

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

**Генеральний директор
Приватне акціонерне товариство
«Страхова компанія
«ДНМ СТРАХУВАННЯ»**



Р.І. Маленко

ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

ДНІПРОПЕТРОВСЬК, 2016

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ці Правила добровільного страхування медичних витрат (надалі – Правила) розроблені відповідно до Закону України «Про страхування», Розпорядження Державної Комісії з регулювання ринків фінансових послуг України № 565 від 09.07.2010 р. «Про затвердження характеристики та класифікаційних ознак видів добровільного страхування», Рішення Ради ЄС 2004/17/EG та інших нормативно-правових актів.

1.2. Страховик відповідно законодавства України і на підставі цих Правил укладає договори добровільного страхування медичних витрат (надалі – Договір страхування) зі Страхувальниками (Страховик та Страхувальник далі по тексту – окремо «Сторона», разом «Сторони»).

1.3. Положення цих Правил можуть бути змінені (виключені або доповнені) за письмовою згодою Сторін при укладанні Договору страхування або під час його дії, за умови, що такі зміни не суперечать законодавству України.

1.4. В цьому розділі наведені терміни, що використовуються в цих Правилах, і значення, в якому їх слід розуміти в контексті цих Правил.

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

Страховик – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ДІМ СТРАХУВАННЯ», від імені якого укладається договір (договори) добровільного страхування медичних витрат.

Страхувальники – юридичні особи; дієздатні фізичні особи - громадяни України, іноземці та особи без громадянства (в т.ч. фізичні особи, які здійснюють господарську діяльність та зареєстровані відповідно до закону як підприємці) та які уклали із Страховиком договір (договори) добровільного страхування медичних витрат.

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

Страховий випадок – передбачена договором страхування подія, яка мала місце під час дії договору страхування, не підпадає під виключення або обмеження страхування і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування.

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

Страховий платіж – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування.

Страхове відшкодування – грошова сума, в межах встановленої договором страхування страхової суми, яку Страховик відповідно до умов договору страхування зобов'язаний виплатити у разі настання страхового випадку.

Ліміт відповідальності Страховика – граничний розмір страхового відшкодування в межах страхової суми, який за згодою сторін договору страхування може встановлюватись по окремому страховому ризику, на один страховий випадок, по кожному виду збитку або за іншою ознакою.

Члени сім'ї Застрахованої особи – чоловік/дружина, діти, батьки, рідні брати та сестри Застрахованої особи.

Згода суб'єкта персональних даних – будь-яке документоване, зокрема письмове, добровільне волевиявлення фізичної особи щодо надання дозволу на обробку її персональних даних відповідно до сформульованої мети їх обробки.

Персональні дані – відомості чи сукупність відомостей про фізичну особу, яка

ідентифікована або може бути конкретно ідентифікована.

Застрахована особа – фізична особа, життя, здоров'я та/або працездатність якої є предметом Договору, укладеного між Страховиком та Страхувальником, за її згодою. У випадку, коли Страхувальник – фізична особа уклав Договір страхування відносно себе, він одночасно виступає Застрахованою особою.

Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. За окремими видами страхування та окремими страховими послугами, розміри франшизи зазначаються у Договорі страхування.

1.5. Із метою визначення ступеню ризику за умовами цих Правил застосовуються такі визначення категорій туризму:

Звичайний (пасивний) туризм – лікувально-оздоровчий, культурно-пізнавальний (екскурсійний), паломницький (релігійний), пляжний та інші подібні категорії туризму, що орієнтовані на спокійну і не напружену, в сенсі фізичних навантажень, програму туристичної подорожі.

Активний туризм (А) – пов'язаний із ризиком та істотними фізичними навантаженнями, вимагає сміливості і навиків та/або використання механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, велосипедах, моторолерах, мотоциклах та квадроциклах, сплави на човнах або плотах по річках та інших водоймах та іншими аналогічними видами відпочинку. Також до Активного туризму відносяться **Спорт та екстрим** – участь у заходах із високим ступенем ризику, що вимагають від учасників спеціальних навиків та підготовки, а саме: участь у спортивних тренуваннях та змаганнях на аматорському або професійному рівні, а також заняття такими видами спорту та туризму: гірськолижний, сноубордінг, альпінізм, спелеотуризм, дайвінг, полювання, риболовля у важкодоступних та віддалених місцевостях, стрибки із парашутом, польоти з використанням безмоторних засобів, польоти в якості пілота, участь у перегонах на транспортних засобах або тваринах.

Робота (J) – виконання оплачуваної фізичної роботи характерної для робітничих професій у галузях будівництва, промисловості, транспорту, добування корисних копалин, сільського та комунального господарства або в приватних домогосподарствах.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси Застрахованої особи, що не суперечать чинному законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та медичними витратами Застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ

3.1. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником при укладанні Договору страхування або внесення змін до Договору страхування.

3.2. Якщо Договір страхування укладається по відношенню до декількох Застрахованих осіб, у Договорі страхування зазначається страхова сума по кожній Застрахованій особі. Перелік Застрахованих осіб, а також розмір страхових сум по кожній з них може бути оформлений списком Застрахованих осіб, що додається до Договору страхування.

3.3. В межах страхової суми можуть бути передбачені ліміти відповідальності Страховика по окремих страхових випадках, групі страхових випадків або за іншою ознакою.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. **Страховий ризик** певна подія, на випадок якої здійснюється страхування і яка має ознаки

ймовірності та випадковості настання. Відповідно до цих Правил страховими ризиками визнаються події, що сталися із Застрахованою особою в період і на території чинності Договору страхування, а саме:

4.1.1. звернення до медичного закладу та надання медичної допомоги Застрахованій особі під час дії Договору страхування у зв'язку з гострим захворюванням або травмою, отруєнням, наслідком нещасного випадку, з метою отримання медичної допомоги та медичних послуг у межах та в обсязі Програм страхування передбачених Договором страхування;

4.1.2. звернення спадкоємців Застрахованої особи, у разі її смерті внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку під час дії Договору страхування, у зв'язку із необхідністю покриття витрат, пов'язаних із репатріацією Застрахованої особи.

4.2. **Страховим випадком** є документально підтверджені витрати на оплату вартості наданих Застрахованій особі медичних та інших, передбачених Договором страхування, послуг, внаслідок настання страхового ризику.

4.3. Якщо інше не передбачено Договором страхування, страхове покриття може передбачати такі програми страхування:

4.3.1. Програма А – включає в себе такий перелік послуг:

4.3.1.1. організація та оплата вартості послуг швидкої (невідкладної) допомоги на місці виклику, проведення первинних діагностичних заходів, надання медичної допомоги з використанням медикаментів у необхідному для стану Застрахованої особи обсязі;

4.3.1.2. організація та оплата вартості послуг з медичного обслуговування та лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах;

4.3.1.3. обстеження в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу;

4.3.1.4. консультації лікарів;

4.3.1.5. організація та оплата вартості послуг пов'язаних із стаціонарним лікуванням, тобто: консультації лікарів, діагностика, лікування, невідкладне оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі. Страховик сплачує вартість лікування за кордоном у межах своєї відповідальності (страхової суми), встановленої Договором, лише до того часу, коли стан здоров'я Застрахованої особи, за рішенням лікаря, дозволить евакуювати її до країни постійного проживання, якщо інше не передбачено Договором;

4.3.1.6. оплата вартості медикаментів, призначених для невідкладного лікування, або компенсація витрат у разі самостійного придбання в аптеці призначених лікарем медикаментів;

4.3.1.7. оплата вартості невідкладної стоматологічної допомоги у розмірі визначеному Договором, а саме: стоматологічний огляд; рентгенівське дослідження; видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку;

4.3.1.8. організація та оплата вартості послуг з транспортування потерпілої Застрахованої особи до лікувального закладу, якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє пересуватися самостійно;

4.3.1.9. організація та оплата лікування Застрахованої особи у стаціонарі строком до 15 діб після закінчення періоду страхування, якщо це необхідно за медичними показаннями;

4.3.1.10. організація та оплата вартості комплексу послуг, пов'язаних із транспортуванням та медичним супроводом Застрахованої особи, що знаходиться на стаціонарному лікуванні, із-за кордону до лікувального закладу, найближчого до місця постійного проживання за наявності медичних показань про необхідність подальшого стаціонарного лікування. Медична евакуація Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Страховиком. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування та реабілітацію Застрахованої особи після її повернення в країну постійного проживання. Якщо лікар, уповноважений Страховиком, вважає, що евакуація Застрахованої особи

можлива, а Страхувальник (Застрахована особа) відмовляється від неї, Страховик припиняє оплату вартості послуг з лікування Застрахованої особи, якщо інше не передбачено Договором;

4.3.1.11. організація та оплата вартості комплексу послуг з транспортування тіла (репатріація) Застрахованої особи до митного кордону країни її попереднього постійного проживання. Необхідною умовою для організації репатріації є надання родичами померлої Застрахованої особи заяви-підтвердження про готовність забрати тіло після перетину державного кордону;

4.3.1.12. оплата вартості ритуальних послуг з поховання тіла Застрахованої особи в країні за місцем смерті. Поховання за кордоном тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Страховиком. У випадку поховання тіла Застрахованої особи в країні за місцем смерті, максимальна сума страхової виплати (ліміт відповідальності) встановлений у розмірі 10% від страхової суми із страхування медичних витрат, якщо інший розмір не передбачено Договором;

4.3.1.13. компенсація вартості послуг телефонного зв'язку Застрахованої особи або особи, що представляє її інтереси, із Страховиком з приводу повідомлення про страховий випадок, в межах визначеного Договором ліміту відповідальності Страховика.

4.3.1.14. У випадках самостійного придбання в аптеці призначених лікарем медикаментів, а також самостійної оплати вартості невідкладних медичних послуг, Страховик здійснює компенсацію таких витрат Страхувальника (Застрахованої особи), якщо інше не визначено Договором.

4.3.2. Програма В - включає в себе умови Програми А, а також:

4.3.2.1. організація та оплата транспортування Застрахованої особи економічним класом в країну постійного проживання після лікування в стаціонарі по закінченню періоду страхування. При цьому Застрахована особа передає Страховику невикористаний квиток чи повернуті перевізником кошти за відмову від перевезення по причині захворювання;

4.3.2.2. оплата витрат на перебування Застрахованої особи за кордоном після закінчення строку дії Договору, якщо її повернення до країни постійного проживання неможливе відразу після виписки із лікарні в межах строків та ліміту відповідальності встановленого Договором;

4.3.2.3. плата витрат на проживання в готелі одного супутника Застрахованої особи за кордоном після закінчення строку дії Договору, якщо Застрахована особа перебуває на стаціонарному лікуванні в межах строків та ліміту відповідальності встановленого Договором;

4.3.2.4. компенсація в межах строків та ліміту відповідальності встановленого Договором вартості проїзду економічним класом в обидва кінці та вартості проживання в готелі для одного із повнолітніх близьких родичів Застрахованої особи, якщо тривалість її лікування в стаціонарі в країні тимчасового перебування перевищує 5 діб, якщо інше не передбачено Договором;

4.3.2.5. організація, оплата витрат на дострокове повернення до країни постійного проживання та, при необхідності, супровід дітей Застрахованої особи віком до 16 років у разі її госпіталізації або смерті;

4.3.2.6. оплата вартості проїзду до країни постійного проживання одного супутника Застрахованої особи у випадку її госпіталізації або смерті;

4.3.2.7. оплата витрат на пошук та рятування Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку в горах, на морі, в джунглях або інших віддалених місцевостях. Максимальний розмір страхової виплати (ліміт відповідальності) за цим пунктом встановлюється у Договорі.

4.3.2.8. У разі самостійної оплати Страхувальником (Застрахованою особою) зазначених послуг. Страховик здійснює компенсацію таких витрат Страхувальнику (Застрахованій особі) в Україні.

4.3.3. Програма С - включає в себе умови Програми В, а також:

- 4.3.3.1. компенсація у сумі визначеній Договором витрат на перевезення легкового автомобіля Застрахованої особи, який став непридатним для подальшої експлуатації внаслідок раптової технічної поломки або дорожньо-транспортної пригоди (ДТП), до найближчої станції технічного обслуговування (СТО);
- 4.3.3.2. компенсація вартості проїзду застрахованих водія та пасажирів до країни постійного проживання, якщо легковий автомобіль, на якому вони подорожують, викрадено, або пошкоджено внаслідок ДТП і подальша експлуатація його неможлива. Відшкодовується вартість проїзду економічним класом регулярним громадським транспортом, крім повітряного та таксі, але не більше 200 EUR/USD на кожну Застраховану особу, якщо інше не передбачено Договором;
- 4.3.3.3. компенсація витрат у сумі до 200 EUR/USD на усунення раптової технічної поломки чи пошкодження внаслідок ДТП легкового автомобіля Застрахованої особи, або вартості тимчасового зберігання на стоянці, що охороняється, якщо його відремонтувати неможливо якщо інше не передбачено Договором;
- 4.3.3.4. компенсація вартості оплачених послуг адвоката по захисту прав Застрахованої особи після ДТП за її участю. Максимальний розмір страхової виплати (ліміт відповідальності) за цим пунктом становить 10% від зазначеної у Договорі страхової суми по страхуванню медичних витрат, якщо інше не передбачено Договором;
- 4.3.3.5. умови страхування за Програмою С діють лише по відношенню до Застрахованих осіб, які подорожують власним технічно справним легковим автомобілем, строк експлуатації якого не більше 5-ти років (визначається від дати випуску), якщо інше не передбачено Договором.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

- 5.1.** Страховик не оплачує і не відшкодовує вартість лікування та послуг, пов'язаних із такими захворюваннями і подіями:
- 5.1.1.** лікування хронічних захворювань та їх загострень, вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень;
 - 5.1.2.** новоутворення, хвороби ендокринної системи, цукровий діабет;
 - 5.1.3.** нервові захворювання (крім невритів), психічні захворювання, а також пов'язані з ними травматичні пошкодження, а також травми отримані у стані наркотичного чи алкогольного сп'яніння при зверненні за медичною допомогою через 24 години та більше.
 - 5.1.4.** венеричні захворювання, імунодефіцитний стан, СНІД;
 - 5.1.5.** хвороби крові та кровотворних органів;
 - 5.1.6.** епідемічні та пандемічні хвороби (лікування особливо небезпечних інфекцій в т. ч чума, холера, натуральна віспа, геморагічна лихоманка та захворювання, які потребують карантинних заходів)
 - 5.1.7.** гостра та хронічна променева хвороба;
 - 5.1.8.** вагітність (за винятком позаматкової вагітності), пологи, переривання вагітності;
 - 5.1.9.** будь-які розлади здоров'я, ускладнення або смерть внаслідок невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічних дій ліків, що не були призначені лікарем, а також побічних дій харчових добавок. У разі підозри, що ускладнення виникли внаслідок препаратів, що не були призначені лікарем, Страховик має право запросити проведення відповідних лабораторних аналізів;
 - 5.1.10.** захворювання або наслідки (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз, цукровий діабет та інші ендокринні захворювання.
 - 5.1.11.** захворювання та розлади органів слуху, крім гострого захворювання органів слуху;
 - 5.1.12.** грибкові та дерматологічні хвороби, алергічні дерматити будь-якого походження, сонячні опіки першого та другого ступеню;
 - 5.1.13.** захворювання, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, що призвели до медичних чи додаткових витрат під час

подорожі, а також захворювання, що виникли після повернення Застрахованої особи з подорожі;

5.1.14. подальше лікування Застрахованої особи, якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання;

5.1.15. медичний огляд, що не є наслідком гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження, надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування, а також надання таких спеціальних послуг, як окрема палата, телефон, телевізор тощо;

5.1.16. послуги та лікування, що можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до закінчення подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування і т.п.;

5.1.17. проведення високотехнологічних маніпуляцій і операцій на серці та судинах, у т.ч. агіографія, коронарографія, ангіопластика, шунтування і т.п.;

5.1.18. діагностичні послуги: консультації, лабораторні дослідження та інші заходи не призначені лікарем та асистуючою компанією, як необхідні для встановлення діагнозу для подальшого лікування, та лабораторні дослідження та інші заходи для контролю лікування.

5.1.19. проведення профілактичних вакцинацій, лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;

5.1.20. всі види пластичних та косметичних операцій і процедур, всі види протезування, трансплантації органів;

5.1.21. стоматологічне лікування, за винятком зняття гострого болю;

5.1.22. фізіотерапевтичне лікування та лікування нетрадиційними методами;

5.1.23. придбання або ремонт допоміжних засобів (таких як кардіостимулятори, окуляри, контактні лінзи, слухові апарати, інгалятори, протези, милиці, металоконструкції для проведення остеосинтезу- спиці, гвинти, пластини, апарати(в т. ч. такі, що самостійно розсмоктуються) інвалідні візки, вимірювальні прилади тощо), придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування;

5.1.24. штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи по запобіганню вагітності;

5.1.25. лікування алкоголізму, наркоманії і т.п., у тому числі лікування абстинентного синдрому;

5.1.26. медична евакуація, репатріація або поховання за кордоном організовані без письмового узгодження із Страховиком;

5.1.27. витрати, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;

5.1.28. самолікування, а також лікування, що здійснюється подружжям, батьками, або дітьми;

5.1.29. необхідність у індивідуальному догляді, патронажі та охороні;

5.1.30. на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання, а також не відшкодовуються витрати, які покриваються за рахунок соціального, медичного страхування та іншого забезпечення;

5.1.31. санаторно-курортне лікування.

5.1.32. не відшкодовуються витрати, передбачені підпунктами 4.3.2 – 4.3.3. якщо вони здійснені Страхувальником (Застрахованою особою) без попереднього узгодження із Страховиком.

5.2. Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:

5.2.1. громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану; дії ядерного інциденту чи іонізуючого випромінювання; застосування ядерної, хімічної чи біологічної зброї;

5.2.2. вчинення самогубства або замаху на самогубство Застрахованою особою (за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб);

5.2.3. здійснення або при спробі здійснення Застрахованою особою протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами;

5.2.4. невиконання Страхувальником офіційних рекомендацій Міністерства закордонних

справ України сайт: [www.http://mfa.gov.ua](http://mfa.gov.ua) поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлені окремим додатком до договору;

5.2.5. вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин;

5.2.6. активна участь у війні (оголошена чи неоголошена), громадянській війні, бойових або військових діях;

5.2.7. нараження Застрахованої особи на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя);

5.2.8. виконання Застрахованою особою будь-якого виду фізичної роботи, заняття професійним спортом або активним (спортивним) відпочинком, таким як: альпінізм, підводне плавання, спелеотуризм, спортивні стрибки у воду, будь-які форми польотів, зимові види спорту, участь в змаганнях, автоперегонах, а також відпочинком із підвищеним рівнем ризику, зокрема: з використанням механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, велосипедах, пішохідний туризм та інші аналогічні види відпочинку, якщо такі ризики не були оплачені додатковою страховою премією.

5.3. Страховик не здійснює страхові виплати, пов'язані з відшкодуванням моральної шкоди.

5.4. Дія страхового захисту та обов'язки по оплаті вимог чи послуг, передбачених Договором, можливі у тій мірі та до тих пір, поки це не суперечить економічним, торговельним або фінансовим санкціям чи ембарго, встановленим Європейським союзом або Україною, що безпосередньо застосовуються до сторін договору. Це також відноситься до економічних, торговельних та фінансових санкцій чи ембарго, встановлених Сполученими Штатами Америки у відношенні до Ісламської республіки Іран, Північної Кореї та Сирії в тій мірі, в якій вони не суперечать європейському та українському законодавству.

5.5. При укладанні Договору можуть передбачатись інші виключення із страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать закону та цим Правилам і зазначені у Договорі.

5.6. Окремі виключення та обмеження страхування із числа перелічених у п. 5.1.-5.4. цих Правил можуть бути скасовані за особливих умов, передбачених Договором.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачене Договором страхування.

6.2. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін і зазначається в Договорі страхування. Строк дії Договору може бути поділений на періоди страхування.

6.3. Територія дії зазначається в Договорі як окрема країна або одна із географічних зон, в тому числі (але не обмежуючись):

6.3.1. «Європа» (EUROPE): всі країни географічної Європи та Алжир, Єгипет, Ізраїль, Марокко, Туніс, Туреччина;

6.3.2. «Цілий світ» (WORLD): всі країни світу;

6.4. Початок та закінчення терміну дії Договору за умовами страхування медичних витрат та цивільної відповідальності:

6.5. У разі укладення Договору страхування медичних витрат по виїзду за кордон, якщо інше не встановлено Договором, то страховий захист починається з моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при виїзді за кордон або з 00 годин за Київським часом дня, вказаного як початок дії Договору (за датою, що настала пізніше), але не раніше моменту сплати страхового платежу.

6.6. У разі укладення Договору страхування медичних витрат по виїзду за кордон, якщо інше не встановлено Договором, то страховий захист закінчується в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при поверненні з-за кордону або о 24 годині за Київським часом дня, вказаного як закінчення дії Договору (за датою, що настала

раніше).

6.7. Якщо Договір передбачає багаторазові подорожі, то Страховик несе відповідальність у межах сумарної кількості днів перебування за кордоном, яка зазначена в Договорі, за період страхування. При кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії Договору, якщо інше не визначено Договором страхування.

6.8. Договір страхування медичних витрат при поїзді за межі України не діє на території України та країни постійного або переважного проживання Застрахованої особи.

6.9. Договір може укладатися тільки до початку подорожі.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Для укладання Договору Страхувальник подає Страховику письмову заяву, за формою, яка встановлена Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір. Заява повинна містити усі необхідні, на думку Страховика, відомості про предмет договору, що заявляється на страхування.

7.2. Подання заяви на страхування не зобов'язує жодну із Сторін укласти Договір. Однак, якщо Договір страхування буде укладено, всі відомості щодо предмету Договору страхування, які були наведені в заяві на страхування, мають суттєве значення для оцінки ступеню ризику та формують основні дані укладеного Договору. Страхувальник несе відповідальність за достовірність наданих ним даних. Підписана Страхувальником заява має юридичну силу незалежно від того, ким була підписана або якими технічними засобами вона заповнена та у разі укладання Договору є невід'ємною його частиною.

7.3. При укладанні Договору Страхувальник зобов'язаний сповістити Страховика про усі відомі йому обставини, що мають суттєве значення для визначення ступеню страхового ризику щодо предмету договору, а також письмово дати відповіді на усі поставлені йому Страховиком запитання з метою визначення ступеню ризику у відношенні предмету договору, що страхується. Якщо після укладання Договору буде встановлено, що Страхувальник повідомив свідомо невірні відомості, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

7.4. На підставі даних, отриманих від Страхувальника, Страховик приймає рішення про укладання Договору або відмовляє в його укладанні.

7.5. Договір має бути оформлений у письмовій формі. Факт укладання Договору може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору.

7.6. Пропозиція укласти Договір може адресуватися невизначеному колу споживачів – фізичних осіб, шляхом розміщення на офіційному веб-сайті Страховика. У відповідності до статей 6, 207, 628, 633, 634, 638, 981 Цивільного кодексу України, безумовним прийняттям умов Договору дієздатною фізичною особою буде вважатись підписання (в тому числі за допомогою електронного підпису або електронного цифрового підпису відповідно до Закону України «Про електронний цифровий підпис», за умови використання засобу електронного цифрового підпису усіма сторонами електронного правочину або електронного підпису одноразовим ідентифікатором) страхового свідоцтва (поліса, сертифіката), а також сплата страхового платежу (премії) в повному обсязі на поточний рахунок Страховика або його уповноваженого представника (страхового посередника). Виконання зазначених дій означає прийняття дієздатною фізичною особою усіх умов Договору і є укладенням Договору у спосіб, прирівняний до укладення правочину у письмовій формі. Після прийняття дієздатною фізичною особою умов Договору, така особа набуває статусу Страхувальника.

7.7. При укладенні Договору Застрахована особа може надати дозвіл Страховикові на отримання Страховиком від лікувально-профілактичних та медичних закладів або медичних працівників інформації, що становить лікарську таємницю в частині, що стосується подій, які мають ознаки страхових випадків.

7.8. Страховик на підставі поданих Страхувальником документів і наданих відомостей визначає ступінь ризику, розмір страхового тарифу та розмір страхового платежу.

7.9. Страхувальник має право укладати Договори третіх осіб лише за їх згодою. У разі укладання Договору про страхування неповнолітньої особи необхідна згода її батьків або опікунів.

7.10. Страхувальники мають право при укладанні Договорів призначати за згодою Застрахованої особи фізичних осіб або юридичних осіб (вигодонабувачів) для отримання страхових виплат, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором.

7.11. Зміна Страхувальника за діючим Договором допускається тільки до настання страхового випадку шляхом внесення відповідних змін до Договору страхування. Страховик має право відмовити у зміні Страхувальника без пояснення причин відмови.

7.12. При укладенні Договору страхування, Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про усі договори страхування укладені ним з іншими страховиками стосовно аналогічного предмета страхування. Якщо Страхувальник не повідомив про те, що стосовно аналогічного предмета страхування діють інші договори страхування, то новий договір страхування є нікчемним.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страховик зобов'язаний:

8.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами;

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

8.1.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений умовами даного Договору строк;

8.1.4. не розголошувати відомостей про Страхувальника за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;

8.1.5. за несвоєчасне здійснення страхової виплати сплатити Страхувальнику пеню у розмірі 0,05% від суми, що підлягає виплаті, за кожен день прострочення, але не більше 10% від суми страхової виплати (страхового відшкодування), якщо інше не буде погоджено Договором.

8.2. Страховик має право:

8.2.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником для укладення Договору;

8.2.2. подавати запити в компетентні органи стосовно інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку;

8.2.3. у випадку порушення Страхувальником умов Договору вимагати дострокового припинення дії Договору;

8.2.4. у разі необхідності призначати медичну комісію з метою обстеження Застрахованої особи, а також іншу експертизу стосовно страхової події;

8.2.5. здійснювати фіксацію технічними засобами телефонних переговорів стосовно страхових випадків;

8.2.6. використати квиток Застрахованої особи на зворотний шлях, у разі організації дострокового її повернення в Україну;

8.2.7. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Договором та чинним законодавством України;

8.2.8. не відшкодувати будь-які непрямі збитки Застрахованої особи.

8.3. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

8.3.1. своєчасно сплатити страховий платіж;

8.3.2. при укладенні Договору надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати про будь-яку зміну страхового ризику;

8.3.3. надати Страховикові всі необхідні документи щодо страхового випадку для прийняття

рішення про здійснення страхової виплати або страхового відшкодування;

8.3.4. виконувати вказівки Страховика щодо порядку отримання медичних чи інших послуг.

8.4. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

8.4.1. у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та порядку, встановленому умовами даного Договору;

8.4.2. звертатися до Страховика за вказівками щодо порядку отримання необхідної допомоги;

8.4.3. на зміну умов Договору та на дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених цими Правилами та Договором;

8.4.4. у випадку втрати Договору у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката;

8.4.5. оскаржити в порядку, передбаченому законом України, відмову Страховика у виплаті страхового відшкодування або розмір виплаченого страхового відшкодування;

8.4.6. при укладанні Договору призначити Вигодонабувача для отримання страхового відшкодування в разі настання страхового випадку, а також замінювати його до настання страхового випадку, якщо інше не передбачене Договором страхування.

8.5. Обов'язок доводити факт настання страхового випадку та обґрунтовувати розмір своїх витрат або, якщо необхідно, неможливість встановлення зв'язку з Страховиком повністю покладається на Страхувальника (Застраховану особу) та/або особу, яка надала послуги.

8.6. Крім загальних прав та обов'язків Договір може передбачати додаткові права та обов'язки Сторін якщо вони не погоджені Сторонами та не суперечать.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. Якщо інше не передбачено Договором, при настанні страхової події, що потребує медичної та іншої допомоги, передбаченої умовами цього Договору, Страхувальнику або Застрахованій особі необхідно:

9.1.1. Не пізніше строків, вказаних у пунктах 9.1.2.-9.1.3. зв'язатися з асистуючою компанією або Страховиком телефонним зв'язком за номером вказаним у Договорі страхування та повідомити:

- Прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- Номер контактного телефону;
- Місцезнаходження (країну, місто, готель і тп.);
- Номер Договору страхування;
- Повідомити що відбулося та яка потрібна допомога;

При цьому вартість наданої допомоги буде сплачена Страховиком, у відповідності з умовами Договору.

9.1.2. При неможливості зв'язатися з асистуючою компанією або якщо ситуація вимагає прийняття негайного рішення, пов'язаного з необхідністю отримання термінової медичної або іншої допомоги **самостійно звернутися в найближчу медичну установу або до лікаря по допомогу та:**

- Обов'язково пред'явити Договір комплексного страхування (Страховий поліс);
- Оплатити, якщо буде потрібно, надані невідкладні медичні та інші послуги;
- Одержати в лікаря належним чином оформлені документи (див. пункт 10.2.), що підтверджують факт захворювання й суму медичних витрат;
- Подати Страховику заяву про виплату страхового відшкодування й документи, передбачені Договором страхування.

У разі стаціонарного лікування повідомити асистуючу компанію Страховика та узгодити витрати протягом 48 годин з моменту госпіталізації;

У разі амбулаторного лікування, якщо його вартість перевищує ліміт визначений Договором – узгодити витрати із асистуючою компанією Страховика до моменту оплати.

9.1.3. В інших випадках Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повідомити Страховика про настання страхової події не пізніше 30 календарних днів від дати її настання.

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

10.1. Для отримання страхової виплати Страховику надаються такі документи, що є загальними для будь-якого страхового випадку:

10.1.1. письмова заява на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;

10.1.2. оригінал Договору страхування;

10.1.3. копія закордонного паспорта (з відмітками про перетин кордону країни перебування);

10.1.4. копія національного паспорта;

10.1.5. копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера;

10.1.6. рахунки за телефонні розмови із Страховиком, на яких зазначений номер телефону та вартість кожної розмови.

10.2. У випадках самостійної оплати Застрахованою особою медичних послуг, у медичному закладі необхідно отримати та передати Страховику:

10.2.1. довідку-рахунок з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості;

10.2.2. рецепти, виписані Застрахованій особі лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;

10.2.3. деталізовані рахунки за інші послуги з розбивкою їх за датами та вартістю;

10.2.4. документи, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, банківські квитанції тощо);

10.3. Всі документи, що подаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати підписи посадових осіб з відповідними печатками, а також назву, адресу та контактний телефон установи (особи), що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери тощо) надаються в оригіналі.

10.4. Всі документи, інформація та докази надаються Страховику безкоштовно.

10.5. Якщо інше не передбачено Договором заява на страхову виплату подається Страховику не пізніше ніж через 30 календарних днів після закінчення терміну дії Договору страхування. Інші необхідні та належним чином оформлені документи щодо страхової події можуть бути надані Страховику протягом трьох місяців від дати настання страхової події. Документи направляються безпосередньо на поштову адресу Страховика.

10.6. Страхова виплата в рахунок оплати медичних, або інших передбачених Договором послуг, організованих Страховиком для Застрахованої особи, здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків, якщо інше не визначено Договором.

10.7. У випадку самостійної оплати Страхувальником (Застрахованою особою) медичних чи додаткових послуг, Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику на підставі заяви на отримання страхової виплати, яка подається протягом 30 календарних днів після закінчення подорожі або лікування, та документів, зазначених у пунктах 10.1. та 10.2., якщо інше не визначено Договором.

10.8. Якщо на дату закінчення строку дії Договору Застрахована особа ще перебуває за кордоном, і її стан вимагає невідкладної медичної допомоги, але за медичним висновком особа не підлягає репатріації (евакуації) в країну постійного проживання, то Страховик відшкодовує витрати на подальше невідкладне стаціонарне лікування Застрахованої особи за кордоном терміном не більше п'ятнадцяти календарних днів, за умови, що такі витрати не виходять за

межі страхової суми, якщо інше не визначено Договором.

10.9. У випадку травми, дорожньо-транспортної пригоди чи поломки легкового автомобіля, на якому подорожував Страхувальник (Застрахована особа), додатково Страховику надається складений в країні тимчасового перебування офіційний протокол або довідка про подію, де обов'язково має бути вказана така інформація:

10.9.1. посадові особи, що засвідчують факт події, та їх повноваження на виконання таких дій;

10.9.2. адреси та/або номери телефонів осіб, що засвідчили факт події;

10.9.3. детальний опис обставин події та ролі Страхувальника (Застрахованої особи) в ній;

10.9.4. стан Застрахованої особи у відношенні алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.

10.10. У випадку звернення Страхувальника з приводу пошкодження внаслідок дорожньо-транспортної пригоди або поломки легкового автомобіля, додатково Страховику надається висновок автотоварознавчої експертизи.

10.11. З урахуванням обставин події, що відбулась, Страховик має право вимагати додаткові документи для підтвердження факту та обставин настання страхового випадку, а також визначення розміру страхової виплати.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні страхового випадку. Страхова виплата не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнав Страхувальник (Застрахована особа) або витрат третіх осіб на надання допомоги Застрахованій особі, а також страхових сум і лімітів витрат, встановлених умовами Договору.

11.2. Відшкодування витрат на медичну допомогу та інші передбачені Договором послуги третіх осіб здійснюється Страховиком безпосередньо цим третім особам в безготівковій формі на підставі виставлених рахунків у відповідності до чинного законодавства України. Якщо з будь-яких причин (за бажанням Застрахованої особи; за вимогою третіх осіб, що надавали послуги тощо) вартість зазначених послуг сплатив Страхувальник (Застрахована особа) самостійно, то такі витрати підлягають відшкодуванню Страховиком відповідно до умов Договору.

11.3. Якщо інше не передбачено Договором, страхові виплати щодо відшкодування непередбачених самостійних витрат Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюються на території України виключно в гривнях. Перерахунок іноземної валюти, в якій були здійснені витрати, а також франшизи та страхових сум в гривні здійснюється за курсом НБУ на дату здійснення страхової виплати, якщо інше Сторони не погодили у Договорі.

11.4. Страхова виплата здійснюється безготівковим шляхом, або іншим не забороненим чинним законодавством України способом.

11.5. Якщо інше не передбачено Договором страхова сума (ліміт відповідальності) зменшується на суму здійсненої Страховиком страхової виплати. Сума всіх страхових виплат не може перевищувати страхову суму, розмір якої зазначений у Договорі.

12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Якщо інше не передбачено Договором, рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, наданих в порядку, передбаченому умовами Договору.

12.2. Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) банківських днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати.

12.3. При наявності підстав для сумніву щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати Страховик може відкласти рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин на строк не більше 45 (сорока п'яти) робочих днів.

12.4. Про відмову у здійсненні страхової виплати (страхового відшкодування) або прийняття рішення про відкладення рішення про виплату Страховик письмово повідомляє Застраховану особу протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту прийняття рішення з викладенням мотивації прийнятого рішення або обґрунтуванням причин відмови.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

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

13.1.1. навмисні дії або бездіяльність Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані необхідної самооборони (без перевищення її меж) або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

13.1.2. подання Страхувальником (Застрахованою особою або особою, на користь якої має бути здійснена страхова виплата) завідомо неправдивих відомостей про предмет страхування або про факт настання страхового випадку та суму витрат;

13.1.3. створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

13.1.4. несвоєчасне повідомлення Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин або порушення термінів узгодження самостійних витрат на лікування, а також невчасне подання документів Страховику для отримання страхової виплати (страхового відшкодування);

13.1.5. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором;

13.1.6. невиконання вказівок Страховика в процесі урегулювання страхової події;

13.1.7. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;

13.1.8. лікувальний відпочинок, реабілітаційне, санаторно-курортне та оздоровче лікування, а також спа-процедури;

13.1.9. захворювання, які є наслідком психічної реакції на військові події, внутрішні заворушення, терористичний акт, авіакатастрофу або побоювань, пов'язаних із такими подіями;

13.1.10. хронічні, психічні захворювання, навіть якщо вони проявляються періодично;

13.1.11. страхування осіб у віці від 65 до 80 років без додаткового платежу (націнки);

13.1.12. інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

14. ЗМІНА СТУПЕНЮ СТРАХОВОГО РИЗИКУ

14.1. Зміною ступеню страхового ризику вважається будь-яка зміна даних і/або обставин, які надані Страхувальником в заяві на страхування, факти/події, які мають вплив на характер користування або розпорядження об'єктом страхування та сам факт настання страхового випадку.

14.2. Страхувальник протягом трьох календарних днів від моменту виникнення відповідних обставин, повинен повідомити Страховика про зміну ступеня страхового ризику. У разі надходження такої заяви Страховик приймає рішення про внесення змін в Договір або про дострокове припинення його дії, якщо інше не передбачено Договором.

14.3. Несвоєчасне повідомлення про зміну ступеня страхового ризику звільняє Страховика від обов'язку здійснення страхової виплати за страховими випадками, які стались в період з дати виникнення обставин, які призвели до зміни ступеня страхового ризику до дати фактичного отримання Страховиком письмово звернення (включно обидві дати).

14.4. Якщо Страхувальник порушує встановлені чинним законодавством та нормативними актами правила пожежної безпеки, безпеки проведення робіт або інші аналогічні норми або,

якщо такі порушення здійснюються з відома Страхувальника, то такі порушення розглядаються як обставини, що призводять до підвищення ступеню ризику.

14.5. У разі збільшення ступеню страхового ризику та внесення змін в договір страхування, Страховик має право на отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу. Якщо у разі зміни ступеню страхового ризику Страхувальник не сплатив або неповністю сплатив додатковий страховий платіж протягом 10 робочих днів (якщо інше не передбачено умовами Договору) з дати отримання вимоги Страховика про оплату додаткового платежу, Договір достроково припиняє свою дію на підставі невиконання Страхувальником умов Договору.

15. УМОВИ ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

15.1. Всі зміни та доповнення оформляються як Додатковий договір до Договору.

15.2. Додатковий договір набирає чинності з дати його підписання Сторонами, якщо інше не передбачено його умовами.

15.3. Додатковий договір є невід'ємною частиною Договору і укладається в кількості примірників Договору.

15.4. Після укладання Договору зміни та доповнення в його умови можуть вноситися за взаємною згодою сторін в письмовій формі лише до початку дії Договору страхування. Після початку дії Договору страхування зміни та доповнення в його умови не вносяться, якщо інше передбачено Договором.

15.5. Строк дії Додаткового договору не може перевищувати строку дії Договору, якщо інше не зумовлено особливостями та умовами Договору.

15.6. Дія Договору припиняється за згодою Сторін, а також у випадках:

15.6.1. закінчення строку дії;

15.6.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

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

15.6.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті – Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, крім випадків переходу прав за договором до правонаступників;

15.6.5. ліквідації Страховика у порядку визначеному законом;

15.6.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

15.6.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

15.7. Про намір достроково припинити дію Договору страхування Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу за 30 днів до дати припинення дії Договору страхування.

15.8. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, відповідно до Додатку № 1, фактичних виплат страхових відшкодувань, 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.

15.9. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, відповідно до Додатку № 1, та виплат страхових відшкодувань, що були здійснені за цим Договором страхування.

15.10. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках передбачених Цивільним кодексом України, а також згідно Закону України «Про страхування», якщо його укладено після страхового випадку. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. Спори, пов'язані з даним Договором, вирішуються шляхом переговорів. Якщо Сторони під час переговорів не дійшли згоди, вирішення спорів здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

16.2. Порядок вирішення спорів може бути окремо визначений у сторонами у Договорі страхування.

16.3. За невиконання умов Договорів страхування, сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. У відповідності до Закону України «Про захист персональних даних», Страхувальник (Застраховані особи) повідомляється (-ються) про включення його (їх) персональних даних (далі – ПД) до баз ПД Страховика, яке здійснюється з метою виконання договірних та господарських відносин у сфері страхування, охорони здоров'я, статистики, ведення архівної справи, адміністративно-правових відносин, податкових відносин, фінансового моніторингу та відносин у сфері бухгалтерського обліку, з метою підготовки документів в рамках зазначених відносин, а також внутрішніх документів Страховика з питань реалізації визначених законодавством прав та обов'язків в сфері таких відносин.

17.2. Згідно зі ст.8 Закону України «Про захист ПД» суб'єкт ПД має право:

17.2.1. знати про місцезнаходження бази даних, яка містить його ПД, її призначення та найменування, місцезнаходження її володільця чи розпорядника;

17.2.2. отримувати інформацію про умови надання доступу до ПД, зокрема інформацію про третіх осіб, яким передаються його ПД;

17.2.3. на доступ до своїх ПД;

17.2.4. отримувати не пізніше як за 30 календарних днів з дня надходження запиту, крім випадків, передбачених законом, відповідь про те, чи зберігаються його ПД і у відповідній базі ПД, а також отримувати зміст його ПД, що зберігаються;

17.2.5. пред'являти вмотивовану вимогу із запереченням проти обробки своїх ПД органами державної влади, органами місцевого самоврядування при здійсненні їхніх повноважень, передбачених законом;

17.2.6. пред'являти вмотивовану вимогу щодо зміни або знищення своїх ПД будь-яким володільцем та розпорядником цієї бази, якщо ці дані обробляються незаконно чи є недостовірними;

17.2.7. на захист своїх ПД від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв'язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвочасним їх наданням, а також на захист від надання відомостей, що є недостовірними чи ганьблять честь, гідність та ділову репутацію фізичної особи;

17.2.8. звертатися з питань захисту своїх прав щодо ПД до органів державної влади та посадових осіб до повноважень яких належить забезпечення захисту ПД, або до суду;

17.2.9. застосовувати засоби правового захисту в разі порушення законодавства про захист ПД;

17.2.10. вносити застереження стосовно обмеження права на обробку своїх ПД під час надання згоди;

17.2.11. відкликати згоду на обробку ПД;

17.2.12. знати механізм автоматичної обробки ПД;

17.2.13. на захист від автоматизованого рішення, яке має для нього правові наслідки.

17.3. У відповідності до ст.12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» Страхувальник (Застраховані особи) повідомляються про можливість отримання наступної інформації:

17.3.1. про послугу, що пропонує надати Страховик, її вартість, умови надання додаткових послуг та їх вартість;

17.3.2. порядок сплати податків і зборів за рахунок Страхувальника (застрахованих осіб) в результаті укладання договору страхування;

17.3.3. правові наслідки та порядок здійснення розрахунків зі Страхувальником (Застрахованими особами) фізичною особою внаслідок дострокового припинення договору страхування;

17.3.4. механізм захисту прав споживачів та порядок урегулювання спірних питань, що виникають у процесі надання послуг;

17.3.5. реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг, відомості про фінансові показники діяльності Страховика та його економічний стан, перелік керівників Страховика;

17.3.6. кількість акцій Страховика, які знаходяться у власності членів її виконавчого органу, та перелік осіб, частки яких у статутному капіталі перевищують п'ять відсотків.

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

Базові страхові тарифи (Тб) застосовуються при укладенні Договору страхування строком на один рік.

Страхові ризики	Базовий страховий тариф, Тб (% від страхової суми)
1. Гостре захворювання Застрахованої особи, що потребує надання медичної допомоги.	2,5
2. Загострення хронічної хвороби.	3,0
3. Тілесні ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.	1,0
4. Смерть Застрахованої особи внаслідок непередбачуваного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку.	0,5
5. Виникнення у Страхувальника (Застрахованої особи) непередбачуваних додаткових витрат при здійсненні подорожі територією, зазначеною в договорі страхування, не здійснення яких може спричинити погіршення стану його здоров'я або призвести до смерті.	0,5

Виходячи із ступеню страхового ризику при встановленні ставки страхового тарифу можливе застосування понижуючих або підвищуючих коефіцієнтів К1-К7, враховуючи фактори, що збільшують або зменшують вірогідність настання страхового випадку.

Річний страховий тариф визначається множенням базового тарифу на поправочні коефіцієнти К1-К7 відповідно до впливу вищезазначених факторів на ступінь ризику.:

К1 - залежить від стану здоров'я Застрахованої особи встановленого під час медичного обстеження (у випадку його проведення) (від 0,3 до 2),

К2 - професійної належності (від 0,4 до 3),

К3 - наявності шкідливих звичок, способу життя (від 0,4 до 3),

К4 - розмірів страхових виплат за окремими страховими випадками, обмежень, страхування (від 0,3 до 2)

К5 - кількості застрахованих (від 0,5 до 2)

К6 - території страхування (від 0,2 до 4)

К7 - інших додаткових істотних факторів, визначених у кожному конкретному договорі страхування (від 0,1 до 3).

При страхуванні на строк менший, ніж 1 рік, вводяться коефіцієнти короткостроковості для річного тарифу:

Період страхування	1 міс.	2 міс.	3 міс.	4 міс.	5 міс.	6 міс.	7 міс.	8 міс.	9 міс.	10 міс.	11 міс.
Коефіцієнт	0,25	0,30	0,40	0,45	0,50	0,60	0,70	0,80	0,85	0,90	0,95

Норматив витрат на ведення справи становить 40%

Актуарій

 Кучук-Яценко С.В.

Свідоцтво № 03-014 від 20.02.2014

Всього документів пронумеровано
 Прочітано, скріплено печаткою та
 підписом
 ДПДІСОМ
 АРКУШІВ
 Генеральний директор
 Матеню



НАЦІОНАЛЬНИЙ РЕЄСТР ПРАЦІВНИКІВ
 ДЕРЖАВНЕ РЕЄСТРУВАННЯ У СФЕРІ ПРАЦІ ТА СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Місц. *Улиця Коцюбинська*
 (назва вулиці, району, міста)

Підпис *О. Максимчук*
 (підпис працівника)

Дата *07.07.2016*
 (дата реєстрації)

2 1 1 6 1 4 1
 (реєстраційний номер)