за вирахуванням безумовної франшизи, якщо вона передбачена умовами страхування;

с) загальна сума виплат для кожної Застрахованої особи за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми (ліміту страхової суми) для цієї Застрахованої особи, встановленої договором страхування.

13.10. У випадку, коли сума можливих витрат по страховому випадку може перевищити страхову суму (ліміт страхової суми), Страховик в першу чергу сплачує витрати на невідкладні медичні заходи, спрямовані на усунення загрози життю та стабілізацію медичного стану Застрахованої особи.

13.11. У випадку, якщо за висновком лікаря Представника Страховика та місцевого лікаря, можливо здійснити транспортування Застрахованої особи до країни її постійного проживання, Страховик сплачує через Представника витрати на медичну репатріацію згідно цих Умов.

13.12. У випадку смерті Застрахованої особи на території дії договору страхування Страховик сплачує у першу чергу витрати на репатріацію її тіла згідно цих Умов.

13.13. Для Застрахованих осіб - іноземних громадян та осіб без громадянства Страховик сплачує вартість медично-транспортної допомоги у обсязі медичної евакуації у межах території страхування, якщо не сплачено додатковий страховий платіж по ризику медичної або/та посмертної репатріації у країну постійного проживання.

13.14. Якщо договір страхування укладено на строк безперервного перебування Застрахованої особи на території дії договору страхування більше 90 днів, у період, що перевищує зазначену кількість днів, Страховик сплачує витрати на екстрену госпіталізацію або на медичну репатріацію потерпілої Застрахованої особи у межах встановленої договором страхування страхової суми (ліміту страхової суми), якщо у договорі страхування не зазначене інше.

13.15. При здійсненні Застрахованою особою багаторазових подорожей на територію страхування сплата страхового відшкодування здійснюється не більше ніж за ту кількість днів безперервного перебування Застрахованої особи на цій території у межах кожної подорожі, яка визначена у страховому полісі у полі «кількість днів дії страхового захисту». При цьому подорожжю вважається одноразовий перетин державного кордону України при виїзді на територію страхування та одноразовий перетин державного кордону України при в'їзді на її територію.

13.16. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) одержав відшкодування за збиток від третіх осіб, Страховик виплачує тільки різницю між сумою, що підлягає виплаті у вигляді страхового відшкодування, і сумою, яка одержана від третіх осіб. Застрахована особа повинна протягом п'яти робочих днів повідомити Страховика про одержання таких сум.

СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

14.1. Підставами для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є, якщо це передбачено Договором:

14.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), 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;

14.1.2. Вчинення Страхувальником-фізичною особою або Застрахованою особою умисного злочину, що спричинив страховий випадок;

14.1.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору, про факт настання страхового випадку;

14.1.4. Отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної в їх заподіянні;

14.1.5. Невчасне повідомлення Застрахованою особою Представника Страховика або Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин, створення Страховикові або Представнику Страховика перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

14.1.6. Ненадання або невчасне надання на вимогу Страховика Застрахованою особою документів, які підтверджують факт настання страхового випадку та/або його обставини;

14.1.7. Відмова Страхувальника (Застрахованої особи) від виконання розпоряджень Представника Страховика;

14.1.8. Якщо Застрахована особа діяла на свій розсуд без попередньої згоди Страховика або його закордонного Представника;

14.1.9. Настання страхового випадку поза місцем та строком (кількістю днів) дії Договору страхування;

14.1.10. Настання випадків, що зазначені в цих Умовах як винятки;

14.1.11. Інші випадки, передбачені чинним законом.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

14.2. Рішення про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дати отримання всіх необхідних документів, передбачених п.12.1, 12.2, 12.3 та 12.5 цих Правил та договором страхування.

14.3. У випадку відмови у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний письмово повідомити про це Застраховану особу (Страхувальника), Представника Страховика за кордоном протягом п'яти робочих днів з моменту оформлення Страхового акту з обґрунтуванням причин відмови, якщо інший термін не передбачений умовами Договору страхування.

14.4. Відмова Страховика у виплаті страхового відшкодування Застрахованій особі може бути оскаржена Страхувальником (Застрахованою особою) у судовому порядку.

14.5. Якщо рішення Страховика про відмову у страховій виплаті визнано законним у судовому порядку або визнається Застрахованою особою, вона самостійно відшкодовує вартість отриманих послуг особам, що надавали їй допомогу.

15. УМОВИ ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Будь-які зміни умов договору страхування здійснюються за згодою Страховика і Страхувальника шляхом укладання додаткової угоди до чинного договору страхування.

15.2. Про намір внести зміни до умов договору страхування сторона-ініціатор має письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) робочих днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інший порядок внесення змін не передбачений договором страхування.

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

15.3.1. Закінчення строку дії;

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

15.3.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий)

страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору;

15.3.4. Ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону;

15.3.5. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

15.3.6. Інших випадків, передбачених законодавством України.

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

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

15.6. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

15.7. У разі дострокового припинення договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування.

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

15.9. *Недійсність договору страхування.*

15.9.1. Договір страхування вважається недійсним з часу його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.

15.9.2. Договір страхування вважається недійсним, коли його укладено після настання страхового випадку.

15.9.3. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

15.10. У разі визнання договору страхування недійсним кожна сторона повинна повернути іншій стороні все, що вона отримала за даним договором, якщо інші наслідки недійсності договору страхування не передбачені законодавством України.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. Суперечності та розбіжності, що впливають із умов договору страхування, вирішуються сторонами шляхом переговорів.

16.2. У випадку, якщо не досягнуто згоди шляхом переговорів, суперечності вирішуються у порядку, установленому чинним законодавством України.

16.3. Вимоги щодо страхових виплат пред'являються згідно з чинним законодавством України.

16.4. Сторона, винна в невиконанні або в неналежному виконанні умов Договору страхування, несе відповідальність згідно з Договором страхування та з діючим законодавством України.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Будь-які повідомлення приймаються Страховиком/Страхувальником лише в письмовому вигляді (прийнятним є обмін повідомленнями із використанням факсимільного зв'язку та електронної пошти з подальшим надсиланням оригіналів документів).

17.2. Договором страхування може бути передбачено, що сторони мають право припинити виконання своїх обов'язків за договором страхування у випадку настання на території дії страхового покриття обставин форс-мажор (введення органами влади особливого положення та інших надзвичайних заходів, стихійних лих, початку військових дій тощо).

17.3. Наслідки збільшення страхового ризику в період дії Договору страхування.

17.3.1. В період дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний негайно повідомити Страховика про значні зміни, які стали йому відомі, в обставинах, які були представлені Страховику при укладанні Договору, якщо ці зміни можуть суттєво впливати на збільшення страхового ризику (зміна обставин визначається суттєвою, коли вони змінилися настільки, що, якби, сторони мали змогу це передбачити, то Договір взагалі не було б укладено, або було б укладено на значно інших умовах).

17.3.2. В разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов Договору страхування або доплати страхового платежу, Страховик має право вимагати розриву Договору в порядку, передбаченому законодавству України. Зокрема, згода про розірвання Договору здійснюється в тій же формі, що і Договір, обов'язки сторін припиняються з моменту укладення угоди про розірвання Договору, а при його розірвання в судовому порядку – з моменту вступу в законну силу рішення суду про розірвання Договору.

Сторони не мають права вимагати повернення того, що було виконано ними по договірним обов'язкам до моменту розірвання Договору, якщо інше не встановлено законодавством України.

17.4. У випадку, якщо Страхувальник не повідомить Страховика про значні зміни в обставинах, повідомлених при укладанні Договору, останній має право вимагати розірвання Договору і відшкодування збитків, які настали в разі розірвання Договору згідно діючому законодавству України.

Страховик не має права вимагати розірвання Договору страхування, якщо обставини, які стали причиною страхового випадку, вже не мають сили.

17.5. Зміни та доповнення до цих Правил, у тому числі з метою розширення обсягу відповідальності Страховика за Договором страхування, включаючи перелік предметів страхування та страхових ризиків, реєструються в Державній комісії з регулювання ринків фінансових послуг України.

18. ТЕРМІНОЛОГІЯ

Кожен термін, що визначається у цьому розділі Правил, має і надалі так трактуватися кожен раз, коли він згадується у тексті Правил.

18.1. **Договір страхування.** Письмова угода між Страхувальником та Страховиком, з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у межах страхової суми Страхувальнику (Застрахованій особі) або Представнику Страховика, визначеній в договорі Страхувальником, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові внески у визначені строки та виконувати інші умови договору.

18.2. **Франшиза.** Частина збитків, яка згідно з договором страхування, не відшкодовується Страховиком.

18.3. **Амбулаторна медична допомога.** Медичні послуги, що надаються Застрахованій особі в медичному закладі на протязі терміну, який не перевищує 24 години, у разі її тимчасового відвідування лікувального закладу, або медичні послуги, які вона отримує у місці

тимчасового перебування (проживання) із залученням медичного персоналу медичного закладу, що періодично відвідує Застраховану особу.

18.4. Раптове гостре захворювання. Раптове гостре, несподіване погіршення стану здоров'я, що становить загрозу здоров'ю та життю Застрахованої особи, причини якого ніяк не пов'язані із медичним станом Застрахованої особи, який існував до моменту захворювання, і яке потребує невідкладного медичного втручання.

18.5. Загострення хронічного захворювання. Посилення патологічних проявів захворювання (без виникнення нового захворювання), які становлять загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи може призвести до втрати працездатності або смерті без своєчасного надання кваліфікованої медичної допомоги.

18.6. Медична евакуація. Термінове транспортування Застрахованої особи із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та у супроводі медичного персоналу до медичного закладу, де можуть надаватися кваліфіковані медичні послуги, якщо необхідність такого транспортування зумовлена медичним станом Застрахованої особи.

18.7. Медична репатріація. Термінове транспортування Застрахованої особи у супроводі медичного персоналу з-за кордону у країну постійного проживання з метою подальшого лікування.

18.8. Невідкладна (швидка) медична допомога. Надання невідкладних медичних послуг Застрахованій особі на місці події силами спеціалізованої бригади при виникненні загрози її життю внаслідок нещасного випадку або гострого захворювання (загострення хронічного захворювання).

18.9. Невідкладна стоматологічна допомога. Надання медичних послуг при гострому захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямоване на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення без подальшого відновлювального лікування.

18.10. Нещасний випадок. Під нещасним випадком розуміється раптова, несподівана, короточасна зовнішня подія, що фактично відбулась під час та в місці дії Договору страхування, яка призвела до тілесного ушкодження (травми) або смерті Застрахованої особи, і яка документально підтверджена медичним закладом.

18.11. Посмертна репатріація. Перевезення тіла Застрахованої особи у випадку її загибелі або смерті з-за кордону до країни її постійного мешкання. Витрати на посмертну репатріацію включають вартість труни для міжнародного перевезення, транспортні та адміністративні витрати.

18.12. Стаціонарна медична допомога. Медичні послуги, що надаються Застрахованій особі у медичному закладі протягом терміну, який перевищує 24 години.

18.13. Страховий акт. Документ, що складається Страховиком для підтвердження факту настання Страхового випадку та є підставою для здійснення страхової виплати. Страховий акт складається на підставі документів про надані Застрахованій особі медичні та інші послуги на території та у строк дії договору страхування та які підтверджені відповідними актами виконаних робіт і рахунками, отриманими від юридичних та фізичних осіб.

Додаток №1
до Правил добровільного страхування медичних витрат
від «__» _____ 2008 р.

ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ ДЛЯ ВИЇЗДУ ЗА КОРДОН.

1. Програма А - «Економ».

1.1. Медичні послуги:

1.1.1. Надання швидкої медичної допомоги:

- на місці події спеціалізованою бригадою невідкладної медичної допомоги;
- у відділенні невідкладної допомоги (послуги медичного персоналу, невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження, вартість перебування у відділенні швидкої допомоги);

1.1.2. Надання амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації);
- діагностичні дослідження, лікувальні процедури, оперативні втручання, використання медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу.

1.1.3. Надання стаціонарної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) в медичних закладах, включаючи:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації та т.і.);
- вартість діагностичних та лікувальних процедур (включаючи оперативні втручання), а також використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу;
- вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних);
- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі;
- невідкладна пологова допомога (для породіль з терміном вагітності до 7 місяців)

1.1.4. Невідкладна стоматологічна допомога при гострому зубному болю на суму, що не перевищує встановленого в Договорі страхування ліміту відповідальності по стоматологічній допомозі;

1.2. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги (або іншим медичним транспортним засобом) до найближчого лікувального закладу або лікаря;
- медичну евакуацію Застрахованої особи, а також супроводжуючої особи (при наявності медичної необхідності супроводження, підтверженої відповідними документами), медичним транспортним засобом до найближчого медичного закладу, який має змогу надати необхідну допомогу.

1.3. Репатріація:

1.3.1. Медична репатріація Застрахованої особи із-за кордону до медичного закладу, найближчого до аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, включаючи витрати на транспортування супроводжуючої особи, якщо це необхідно за медичними показниками. Необхідність медичної репатріації Застрахованої особи вирішується спеціалістом Сервісної компанії та узгоджується з лікарем, який проводить лікування Застрахованої особи;

1.3.2. Репатріація тіла із-за кордону до найближчого аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання В цьому випадку витрати на придбання труни не можуть перевищувати суми еквівалентної 1 000 доларів США/ EUR.

Невикористаний квиток на зворотній проїзд в Україну (країну постійного проживання) здається закордонному Представнику Страховика або безпосередньо Страховику.

1.4. Послуга зв'язку. Витрати Застрахованої особи на оплату послуг зв'язку при зверненні до закордонного Представника Страховика у разі настання страхового випадку відшкодовуються Страховиком безпосередньо Застрахованій особі після пред'явлення нею оригіналів квитанцій за сплачений дзвінок до закордонного Представника Страховика.

1.5. Передача термінових повідомлень. Передача термінових повідомлень, що пов'язані з нещасним випадком або раптовим захворюванням Страхувальника (Застрахованої особи). Передача Застрахованою особою термінових повідомлень найближчим родичам (чоловік, дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) та за місцем роботи у країні постійного проживання, після надання Застрахованою особою документів, що підтверджують понесені витрати.

2. Програма В - «Авто».

2.1. Медичні послуги:

2.1.1. Надання швидкої медичної допомоги:

- на місці події спеціалізованою бригадою невідкладної медичної допомоги;
- у відділенні невідкладної допомоги (послуги медичного персоналу, невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження, вартість перебування у відділенні швидкої допомоги);

2.1.2. Надання амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації);
- діагностичні дослідження, лікувальні процедури, оперативні втручання, використання медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу.

2.1.3. Надання стаціонарної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) в медичних закладах, включаючи:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації та т.і.);
- вартість діагностичних та лікувальних процедур (включаючи оперативні втручання), а також використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу;
- вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних);
- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі;
- невідкладна пологова допомога (для породіль з терміном вагітності до 7 місяців)

2.1.4. Невідкладна стоматологічна допомога при гострому зубному болю на суму, що не перевищує встановленого в Договорі страхування ліміту відповідальності по стоматологічній допомозі;

2.2. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги (або іншим медичним транспортним засобом) до найближчого лікувального закладу або лікаря;
- медичну евакуацію Застрахованої особи, а також супроводжуючої особи (при наявності медичної необхідності супроводження, підтвердженої відповідними документами), медичним транспортним засобом до найближчого медичного закладу, який має змогу надати необхідну допомогу.

2.3. Репатріація:

2.3.1. Медична репатріація Застрахованої особи із-за кордону до медичного закладу, найближчого до аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, включаючи витрати на транспортування супроводжуючої особи, якщо це необхідно за медичними показниками. Необхідність медичної репатріації Застрахованої особи вирішується спеціалістом Сервісної компанії та узгоджується з лікарем, який проводить лікування Застрахованої особи;

2.3.2. Репатріація тіла із-за кордону до найближчого аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання. В цьому випадку витрати на придбання труни не можуть перевищувати суми еквівалентної 1 000 доларів США/ EURO.

Невикористаний квиток на зворотній проїзд в Україну (країну постійного проживання) здається закордонному Представнику Страховика або безпосередньо Страховику.

2.4. Послуга зв'язку. Витрати Застрахованої особи на оплату послуг зв'язку при зверненні до закордонного Представника Страховика у разі настання страхового випадку відшкодовуються Страховиком безпосередньо Застрахованій особі після пред'явлення нею оригіналів квитанцій за сплачений дзвінок до закордонного Представника Страховика.

2.5. Передача термінових повідомлень. Передача термінових повідомлень, що пов'язані з нещасним випадком або раптовим захворюванням Страхувальника (Застрахованої особи). Передача Застрахованою особою термінових повідомлень найближчим родичам (чоловік, дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) та за місцем роботи у країні постійного проживання, після надання Застрахованою особою документів, що підтверджують понесені витрати.

3. Програма С - «Класик».

3.1. Медичні послуги:

3.1.1. Надання швидкої медичної допомоги:

- на місці події спеціалізованою бригадою невідкладної медичної допомоги;
- у відділенні невідкладної допомоги (послуги медичного персоналу, невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження, вартість перебування у відділенні швидкої допомоги);

3.1.2. Надання амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації);
- діагностичні дослідження, лікувальні процедури, оперативні втручання, використання медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу.

3.1.3. Надання стаціонарної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) в медичних закладах, включаючи:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації та т.і.);
- вартість діагностичних та лікувальних процедур (включаючи оперативні втручання), а також використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу;
- вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних);
- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі;
- невідкладна пологова допомога (для породіль з терміном вагітності до 7 місяців)

3.1.4. Невідкладна стоматологічна допомога при гострому зубному болю на суму, що не перевищує встановленого в Договорі страхування ліміту відповідальності по стоматологічній допомозі;

3.2. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги (або іншим медичним транспортним засобом) до найближчого лікувального закладу або лікаря;
- медичну евакуацію Застрахованої особи, а також супроводжуючої особи (при наявності медичної необхідності супроводження, підтвердженої відповідними документами), медичним транспортним засобом до найближчого медичного закладу, який має змогу надати необхідну допомогу.

3.3. Репатріація:

3.3.1. Медична репатріація Застрахованої особи із-за кордону до медичного закладу, найближчого до аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного

проживання Застрахованої особи, включаючи витрати на транспортування супроводжуючої особи, якщо це необхідно за медичними показниками. Необхідність медичної репатріації Застрахованої особи вирішується спеціалістом Сервісної компанії та узгоджується з лікарем, який проводить лікування Застрахованої особи;

3.3.2. Репатріація тіла із-за кордону до найближчого аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання. В цьому випадку витрати на придбання труни не можуть перевищувати суми еквівалентної 1 000 доларів США/ EUR.

Невикористаний квиток на зворотній проїзд в Україну (країну постійного проживання) здається закордонному Представнику Страховика або безпосередньо Страховику.

3.4. Послуга зв'язку. Витрати Застрахованої особи на оплату послуг зв'язку при зверненні до закордонного Представника Страховика у разі настання страхового випадку відшкодовуються Страховиком безпосередньо Застрахованій особі після пред'явлення нею оригіналів квитанцій за сплачений дзвінок до закордонного Представника Страховика.

3.5. Передача термінових повідомлень. Передача термінових повідомлень, що пов'язані з нещасним випадком або раптовим захворюванням Страхувальника (Застрахованої особи). Передача Застрахованою особою термінових повідомлень найближчим родичам (чоловік, дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) та за місцем роботи у країні постійного проживання, після надання Застрахованою особою документів, що підтверджують понесені витрати.

3.6. Візит одного з близьких родичів. Транспортні витрати на візит одного з близьких родичів Застрахованої особи (чоловік, дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) до хворої Застрахованої особи у випадку перебування Застрахованої особи в стаціонарному медичному закладі понад 10 діб та в разі неможливості медичної евакуації Застрахованої особи до місця постійного проживання за медичними висновками (відшкодовується вартість проїзду в обидва кінці однієї особи економічним класом).

3.7. Дострокове повернення дітей. Дострокове повернення дітей Застрахованої особи віком до 14 років до місця проживання в разі перебування Застрахованої особи в стаціонарному медичному закладі або її смерті за кордоном (у випадку, коли немає можливості нагляду за дітьми іншого з батьків; діє по відношенню до дітей, що застраховані за цими умовами). У цьому випадку Застрахована особа або її представник повинний передати зворотні квитки Представнику Страховика або Страховику до дати початку перевезення, вказаної в такому квитку.

4. Програма D - «Комфорт».

4.1. Медичні послуги:

4.1.1. Надання швидкої медичної допомоги:

- на місці події спеціалізованою бригадою невідкладної медичної допомоги;
- у відділенні невідкладної допомоги (послуги медичного персоналу, невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження, вартість перебування у відділенні швидкої допомоги);

4.1.2. Надання амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації);
- діагностичні дослідження, лікувальні процедури, оперативні втручання, використання медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу.

4.1.3. Надання стаціонарної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) в медичних закладах, включаючи:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації та т.і.);
- вартість діагностичних та лікувальних процедур (включаючи оперативні втручання), а також використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу;
- вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних);

- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі;

- невідкладна пологова допомога (для породіль з терміном вагітності до 7 місяців)

4.1.4. Невідкладна стоматологічна допомога при гострому зубному болі на суму, що не перевищує встановленого в Договорі страхування ліміту відповідальності по стоматологічній допомозі;

4.2. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги (або іншим медичним транспортним засобом) до найближчого лікувального закладу або лікаря;

- медичну евакуацію Застрахованої особи, а також супроводжуючої особи (при наявності медичної необхідності супроводження, підтвердженої відповідними документами), медичним транспортним засобом до найближчого медичного закладу, який має змогу надати необхідну допомогу.

4.3. Репатріація:

4.3.1. Медична репатріація Застрахованої особи із-за кордону до медичного закладу, найближчого до аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, включаючи витрати на транспортування супроводжуючої особи, якщо це необхідно за медичними показниками. Необхідність медичної репатріації Застрахованої особи вирішується спеціалістом Сервісної компанії та узгоджується з лікарем, який проводить лікування Застрахованої особи;

4.3.2. Репатріація тіла із-за кордону до найближчого аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання. В цьому випадку витрати на придбання труни не можуть перевищувати суми еквівалентної 1 000 доларів США/ EUR.

Невикористаний квиток на зворотній проїзд в Україну (країну постійного проживання) здається закордонному Представнику Страховика або безпосередньо Страховику.

4.4. **Послуга зв'язку.** Витрати Застрахованої особи на оплату послуг зв'язку при зверненні до закордонного Представника Страховика у разі настання страхового випадку відшкодовуються Страховиком безпосередньо Застрахованій особі після пред'явлення нею оригіналів квитанцій за сплачений дзвінок до закордонного Представника Страховика.

4.5. **Передача термінових повідомлень.** Передача термінових повідомлень, що пов'язані з нещасним випадком або раптовим захворюванням Страховальника (Застрахованої особи). Передача Застрахованою особою термінових повідомлень найближчим родичам (чоловік, дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) та за місцем роботи у країні постійного проживання, після надання Застрахованою особою документів, що підтверджують понесені витрати.

4.6. **Візит одного з близьких родичів.** Транспортні витрати на візит одного з близьких родичів Застрахованої особи (чоловік, дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) до хворої Застрахованої особи у випадку перебування Застрахованої особи в стаціонарному медичному закладі понад 10 діб та в разі неможливості медичної евакуації Застрахованої особи до місця постійного проживання за медичними висновками (відшкодовується вартість проїзду в обидва кінці однієї особи економічним класом).

4.7. **Дострокове повернення дітей.** Дострокове повернення дітей Застрахованої особи віком до 14 років до місця проживання в разі перебування Застрахованої особи в стаціонарному медичному закладі або її смерті за кордоном (у випадку, коли немає можливості нагляду за дітьми іншого з батьків; діє по відношенню до дітей, що застраховані за цими умовами). У цьому випадку Застрахована особа або її представник повинний передати зворотні квитки Представнику Страховика або Страховику до дати початку перевезення, вказаної в такому квитку.

5. Програма Е - «Сніжний поліс».

5.1. Медичні послуги:

5.1.1. Надання швидкої медичної допомоги:

- на місці події спеціалізованою бригадою невідкладної медичної допомоги;
- у відділенні невідкладної допомоги (послуги медичного персоналу, невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження, вартість перебування у відділенні швидкої допомоги);

5.1.2. Надання амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації);
- діагностичні дослідження, лікувальні процедури, оперативні втручання, використання медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу.

5.1.3. Надання стаціонарної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) в медичних закладах, включаючи:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації та т.і.);
- вартість діагностичних та лікувальних процедур (включаючи оперативні втручання), а також використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу;
- вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних);
- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі;
- невідкладна пологова допомога (для породіль з терміном вагітності до 7 місяців)

5.1.4. Невідкладна стоматологічна допомога при гострому зубному болю на суму, що не перевищує встановленого в Договорі страхування ліміту відповідальності по стоматологічній допомозі;

5.2. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги (або іншим медичним транспортним засобом) до найближчого лікувального закладу або лікаря;
- медичну евакуацію Застрахованої особи, а також супроводжуючої особи (при наявності медичної необхідності супроводження, підтвердженої відповідними документами), медичним транспортним засобом до найближчого медичного закладу, який має змогу надати необхідну допомогу.

5.3. Репатріація:

5.3.1. Медична репатріація Застрахованої особи із-за кордону до медичного закладу, найближчого до аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, включаючи витрати на транспортування супроводжуючої особи, якщо це необхідно за медичними показниками. Необхідність медичної репатріації Застрахованої особи вирішується спеціалістом Сервісної компанії та узгоджується з лікарем, який проводить лікування Застрахованої особи;

5.3.2. Репатріація тіла із-за кордону до найближчого аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання. В цьому випадку витрати на придбання труни не можуть перевищувати суми еквівалентної 1 000 доларів США/ EUR.

Невикористаний квиток на зворотній проїзд в Україну (країну постійного проживання) здається закордонному Представнику Страховика або безпосередньо Страховику.

5.4. Послуга зв'язку. Витрати Застрахованої особи на оплату послуг зв'язку при зверненні до закордонного Представника Страховика у разі настання страхового випадку відшкодовуються Страховиком безпосередньо Застрахованій особі після пред'явлення нею оригіналів квитанцій за сплачений дзвінок до закордонного Представника Страховика.

5.5. Передача термінових повідомлень. Передача термінових повідомлень, що пов'язані з нещасним випадком або раптовим захворюванням Страхувальника (Застрахованої особи). Передача Застрахованою особою термінових повідомлень найближчим родичам (чоловік, дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) та за місцем роботи у країні постійного проживання, після надання Застрахованою особою документів, що підтверджують понесені витрати.

Страхові суми та базові страхові тарифи для програм страхування А, В, С, D, E.

Програма А - «Економ».

Термін страхування, днів	Страхова сума 5 000 EUR/доларах США	
	A	
	%	EUR/доларах США
1-15	0,00500	0,2500
16-31	0,00480	0,2400
32-62	0,00435	0,2175
63-92	0,00415	0,2075
93-184	0,00415	0,2075
185-365	0,00355	0,1775

Термін страхування, днів	Страхова сума 10 000 EUR/доларах США	
	A	
	%	EUR/доларах США
1-15	0,00365	0,3650
16-31	0,00280	0,2800
32-62	0,00260	0,2600
63-92	0,00250	0,2500
93-184	0,00240	0,2400
185-365	0,00200	0,2000

Термін страхування, днів	Страхова сума 15 000 EUR/доларах США	
	A	
	%	EUR/доларах США
1-15	0,00255	0,3825
16-31	0,00220	0,3300
32-62	0,00215	0,3225
63-92	0,00210	0,3150
93-184	0,00175	0,2625
185-365	0,00145	0,2175

Термін страхування, днів	Страхова сума 30 000 EUR/доларах США	
	A	
	%	EUR/доларах США
1-15	0,00185	0,5550
16-31	0,00160	0,4800
32-62	0,00150	0,4500
63-92	0,00125	0,3750
93-184	0,00108	0,3240
185-365	0,00095	0,2850

Термін страхування, днів	Страхова сума 50 000 EUR/доларах США	
	A	
	%	EUR/доларах США

1-15	0,00235	1,1750
16-31	0,00205	1,0250
32-62	0,00200	1,0000
63-92	0,00195	0,9750
93-184	0,00165	0,8250
185-365	0,00140	0,7000

Термін страхування, днів	Страхова сума 75 000 EUR/доларах США	
	A	
	%	EUR/доларах США
1-15	0,00220	1,6500
16-31	0,00200	1,5000
32-62	0,00185	1,3875
63-92	0,00165	1,2375
93-184	0,00145	1,0875
185-365	0,00125	0,9375

Страхові платежі вказані в відсотках та EUR/доларах США за одну добу перебування за кордоном

По страхуванню програм В, С, D, E використовуються страхові тарифи програми А з множенням на відповідний коефіцієнт, що підвищує.

Коефіцієнти, що підвищують:

Програма В - «Авто» - 1,5.

Програма С - «Класик» - 2,0.

Програма D - «Комфорт» - 2,5.

Програма E - «Сніжний поліс» 1,5.

По програмі F страховий тариф складає 2,00% від вартості туристичної поїздки.

Додаткові умови страхування (надбавки/знижки до базових тарифів) для програм страхування А, В, С, D, E.

Знижки до базових тарифів.

Додаткові умови страхування	Поправочний коефіцієнт до базового страхового тарифу
<i>При укладанні договору страхування осіб, які становлять сім'ю:</i>	
- сім'я із 3-х осіб з дитиною до 16 років:	0,95
- сім'я із 4-х або 5-ти осіб:	0,90
- діти віком до 16 років:	0,90
- для постійних клієнтів, які від'їжджають понад двох разів на протязі календарного року,	0,80

при пред'явленні двох попередніх страхових полісів	
<i>При укладанні договору страхування осіб, які подорожують у складі групи:</i>	
- на групу 10-20 осіб:	0,90
- на групу 21 - 50 осіб:	0,85
- на групу 51 і більше осіб:	0,80

Надбавки до базових тарифів.

<i>Залежно від території дії договору страхування:</i>	<i>Поправочний коефіцієнт до базового тарифу</i>
Територія I. Всі інші країни світу, крім США та Канади.	1,0
Територія II. США та Канада	1,5

<i>Додаткові умови страхування</i>	<i>Поправочний коефіцієнт до базового тарифу</i>
• Вагітність строком до 7 місяців Застрахованої особи - жінки	1,5
• Особи віком від 60 до 70 років	1,5
• Особи віком від 70 до 85 років	2,0

Заняття аматорським спортом під час подорожі за кордон:

воднолижний, віндсерфінг, вітрильний спорт, підводні плавання та полювання, автоспорт, авто перегони, дельтапланеризм, бобслей, мотоспорт, повітряні види спорту, санний спорт, слалом (лижі), сходження на плотах та човнах по гірським річкам, стрибки у воду з трампліну	2,00
гірськолижний спорт, велоспорт, ігрові види спорту, американський футбол, бокс, кікбоксінг	2,50
біатлон, водне поло, гребля, лижний спорт, біатлон, плавання, легка атлетика, важка атлетика, скейтбордінг, спортивна і художня гімнастика, фехтування, ковзани	1,60
акробатика, бейсбол, боротьба, велоспорт-трек, гребний слалом, дзюдо, кінні перегони, регбі, триатлон, фігурне катання	1,75
екстремальні види спорту, спелеологія, альпінізм	3,00

Виконання роботи за кордоном:

будь-яка робота (крім важкої фізичної праці) у сфері побуту, комунальних послуг, зв'язку, пошти, торгівлі, артисти, медичні градівники, інженерно-технічний персонал	1,20
важка фізична праця у побутовій та комунальній сфері, особистий аеродромного обслуговування, працівники фінансових установ, журналісти, робітники лісової, хімічної промисловості (крім виробництва вибухонебезпечних та отруйних речовин), робітники електростанцій, будівельники, монтажники, нападники, газоелектрозварювальники, дезінфектори; особи, умови і характер праці яких не підпадає під вплив шкідливих та небезпечних факторів виробництва	1,50
всі види підземних робіт, роботи, які пов'язані з обслуговуванням діючого енергообладнання, налагоджувальних, монтажних робіт, високовольтних випробовувань, роботи, які пов'язані з управлінням наземним, повітряним, водним та підземним транспортом; роботи по обслуговуванню компресорних станцій, лінійних систем газо- та нафтопроводів, роботи, пов'язані з видобутком, переробкою і транспортуванням газу, нафти, конденсатів; роботи, які пов'язані з виробництвом чорних та кольорових металів	2,00
працівники гідрометеорологічних станцій, спорудах зв'язку, які розташовані у високогірних, пустельних, тайгових районах, важких клімато-географічних умовах	2,50
робота в кесонах і барокамерах; водолазні роботи, роботи на висоті, верхолазні роботи, пов'язані з підйомом на висоту; роботи, пов'язані із застосуванням вибухових матеріалів, роботи у небезпечних виробництвах; аварійно-рятувальні роботи; роботи, виконання яких передбачає носіння вогнепальної зброї	3,00

6. Багаторазові поїздки

6.1. Медичні послуги:

6.1.1. Надання швидкої медичної допомоги:

- на місці події спеціалізованою бригадою невідкладної медичної допомоги;
- у відділенні невідкладної допомоги (послуги медичного персоналу, невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження, вартість перебування у відділенні швидкої допомоги);

6.1.2. Надання амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації);
- діагностичні дослідження, лікувальні процедури, оперативні втручання, використання медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу.

6.1.3. Надання стаціонарної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) в медичних закладах, включаючи:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації та т.і.);
- вартість діагностичних та лікувальних процедур (включаючи оперативні втручання), а також використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу;
- вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних);
- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі;
- невідкладна пологова допомога (для вагітних з терміном вагітності до 7 місяців)

6.1.4. Невідкладна стоматологічна допомога при гострому зубному болі на суму, що не перевищує встановленого в Договорі страхування ліміту відповідальності по стоматологічній допомозі;

6.2. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги (або іншим медичним транспортним засобом) до найближчого лікувального закладу або лікаря;
- медичну евакуацію Застрахованої особи, а також супроводжуючої особи (при наявності медичної необхідності супроводження, підтвердженої відповідними документами), медичним транспортним засобом до найближчого медичного закладу, який має змогу надати необхідну допомогу.

6.3. Репатріація:

6.3.1. Медична репатріація Застрахованої особи із-за кордону до медичного закладу, найближчого до аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, включаючи витрати на транспортування супроводжуючої особи, якщо це необхідно за медичними показниками. Необхідність медичної репатріації Застрахованої особи вирішується спеціалістом Сервісної компанії та узгоджується з лікарем, який проводить лікування Застрахованої особи;

6.3.2. Репатріація тіла із-за кордону до найближчого аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання. В цьому випадку витрати на придбання труни не можуть перевищувати суми еквівалентної 1 000 доларів США/ EUR.

Невикористаний квиток на зворотній проїзд в Україну (країну постійного проживання) здається закордонному Представнику Страховика або безпосередньо Страховику.

6.4. Послуга зв'язку. Витрати Застрахованої особи на оплату послуг зв'язку при зверненні до закордонного Представника Страховика у разі настання страхового випадку відшкодовуються Страховиком безпосередньо Застрахованій особі після пред'явлення нею оригіналів квитанцій за сплачений дзвінок до закордонного Представника Страховика.

6.5. Передача термінових повідомлень. Передача термінових повідомлень, що пов'язані з нещасним випадком або раптовим захворюванням Страхувальника (Застрахованої особи). Передача Застрахованою особою термінових повідомлень найближчим родичам (чоловік,

дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) та за місцем роботи у країні постійного проживання, після надання Застрахованою особою документів, що підтверджують понесені витрати.

Тарифи для багаторазових поїздок

(використовуються для всіх країн світу, за виключенням Австрії, Італії, Фінляндії, Ізраїлю)

Ліміт страхового покриття (страхова сума) 30 000 EUR

Тривалість дії договору страхування, в днях	Максимальна сукупна тривалість перебування за кордоном, в днях				
	15	30	45	60	92
	Страховий тариф, % від 30 000 EUR				
92	0,0195	0,0365	0,0470	0,0630	0,0750
184	0,0205	0,0375	0,0487	0,0650	0,0850
365	0,0210	0,0390	0,0510	0,0675	0,0900

* Франшиза – 50 EUR по кожному страховому випадку.

Тарифи для багаторазових поїздок

Територія дії – Італія – Європа

Страхова сума – “Нелімітовано”

Тривалість дії договору страхування, в днях	Максимальна сукупна тривалість перебування за кордоном, в днях				
	15	30	45	60	92
	Страховий тариф, % від 75 000 EUR				
92	0,039	0,073	0,094	0,126	0,150
184	0,041	0,075	0,0974	0,130	0,170
365	0,042	0,078	0,102	0,135	0,18

* Франшиза – 50 EUR по кожному страховому випадку.

7. Програма страхування медичних та інших витрат „Корпоративна картка”.

За програмою страхування медичних та інших витрат „Корпоративна картка” договір страхування укладається із Страхувальником — юридичною особою - на користь осіб (Застрахованих осіб), які є працівниками Страхувальника.

Зміни складу Застрахованих осіб протягом строку дії договору страхування оформлюється письмово додатковими угодами до договору страхування за підписами Страховика та Страхувальника.

Страховий захист діє тільки під час здійснення Застрахованим особами службових поїздок на територію, зазначену у договорі страхування.

Порядок сплати страхового платежу Страхувальником (одноразовий, помісячний, поквартальний) зазначається у договорі страхування.

Витрати, які відшкодує Страховик за програмою „Корпоративна картка”:

7.1. Медичні послуги:

7.1.1. Надання швидкої медичної допомоги:

- на місці події спеціалізованою бригадою невідкладної медичної допомоги;
- у відділенні невідкладної допомоги (послуги медичного персоналу, невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження, вартість перебування у відділенні швидкої допомоги);

7.1.2. Надання амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації);
- діагностичні дослідження, лікувальні процедури, оперативні втручання, використання медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу.

7.1.3. Надання стаціонарної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) в медичних закладах, включаючи:

- медикаментозне лікування (вартість медикаментів, перев'язочних засобів, засобів фіксації та т.і.);
- вартість діагностичних та лікувальних процедур (включаючи оперативні втручання), а також використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання;
- консультації спеціалістів, оплата послуг медичного персоналу;
- вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних);
- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі;
- невідкладна пологова допомога (для вагітних з терміном вагітності до 7 місяців)

7.1.4. Невідкладна стоматологічна допомога при гострому зубному болі на суму, що не перевищує встановленого в Договорі страхування ліміту відповідальності по стоматологічній допомозі;

7.2. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги (або іншим медичним транспортним засобом) до найближчого лікувального закладу або лікаря;
- медичну евакуацію Застрахованої особи, а також супроводжуючої особи (при наявності медичної необхідності супроводження, підтвердженої відповідними документами), медичним транспортним засобом до найближчого медичного закладу, який має змогу надати необхідну допомогу.

7.3. Репатріація:

7.3.1. Медична репатріація Застрахованої особи із-за кордону до медичного закладу, найближчого до аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, включаючи витрати на транспортування супроводжуючої особи, якщо це необхідно за медичними показниками. Необхідність медичної репатріації Застрахованої особи вирішується спеціалістом Сервісної компанії та узгоджується з лікарем, який проводить лікування Застрахованої особи;

7.3.2. Репатріація тіла із-за кордону до найближчого аеропорту, автовокзалу чи залізничного вокзалу в країні постійного проживання Застрахованої особи, у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання. В цьому випадку витрати на придбання труни не можуть перевищувати суми еквівалентної 1 000 доларів США/ EUR.

Невикористаний квиток на зворотній проїзд в Україну (країну постійного проживання) здається закордонному Представнику Страховика або безпосередньо Страховику.

7.4. Послуга зв'язку. Витрати Застрахованої особи на оплату послуг зв'язку при зверненні до закордонного Представника Страховика у разі настання страхового випадку відшкодовуються Страховиком безпосередньо Застрахованій особі після пред'явлення нею оригіналів квитанцій за сплачений дзвінок до закордонного Представника Страховика.

7.5. Передача термінових повідомлень. Передача термінових повідомлень, що пов'язані з нещасним випадком або раптовим захворюванням Страхувальника (Застрахованої особи). Передача Застрахованою особою термінових повідомлень найближчим родичам (чоловік, дружина, діти, батьки, рідні брат, сестра) та за місцем роботи у країні постійного проживання, після надання Застрахованою особою документів, що підтверджують понесені витрати.

Територія дії договору страхування - весь світ, за винятком України.
Ліміт страхового покриття 30000 EUR.

	Базовий страховий тариф, %	Базова страхова премія за весь строк дії договору страхування, EUR
Програма „Корпоративна картка”	0,05%	50,00

Безумовна франшиза - 50 EUR.

Кількість днів дії страхового захисту протягом всього строку страхування – 185 днів.

Максимальна тривалість однієї подорожі, в межах якої діє страховий захист – 90 днів.

Максимальна кількість застрахованих по одній картці - 5 осіб.

Строк дії картки – 365 днів.

Залежно від наявності об'єктивних чинників, що суттєво впливають на природу страхового ризику, до базових страхових тарифів можуть застосовуватись понижуючі (від 0,1 до 1,0) або підвищуючі (від 1,1 до 3,0) коригувальні коефіцієнти.

Норматив витрат на ведення справи становить 20% розміру страхової премії.

Розмір страхової премії визначається шляхом перерахування суми страхової премії, наведеної у EUR, за офіційним курсом Національного банку України на день її сплати. Страхувальник сплачує страхову премію у національній грошовій одиниці України.

8. Програма „Україна”.

8.1. Надання невідкладної допомоги.

8.2. Госпіталізація і лікування в стаціонарі.

8.3. Надання невідкладної стоматологічної допомоги.

8.4. Медикаментозне забезпечення.

Страхові суми, страхові платежі на одну Застраховану особу під час проживання у туристичних готелях (комплексах), пансіонатах, а також подорожі у складі туристичних груп по путівках по території України:

Страхова сума, грн.	Страховий тариф за добу, % від страхової суми	Страховий платіж за добу, грн.	Страхувальник (Застрахована особа)
500,00	0,10	0,50	громадянин України
500,00	0,20	1,00	громадянин держав СНГ, інших країн

1000,00	0,10	1,00	громадянин України
1000,00	0,20	2,00	громадянин держав СНГ, інших країн
2500,00	0,08	2,00	громадянин України
2500,00	0,15	3,75	громадянин держав СНГ, інших країн
5000,00	0,05	2,50	громадянин України
5000,00	0,10	5,00	громадянин держав СНГ, інших країн
10000,00	0,05	5,00	громадянин України
10000,00	0,10	10,00	громадянин держав СНГ, інших країн

Група	Розмір страхового тарифу відносно базового тарифу, %
Дорослі	100
Діти	50
Змішана	75

Кількість застрахованих осіб у групі	Знижка, %	Страховий платіж, % від базового
1 - 10	-	100
11 - 20	10	90
21 - 40	20	80
41 - 100	30	70
Більше 100	50	50

Особливі умови: якщо путівкою передбачено участь у туристичних походах та інших спортивних заходах – надбавка до базового страхового платежу становить 100%.

Залежно від наявності об'єктивних чинників, що суттєво впливають на природу страхового ризику, до базових страхових тарифів можуть застосовуватись *понижуючі* (від 1 до 0,1) або *підвищуючі* (від 1,1 до 5,0) коригувальні коефіцієнти.

Норматив витрат, врахований при розрахунку вищенаведених тарифів, складає 20%.

Кінцевий розмір страхового тарифу розраховується шляхом множення базового страхового тарифу на Коефіцієнт збільшення страхового тарифу та множення на Корегувальний коефіцієнт від 0,1 до 5.

Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою сторін.

Актуарій



Т.В.Клепікова

Державна комісія з регулювання ринків
 фінансових послуг України
ЗАРЕЄСТРОВАНО
 Підпис: *В.В. Кривцун*
 Прізвище, ім'я та по батькові
 Дата: 17.07.08
 Реєстраційний номер: 21813



В даний документі прошиито і
 пронумеровано 35 аркушів
 Генеральний директор
В.В. Кривцун
 В.В. Кривцун