

«Затверджую»

Директор ТДВ
«Страхова компанія «Гарант і Я»

Гречин Н. Ю.

«23» листопада 2012 р.



ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

№5

м. Львів

2012р.

1. ТЕРМІНИ ТА ЇХ ВИЗНАЧЕННЯ

1.1. Страховик - ТДВ «Страхова компанія «Гарант і Я», яка на підставі Закону України «Про страхування» та на умовах даних Правил укладає Договори страхування медичних витрат із юридичними та дієздатними фізичними особами, від імені яких укладається Договір страхування.

1.2. Страхувальник - юридична особа та дієздатна фізична особа, яка укладає зі Страховиком Договір (договори) страхування або є Страхувальниками відповідно до законодавства України. Страхувальники мають право при укладенні Договору страхування 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 страхування.

1.3. Застрахована особа - фізична особа, резидент або нерезидент України, на користь якої укладено Договір страхування та на яку поширюється страховий захист. Якщо Страхувальник уклав Договір страхування на свою користь, він одночасно є Застрахованою особою. Застраховані особи можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника.

1.4. Близькі родичі Застрахованої особи - його (її) жінка (чоловік), діти (в тому числі усиновлені), його (її) матір, батько (матір, батько його (її) жінки, чоловіка), рідна сестра чи брат.

1.5. Вигодонабувач - фізична або юридична особа, яка визначена Страхувальником за згодою із Застрахованою особою у Договорі страхування як особа, яка отримує страхову виплату при настанні страхового випадку.

1.6. Договір страхування - письмова угода між Страховиком та Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання в разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

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

1.8. Страховий випадок - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася під час дії Договору страхування та на території дії Договору страхування, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій або іншій третій особі (медичному, транспортному або іншому закладу, який надав допомогу, виконав послугу відповідно до умов Договору страхування та інше).

1.9. Територія дії Договору страхування - країна та/або географічний район, зазначений в Договорі страхування, на який поширюється дія страхового захисту.

1.10. Країна постійного проживання - країна, під юрисдикцією якої знаходиться місце постійного проживання Застрахованої особи, та в якій Застрахована особа проживає не менше 183 днів календарного року.

1.11. Країна тимчасового перебування - окрема територія, країна, група країн (географічний район), яка зазначається в Договорі страхування та на яку поширюється дія страхового захисту.

1.12. Страхова сума - граничний (максимальний) рівень страхового забезпечення, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні одного або декількох страхових випадків відповідно до умов Договору страхування.

1.13. Субліміт страхової суми – ліміт відповідальності Страховика за окремими видами медичної допомоги відповідно до умов Договору страхування.

1.14. Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування, визначена у грошовому еквіваленті чи відсотках від страхової суми.

1.15. Страхова премія - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику (представнику Страховика) згідно з Договором страхування та відповідно до умов Договору страхування.

1.16. Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та визначеними лімітами відповідальності Страховика, та яка може складати всю страхову суму або її частину.

1.17. Ліміт відповідальності - граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який за згодою Сторін може встановлюватися при укладанні Договору страхування на один страховий випадок, по окремому страховому ризику та/або по окремих видах страхових послуг.

1.18. Програма страхування - перелік лікувально-діагностичних, транспортних та інших послуг певного обсягу та якості, що можуть бути надані та відшкодовані Застрахованій особі згідно умовами Договору страхування та визначеними лімітами відповідальності Страховика.

1.19. Франшиза (умовна/безумовна) - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. При наявності в Договорі страхування безумовної франшизи її розмір вираховується при розрахунку страхової виплати з розміру страхової виплати по кожному страховому випадку. При умовній франшизі Страховик не несе відповідальності за збиток, що не перевищує величину франшизи, але відшкодовує збиток повністю при перевищенні ним величини франшизи.

1.20. Період страхування - кількість днів в межах строку дії Договору страхування, протягом яких Страховик несе відповідальність.

1.21. Спеціалізована служба (Представник Страховика) - Асистуюча компанія – посередник між юридична особа, зазначена в Договорі страхування, яка згідно з угодою зі Страховиком щодо організації надання необхідної допомоги Застрахованій особі, координує дії Застрахованої особи та осіб, що надають Застрахованій особі послуги (медичні, транспортні, сервісні та інші) при настанні страхового випадку.

1.22. Сервісні послуги - довідкові, інформаційні та інші послуги.

1.23. Нещасний випадок - раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я (травматичне пошкодження, опіки, відмороження, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами (за винятком сальмонельозу, дизентерії), ліками; ботулізм; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), поліомієлітом, сказ внаслідок укусу тварини, правець) Застрахованої особи або її смерті. Нещасними випадками також є наступні події, які призвели до розладу здоров'я або смерті Застрахованої особи: утоплення, поразка блискавкою або електричним струмом, укуси тварин або отруйних комах, змій, проникнення стороннього тіла, протиправні дії третіх осіб.

1.24. Гостре захворювання - раптовий непередбачуваний стан, пов'язаний із порушенням життєдіяльності організму Застрахованої особи під час дії Договору страхування, якій становить загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи і вимагає надання невідкладної медичної допомоги і при якому відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму Застрахованої особи.

1.25. Гострий біль - реакція нервової системи на зовнішній або внутрішній подразник, яка може привести до больового шоку в разі ненадання невідкладної медичної допомоги.

1.26. Загроза життю та здоров'ю – ситуація або стан Застрахованої особи, при якому патологічні зміни можуть призвести до незворотного розладу функцій організму або смерті Застрахованої особи.

1.27. Медичний заклад - заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, завданням яких є забезпечення потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних закладів та послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, що надають Застрахованій особі медичну допомогу, передбачену Договором страхування.

1.28. Аптека – фармацевтична установа, яка забезпечує Застраховану особу та/або медичний заклад медикаментами та медичними матеріалами, що необхідні для надання медичної допомоги, передбаченої Договором страхування

1.29. Медична допомога - комплекс заходів медико-соціального характеру, що включає профілактичну, лікувальну, діагностичну, реабілітаційну, стоматологічну допомогу в межах невідкладної медичної та/або амбулаторної та/або стаціонарної допомоги. Надається особами, що мають відповідну Ліцензію на право надання медичної допомоги, необхідні інструменти, медикаменти, тощо.

1.30. Невідкладна медична допомога - комплекс невідкладних термінових заходів, які надаються особами, що мають відповідну підготовку, необхідні інструменти та медикаменти (в кареті «швидкої допомоги», в амбулаторних та/або стаціонарних умовах), та які проводяться особі, що знаходиться у критичному для її життя стані, з метою запобігання смерті та ускладнень гострого захворювання відповідно підготовленим медичним персоналом.

1.31. Невідкладна пологова допомога - невідкладна медична допомога у випадку ускладнення вагітності та/або загрози її переривання та/або загрози життю та здоров'ю.

1.32. Невідкладна стоматологічна допомога - комплекс екстрених заходів, необхідний для ліквідації гострого зубного болю, що обумовлений гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою в результаті нещасного випадку, який включає огляд лікаря, знеболювання, рентген (при наявності показів), видалення зуба/зубів, розкриття кореневих каналів (без їх лікування), пломбування.

1.33. Рейсове перевезення – перевезення, що зареєстроване в офіційному списку та/або міжнародному довіднику рейсів, за умови, що перевізник має ліцензію, сертифікат або інший дозвіл на здійснення рейсових перевезень, які видані відповідними інстанціями країни, на території якої зареєстрований транспортний засіб, і за умови, що даний транспортний засіб утримується перевізником у справному технічному стані, при цьому регулярно публікується розклад і тарифи на перевезення пасажирів.

1.34. Вартість проїзду - вартість квитка на проїзд наземним та/або залізничним та/або морським транспортом та/або повітряним транспортом економічним класом

1.35. Умовна одиниця - іноземна валютна одиниця, яка може зазначатися у Договорі страхування.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Дані Правила встановлюють загальні умови та порядок укладання, виконання, змін та припинення дії Договорів страхування медичних витрат. Конкретні умови страхування визначаються при укладанні Договорів страхування. За письмовою згодою Сторін у Договір страхування можуть бути

включені інші умови, виключення або доповнення до даних Правил, що не суперечать даним Правилам та законодавству України.

2.2. Документом, що регламентує взаємовідносини між Страховиком та Страхувальником, є дані Правила, Договір страхування та Додатки до нього.

2.3. Договір страхування укладається з юридичними та дієздатними фізичними особами. Страхувальники можуть укладати зі Страховиком Договори страхування щодо третіх осіб лише за їх згодою (надалі – Застраховані особи).

2.4. Застраховані особи можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. Страхувальник, який уклав Договір страхування на свою користь, набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з Договором страхування.

2.5. Страхуванню не підлягають особи, які на час укладання Договору страхування є інвалідами будь-якої групи, визнані у встановленому порядку недієздатними чи обмежені у дієздатності внаслідок психічного розладу, зловживання спиртними напоями, наркотичними чи іншими токсичними речовинами, що викликають залежність та спричиняють патологічні зміни у організмі людини, онкологічно хворими, хворими з тяжкими формами захворювання серцево-судинної системи, а також особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, шкірно-венеричних, протитуберкульозних та інших спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби з СНІД.

2.6. Іноземці, особи без громадянства та іноземні юридичні особи на території України користуються правом на страховий захист нарівні з громадянами і юридичними особами України.

2.7. Вікова категорія осіб, що можуть бути застрахованими, обмежується включно до 85 років. Особи, старше 85 років страхуванню не підлягають.

2.8. Страховик не має права розголошувати одержані ним внаслідок своєї професійної діяльності відомості про Страхувальника, Застраховану особу, Вигодонабувача, про їх майновий стан, стан їх здоров'я. За порушення таємниці страхування Страховик в залежності від виду порушених прав та характеру порушення несе відповідальність в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування медичних витрат є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованої особи 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).

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

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

4.2. За умовами даних Правил, якщо інше не вказано в Договорі страхування, страховими ризиками, на випадок настання яких проводиться страхування, є:

4.2.1. раптове захворювання Застрахованої особи під час дії Договору страхування;

4.2.2. тілесні ушкодження Застрахованої особи під час дії Договору страхування;

4.2.3. смерть Застрахованої особи внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку під час дії Договору страхування

4.3. За умовами даних Правил, якщо інше не вказано в Договорі страхування, страховими випадками є документально підтверджені витрати на надані Застрахованій особі:

4.3.1. медичні послуги, діагностичні послуги та медикаментозне забезпечення при отриманні нею:

4.3.1.1. невідкладної медичної допомоги;

4.3.1.2. стаціонарного лікування;

4.3.1.3. амбулаторного лікування;

4.3.1.4. стоматологічної допомоги;

4.3.2. медико-транспортні витрати;

4.3.3. витрати на репатріацію.

4.4. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також відшкодування витрат на додаткові послуги, пов'язані із настанням страхового випадку, а саме:

4.4.1. організація переоформлення проїзного документа для повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання при настанні нещасного випадку або раптового захворювання;

4.4.2. транспортні витрати на супроводжуючу особу/медичного працівника при наявності медичних показів для такого супроводу;

4.4.3. транспортні витрати (в обидва боки) однієї особи із членів родини Застрахованої особи в разі перебування Застрахованої особи у критичному стані на стаціонарному лікуванні більше 10 (десяти) діб внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку та неможливості здійснення медичної евакуації Застрахованої особи до місця постійного проживання за медичними показниками;

4.4.4.транспортні витрати (в один бік) Застрахованої особи у випадку її дострокового (позапланового) повернення до країни та/або місця її постійного проживання у разі смерті близького родича Застрахованої особи в країні її постійного проживання (для резидентів України);

4.4.5.транспортні витрати на евакуацію неповнолітніх дітей, які не досягли 15-річного віку, до країни та/або місця їх постійного проживання та, в разі необхідності, їх супровід третьою особою, у випадку, якщо Застрахована особа або жодна із подорожуючих разом з ними осіб віком понад 18 років не в змозі про них піклуватись через гостре захворювання, загострення хронічної хвороби, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку або смерті (для резидентів України);

4.4.6.організація оформлення тимчасових документів, необхідних для повернення Застрахованої особи до країни та/або місця постійного проживання, в разі втрати оригіналів цих документів, а саме: документа, що посвідчує особу, посвідчення водія та/або свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу у випадку подорожі на власному транспортному засобі;

4.4.7.комунікаційні послуги, а саме передача термінових телефонних та/або факсимільних повідомлень, які пов'язані із страховим випадком, членам родини Застрахованої особи, що здійснюються самою Застрахованою особою або особою, що представляє її інтереси;

4.4.8.організація юридичної допомоги, необхідної внаслідок настання страхового випадку;

4.4.9.витрати на технічну допомогу (дрібний ремонт транспортного засобу на місці аварії, буксирування до місця ремонту або зберігання) при умові, що Застрахована особа подорожувала власним транспортним засобом;

4.4.10.організація евакуації транспортного засобу Застрахованої особи в країну постійного проживання у випадку аварії та/або поломки транспортного засобу.

Надання та відшкодування даних послуг не забезпечується у випадку їх настання за межами країн Європи.

4.5. Обсяг витрат, що відшкодовуються Страховиком за конкретним Договором страхування, визначається згідно обраної Страхувальником Програми страхування, яка включає перелік витрат, що відшкодовуються Страховиком, та інші умови страхування. Субліміти відповідальності Страховика встановлені відповідно до обраної Програми страхування.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. До страхових випадків не відносяться і страхова виплата не здійснюється, якщо збитки Страхувальника/Застрахованої особи, пов'язані з подією, що:

5.1.1.не обумовлена як страховий ризик в Договорі страхування;

5.1.2.мала місце до початку дії Договору страхування чи після його закінчення;

5.1.3.мала місце за межами території дії Договору страхування;

5.2. Не визнаються страховими випадками витрати Страхувальника/Застрахованої особи, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, у зв'язку із:

5.2.1.епідемічними та пандемічними захворюваннями

5.2.2.лікуванням будь-якої хвороби, що спричинена СНІД, імунodefіцитними станами;

5.2.3.лікуванням венеричних та інших хвороб, які передаються статевим шляхом;

5.2.4.лікуванням або наслідками (ускладненнями) онкологічних захворювань;

5.2.5.лікуванням туберкульозу;

5.2.6.лікуванням хвороб крові та кровотворних органів;

5.2.7.лікуванням хвороб ендокринної системи;

5.2.8.лікуванням або наслідками (ускладненнями) захворювань на вірусні гепатити;

5.2.9.лікуванням гострої та хронічної променевої хвороби;

5.2.10.лікуванням травм, станів та захворювань, що виникли внаслідок дії іонізуючої радіації, радіоактивного забруднення будь-якого походження;

5.2.11.лікуванням судомних станів, нервових та психічних захворювань, неврозів, тощо;

5.2.12.лікуванням психічних розладів, станів та захворювань, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

5.2.13.ангіографією, а також витратами, що пов'язані з операціями на серці та судинах, у тому числі ангіопластику, шунтування, навіть при існуванні медичних показів;

5.2.14.проведенням гемодіалізу при хронічній нирковій недостатності;

5.2.15.замороженням та пересадкою живих клітин та кісткового мозку;

5.2.16.придбанням органів для трансплантації, їх пошуком, доставкою та оплатою донорів;

5.2.17.лікуванням хвороб, пов'язаних з дією сонячного випромінювання, у тому числі сонячний та тепловий удар, а також переохолодженням;

5.2.18.вагітністю (за виключенням позаматкової вагітності), пологами після 28 (двадцяти восьми) тижнів вагітності, перериванням вагітності, діагностикою вагітності, лікуванням ускладнень вагітності, тощо, крім випадків медичних показів на переривання вагітності, пов'язаних із життям та здоров'ям Застрахованої особи;

5.2.19.обстеженням і лікуванням, пов'язаних з абортами або пологами та їх наслідками;

5.2.20.лікуванням чоловічого та жіночого безпліддя;

5.2.21.штучним заплідненням;

- 5.2.22.операціями по зміні статі;
- 5.2.23.лікуванням методами мануальної терапії, рефлексотерапії, масажу, гомеопатії, фіто-, натуро терапії;
- 5.2.24.обстеженням і лікуванням за допомогою методів не «класичної» медицини, яка не має всесвітнього визнання та не практикується у офіційних закладах охорони здоров'я;
- 5.2.25.наданням послуг медичними установами, які не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на здійснення лікарської діяльності;
- 5.2.26.самолікуванням, в т.ч. придбанням медикаментозно-діагностичних засобів, а також їх вживанням (використанням) без призначення лікаря;
- 5.2.27.лікуванням вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень;
- 5.2.28.лікуванням алкоголізму, наркоманії та токсикоманії;
- 5.2.29.лікуванням цукрового діабету (крім коматозного стану);
- 5.2.30.всіма видами косметичних та пластичних операцій та процедур, усуненням косметичних дефектів;
- 5.2.31.лікуванням дерматитів (контактних, алергічних та ін.), кропивниць та еритем, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;
- 5.2.32.придбанням та ремонтом допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, кардіостимуляторів, корсетів, милиць, інвалідних візків, вимірювальних приладів, тощо);
- 5.2.33.придбанням загально зміцнювальних препаратів, засобів гігієни, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;
- 5.2.34.будь-яким протезуванням, в тому числі забезпеченням зубними протезами або штучними зубами, а також імплантацією різного роду імплантатів;
- 5.2.35.стоматологічними послугами, крім екстреної допомоги у випадку гострого зубного болю або допомоги, необхідної для лікування наслідків нещасного випадку;
- 5.2.36.лікуванням незапальних розладів слуху, в т.ч. сіркових пробок;
- 5.2.37.реабілітацією, відновлювальним лікуванням, фізіотерапією;
- 5.2.38.проведенням лікарських експертиз;
- 5.2.39.проведенням обов'язкових диспансерних оглядів та обстежень, пов'язаних з ними;
- 5.3. Страховик не відшкодовує витрати:
- 5.3.1.якщо страховий випадок стався внаслідок професійного захворювання;
- 5.3.2.якщо страховий випадок стався внаслідок виконання Застрахованою особою будь-якої фізичної роботи (в тому числі за наймом), а також участі Застрахованої особи в спортивних заняттях, тренуваннях, змаганнях та інших заняттях, пов'язаних з підвищеною небезпекою для життя та здоров'я, якщо Договором страхування не передбачене страхування цих ризиків;
- 5.3.3.на надання додаткового комфорту, а саме: радіоприймача, телевізора, аудіо- та відеомагнітофона, послуг перукаря або косметолога, тощо;
- 5.3.4.на коригуюче або реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку, курортних закладах, тощо;
- 5.3.5.на лікуванням травм, станів та захворювань, викликаних форс-мажорними обставинами, включаючи, але не обмежуючись, війною, вторгненням, терористичними актами, громадянською війною, повстанням, революцією, діями військової влади чи узурпаторських режимів або активною участю Застрахованої особи у воєнних діях, громадських заворушеннях;
- 5.3.6.на лікуванням травм, станів та захворювань, що виникли внаслідок порушення загально прийнятих правил особистої безпеки, правил поведінки та відповідних інструкцій у відпочинкових зонах (готелі, пляжі, басейни, та ін.), тощо;
- 5.3.7.на лікуванням травм, станів та захворювань, отриманих через скоєння самою Застрахованою особою дій, які за законом, що діє у країні перебування, так і за законом, що діє у країні постійного проживання, трактуються як умисні правопорушення;
- 5.3.8.на лікуванням травм, станів чи захворювань, викликаних власними навмисними діями Застрахованої особи, у тому числі спроб самогубства або навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень;
- 5.3.9.з відшкодування будь-якої моральної шкоди, неустойки (штрафів, пені), пов'язаної з дією Договору страхування;
- 5.3.10.якщо Застрахована особа навмисно надала неправдиву інформацію про ступінь страхового ризику або факт настання страхового випадку;
- 5.3.11.на лікуванням травми, одержаної в результаті керування Застрахованою особою транспортним засобом, якщо вона не має права керувати ним;
- 5.3.12.на лікуванням травм, станів та захворювань, які Застрахована особа отримала внаслідок дій, здійснених нею у стані алкогольного сп'яніння (в т.ч. за умови вживання будь-яких речовин з метою сп'яніння) або під впливом наркотичних чи токсичних речовин;
- 5.3.13.на лікування, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання;

5.3.14.на лікування захворювань та патологічних станів, які виникли в результаті свідомої відмови Застрахованої особи чи її представника від виконання приписів лікаря, отриманих ним при зверненні внаслідок страхового випадку;

5.3.15.на отримання медичних, медико-транспортних та інших послуг у випадках, якщо подорож було з метою спланованого чи передбачуваного лікування.

5.4. Договором страхування можуть бути передбачені інші винятки та обмеження страхування.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

6.1. Страхова сума за Договором страхування визначається за згодою Сторін при укладанні Договору страхування.

6.2. За окремими видами медичної та/або іншої допомоги в Договорі страхування можуть бути закріплені субліміти страхової суми, які обмежують ліміт відповідальності Страховика у відношенні до даного виду медичної та іншої допомоги відповідно до Програми страхування.

6.3. Договір страхування, по якому проводилися страхові виплати, що є меншими загальної страхової суми та/або визначених сублімітів страхової суми, зберігає чинність до кінця терміну страхування. Страхова сума та/або субліміти страхової суми зменшуються на страхову виплату. Загальна сума страхових виплат не може перевищувати страхової суми, визначеної договором страхування.

6.4. Розмір страхового платежу розраховується шляхом множення ставки страхової суми на кількість днів подорожі та на коефіцієнти. Конкретний розмір страхового платежу зазначається у Договорі страхування за згодою Страховика та Страхувальника.

6.5. Порядок та форма сплати страхового платежу визначаються у Договорі страхування. Страхувальник може сплатити страхову премію в касу Страховика або його представника або використати безготівкові форми розрахунків у відповідності із законодавством України.

6.6. Страхувальник згідно з укладеними Договорами страхування має право вносити страхові платежі (страхову премію) у грошовій одиниці України, а Страхувальник-нерезидент – в іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених Законодавством України.

6.7. Договором страхування може бути передбачена франшиза. Наявність та розмір франшизи визначається Програмою страхування або встановлюється додатково за вибором Страхувальником умов страхування.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страховика та Страхувальника від однієї доби до одного року, якщо інше не зазначено в Договорі страхування.

7.2. Якщо Договір страхування передбачає багаторазові подорожі протягом строку дії Договору страхування, Страховик несе відповідальність у межах тієї кількості днів, яка зазначена в Договорі страхування. При кожному використанні дня (днів) при таких умовах Договору страхування, строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії Договору страхування.

7.3. Договір страхування набирає чинності з моменту сплати Страхувальником страхового платежу, якщо інше не зазначено в Договорі страхування. При цьому відповідальність Страховика розпочинається з моменту фактичного початку подорожі, але не раніше дати початку строку дії Договору страхування.

7.4. Страховий захист (відповідальність Страховика) припиняється із закінченням дії Договору страхування, та/або закінченням кількості днів, визначених в Договорі страхування як період страхування протягом строку дії Договору страхування, та/або перебуванням Застрахованої особи поза межами території дії Договору страхування. Ця норма Договору страхування діє також відносно випадків, коли стан Застрахованої особи потребує подальшого лікування, але за медичними показаннями вона є транспортабельною і в змозі повернутися до країни та/або місця постійного проживання.

7.5. Якщо під час подорожі Застрахованої особи внаслідок страхового випадку, що стався під час дії Договору страхування, їй необхідне лікування, тривалість якого перевищує строк дії Договору страхування, строк дії Договору страхування автоматично продовжується до настання моменту, коли за медичними показаннями стане можливим повернення Застрахованої особи до країни та/або місця проживання або до моменту, коли витрати досягнуть ліміту (субліміту) відповідальності Страховика по страховому випадку відповідно до Договору страхування.

7.6. Територія дії Договору страхування зазначається в Договорі страхування. Дія страхового захисту поширюється на вказану в Договорі страхування територію. В окремих випадках територія дії Договору страхування може обмежуватися конкретною зазначеною територією (заклад відпочинку тощо).

7.7. Дія Договору страхування не діє на території країни постійного проживання Застрахованої особи та/або у місці постійного проживання при подорожі територією України (місце постійного

проживання включає відповідно всю прилеглу до адреси реєстрації Застрахованої особи територію області згідно державного територіального розподілу України).

7.8. В будь-якому випадку дія Договору страхування не поширюється на держави (території держав):

7.8.1.в межах яких проводяться військові дії та/або військові антитерористичні операції та/або громадські заворушення;

7.8.2.відвідування та перебування на яких з очевидною вірогідністю становить загрозу для життя і здоров'я людей;

7.8.3.по відношенню до яких застосовані економічні та/або військові санкції в установленому міжнародним законодавством порядку чи за оголошенням державних чи міжнародних організацій;

7.8.4.в межах яких знайдені та визнані джерела епідемії.

8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Подання заяви не зобов'язує Страховика та Страхувальника укласти Договір страхування.

8.2. На момент укладання Договору страхування Застрахована особа має знаходитись на території України, якщо інше не погоджено із Страховиком.

8.3. За взаємною згодою Страхувальника та Страховика Договір страхування може бути укладений на випадок настання одно або декількох страхових випадків, зазначених у п.4 даних Правил.

8.4. При укладанні Договору страхування Страхувальник повинен повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику.

8.5. При укладанні Договору страхування Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний надати інформацію про інші чинні Договори страхування, що укладені щодо предмету страхування.

8.6. При укладанні Договору страхування Страхувальник/Застрахована особа звільняє лікарів медичних організацій від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком стосовно страхового випадку.

8.7. Страховик має право відмовитися від прийняття ризиків на страхування без пояснення причин відмови.

8.8. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

8.9. При страхуванні групи осіб може бути виданий один Договір страхування на всю групу осіб. В цьому випадку до Договору страхування обов'язково додається Список Застрахованих осіб, який є невід'ємною частиною Договору страхування і підписується Страховиком та Страхувальником.

8.10. У випадку втрати Договору страхування в період його дії Страхувальник повинен в письмовій формі заявити про це Страховику для отримання дублікату Договору страхування. При цьому, після видачі дублікату втрачений Договір страхування вважається недійсним.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник/Застрахована особа має право:

9.1.1.у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату, медичну допомогу, інші послуги, передбачені Договором страхування та даними Правилами;

9.1.2.у випадку відмови Страховика здійснити страхову виплату звернутися до Страховика з обґрунтованими претензіями і вимогою перегляду рішення протягом 30 (тридцяти) днів з моменту отримання відмови;

9.1.3.у разі втрати оригінала Договору страхування звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дублікату Договору страхування у період дії Договору страхування;

9.1.4.ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування;

9.1.5.ініціювати внесення змін до умов Договору страхування;

9.1.6.призначати за згодою застрахованої особи вигодонабувача для отримання страхової виплати, а також замінювати його до настання страхового випадку.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1.ознайомити Застрахованих осіб із Правилами та умовами Договору страхування;

9.2.2.проінформувати Застрахованих осіб про їх права і обов'язки та їх дії при настанні страхового випадку;

9.2.3.отримати від Застрахованих осіб згоду у письмовій або усній формі на їх страхування.

9.3. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний:

9.3.1.своєчасно вносити страхові платежі у розмірі та в строки, передбачені Договором страхування;

9.3.2.при укладанні Договору страхування надати Страховику достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

9.3.3.при укладенні Договору страхування повідомити Страховика про всі інші чинні Договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування з іншими Страховиками;

9.3.4.повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений Договором страхування;

9.3.5.здійснити всі необхідні, можливі та доречні заходи, спрямовані на запобігання страхового випадку та/або зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

9.3.6.повідомити Страховика про будь-які зміни, що впливають на умови Договору страхування у строк, передбачений Договором страхування;

9.3.7.надати Страховику всі документи, що стосуються страхового випадку та його наслідків у строк, передбачений Договором страхування;

9.3.8.повернути Страховику суму страхової виплати у випадках, передбачених Договором страхування.

9.4. Страховик має право:

9.4.1.перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою, а також виконання ним вимог і умов Договору страхування;

9.4.2.при укладенні Договору страхування та при настанні події, що має ознаки страхової, вимагати проведення медичного обстеження Застрахованої особи для оцінки фактичного стану її здоров'я;

9.4.3.відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених даними Правилами страхування та Договором страхування;

9.4.4.ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування, якщо Страхувальник/Застрахована особа надав неправдиві відомості стосовно інформації, яку Страховик вимагав при укладенні Договору страхування або з будь-яких інших причин;

9.4.5.ініціювати внесення змін до Договору страхування;

9.4.6.змінити розмір страхового платежу при зміні ступеня ризику в період дії Договору страхування;

9.4.7.перевіряти достовірність документів, наданих Страхувальником для здійснення страхової виплати;

9.4.8.з'ясовувати причини, обставини та наслідки страхового випадку;

9.4.9.за наявності підстав для сумнівів щодо обґрунтованості страхової виплати відкласти рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин компетентними органами., при цьому надсилати запити та отримувати додаткові документи, необхідні прийняття рішення. При цьому здійснення страхової виплати подовжується на період надсилання запитів і отримання відповідей та додаткових документів;

9.4.10.після страхової виплати пред'явити регресний позов особі, що несе відповідальність за нанесений збиток.

9.5.Страховик зобов'язаний:

9.5.1.ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування та даними Правилами;

9.5.2.протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику;

9.5.3.здійснити страхову виплату Страхувальнику/Застрахованій особі або іншій третій особі, зазначеній в Договорі страхування, у передбачений Договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати неустойки (пені), розмір якої визначається в Договорі страхування;

9.5.4.тримати в таємниці та не розголошувати відомості про Страхувальника/Застраховану особу, крім випадків, передбачених законодавством України;

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

9.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника та Страховика, що не суперечать законодавству України.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. При виникненні передбаченими даними Правилами та Договором страхування подій, Страхувальник/Застрахована особа або особа, яка представляє її інтереси, зобов'язаний, перед тим, як звернутися по допомогу до відповідного закладу чи лікаря, негайно, в будь-який час доби, проінформувати за номером телефону, який зазначений в Договорі страхування, або іншим чином повідомити, якщо інше не обумовлено Договором страхування, Спеціалізовану службу - Представника Страховика.

10.2. Якщо таке повідомлення неможливо з об'єктивних причин (шок будь-якої етіології, кома, колапс, втрата свідомості, потьмарення розуму Застрахованої особи, тощо) до моменту отримання медичних чи додаткових послуг, це необхідно зробити з першою ж нагодою, не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин, як тільки ці причини перестануть діяти.

10.3. При зверненні до Спеціалізованої служби - Представника Страховика необхідно надати наступну інформацію:

- ім'я та прізвище Застрахованої особи, що потребує допомоги;
- дані, що містяться у Договорі страхування - назву страхової компанії, номер Договору страхування, термін дії, Програму страхування, наявність або відсутність франшизи, інші умови страхування (наявність спортивного ризику, виконання роботи за наймом, тощо);
- детальний опис обставин настання страхового випадку, місце події та характер необхідної допомоги;
- місце перебування Застрахованої особи та номер контактного телефону

та виконувати інструкції Спеціалізованої служби - Представника Страховика.

10.4. У будь-якому випадку, якщо Застрахована особа потрапила у відповідний медичний заклад або до лікаря, вона або особа, яка представляє її інтереси, повинна пред'явити Договір страхування разом з іншими документами, що посвідчують особу, та звернутися до персоналу лікувального закладу з проханням зв'язатися Спеціалізованою службою - Представником Страховика та/або Страховиком для отримання гарантії оплати послуг по наданню екстреної медичної допомоги.

10.5. У випадку недотримання порядку дій, передбачених в п.п.10.1.1. та 10.1.2 даних Правил, Застрахована особа зобов'язана обґрунтувати це Страховику у письмовій формі, а також здійснити всі необхідні, можливі і доречні дії, спрямовані на зменшення розміру шкоди життю та здоров'ю, отримати медичну допомогу у чіткій відповідності до інструкцій Спеціалізованої служби - Представника Страховика чи Страховика, оплатити франшизу в розмірі, передбаченому Договором страхування, в разі її наявності, а також надати всі необхідні документи та інформацію на запит Спеціалізованої служби - Представника Страховика або Страховика щодо страхового випадку.

10.6. Якщо оплата витрат за послуги екстреної медичної допомоги та інші додаткові послуги з певних об'єктивних причин була здійснена безпосередньо Застрахованою особою або особою, яка представляє її інтереси, без узгодження з Спеціалізованою службою - Представником Страховика та/або Страховиком, вона зобов'язана протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин після оплати (або при першій можливій нагоді) повідомити про факт самостійної оплати, зазначивши дату оплати і суму витрат. За умови визнання Страховиком даного випадку як страхового та при погодженні Страховика на здійснення даної страхової виплати, ці витрати відшкодовуються Страховиком, якщо інше не зазначено в Договорі страхування.

10.7. Якщо Страхувальник/Застрахована особа не виконає вищевказані вимоги, Страховик має право зменшити розмір страхової виплати або відмовити у її виплаті, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

10.8. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші дії Страхувальника/Застрахованої особи при настанні страхового випадку, що не суперечать законодавству України.

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

11.1. Якщо Застрахована особа користувалася медичними та/або додатковими послугами, які відшкодовуються відповідно до умов Договору страхування, організованими Спеціалізованою службою - Представником Страховика та/або Страховиком, розрахунки за надані послуги здійснюються без участі Застрахованої особи.

11.2. У випадку самостійної оплати Страхувальником/Застрахованою особою наданих йому медичних та/або інших послуг, які відшкодовуються відповідно до умов Договору страхування, що попередньо погоджені із Спеціалізованою службою - Представником Страховика та/або Страховиком, для підтвердження настання страхового випадку та визначення розміру страхової виплати Страховику повинні бути пред'явлені наступні документи (в залежності від характеру оплачених послуг), якщо інше не обумовлено Договором страхування:

11.2.1. заява на отримання страхової виплати встановленого Страховиком взірця з детальним описом понесених витрат у строк, обумовлений Договором страхування;

11.2.2. Договір страхування;

11.2.3. довідка-рахунок з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища пацієнта, точним діагнозом захворювання, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальним переліком наданих послуг та їх вартістю, переліком призначених медикаментів і витратних матеріалів із зазначенням їх кількості;

11.2.4. рецепти, виписані лікуючим лікарем у зв'язку з захворюванням, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;

11.2.5. деталізовані рахунки на інші медичні та додаткові послуги (лабораторні дослідження, рентген, тощо) у зв'язку з захворюванням із зазначенням найменування послуги та датою проведення наданої послуги;

11.2.6. деталізовані рахунки спеціалізованих ремонтних установ у зв'язку з настанням страхового випадку із зазначенням найменування послуги, датою проведення наданої послуги, вартості робіт та/або запасних частин, інших матеріальних цінностей, тощо;

11.2.7. деталізовані рахунки за телефонні розмови (факсимільні повідомлення) із зазначенням номеру телефону абонента, дати, часу проведення кожної розмови (передачі факсимільного повідомлення);

11.2.8. всі інші документи, що мають відношення до причин та наслідків страхового випадку, в тому числі висновок про наявність або відсутність алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння Застрахованої особи на момент настання страхового випадку, якщо це може мати відношення до причин та наслідків страхового випадку;

11.2.9. документи, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні та медико-транспортні, юридичні, технічні та інші послуги, передбачені Договором страхування (розрахунково-касові документи, товарні чеки, розписки про отримання грошей, банківські квитанції з зазначеною сумою на переказ, рахунки з позначкою про оплату за отримані послуги тощо);

11.2.10. документи встановленої форми (акт, довідка, постаново, тощо) компетентних та повноважних державних органів країни, в якій стався страховий випадок, що засвідчують факт, причини і обставини настання страхового випадку (смерть Застрахованої особи, ДТП, інший випадок, в разі настання якого є необхідність засвідчення його державними службами країни перебування);

11.2.11. інші документи, на вимогу Страховика;

11.2.12. документи, що ідентифікують Застраховану особу та/або особу, яка звернулась за страховою виплатою (паспорт, свідоцтво про народження, довідка про присвоєння ідентифікаційного коду);

11.2.13. свідоцтво про смерть - в разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку бо захворювання та довідка про причини смерті;

11.2.14. документи, що підтверджують правонаступництво, опікунство, піклування або право на спадщину, у випадку смерті, втрати дієздатності Страхувальника-фізичної особи;

11.3. Усі документи мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки, штампи та підписи, а також назву, адресу та контактний номер телефону установи (організації), що видала документ.

11.4. Вищевказані документи повинні бути надані Страховику у вигляді оригінальних примірників не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів - з моменту повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання та/або до місця постійного проживання - або з моменту першої можливості одержання документів, строк видачі яких визначений законодавством або обставинами іншого характеру). Страховик вправі залишити собі оригінальні примірники, їх нотаріально засвідчені копії або прості копії, за умови надання оригінальних примірників документів Страховику для їх копіювання.

11.5. Документи надаються Страховику українською, англійською, німецькою. Французькою, польською або російською мовами. Якщо документи складені іншою мовою, надається офіційний переклад цих документів на українську мову.

11.6. З урахуванням події, що відбулася, Страховик має право вимагати додаткові документи для підтвердження факту та обставин настання страхового випадку.

11.7. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником/Застрахованою особою документів, термін прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій або установ, які володіють необхідною інформацією, але цей термін не може перевищувати 180 (ста вісімдесяти) днів.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. В разі раптового захворювання, нещасного випадку та інших непередбачених подій, визначених умовами Договору страхування, Страхувальник/Застрахована особа має право звернутися для отримання гарантованих Договором страхування послуг до Спеціалізованої служби - Представника Страховика. Спеціалізована служба - Представник Страховика, вказаний в Договорі страхування, здійснює від імені, за дорученням та за кошти Страховика організацію надання медичних та інших послуг Страхувальнику/Застрахованій особі, і є повноважним представником Страховика щодо вирішення будь-яких питань, що стосуються надання Страхувальнику/Застрахованій особі послуг, гарантованих Договором страхування.

12.2. У разі настання страхового випадку та своєчасного звернення Застрахованої особи або особи, яка представляє її інтереси, до Страховика та/або Спеціалізованої служби - Представника Страховика, гарантія оплати та подальша оплата вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг та інших послуг, передбачених умовами Договору страхування, здійснюється Спеціалізованою службою - Представником Страховика. Розрахунки між Страховиком та Спеціалізованою службою - Представником Страховика за надані Застрахованій особі послуги здійснюються у порядку та у строки, передбачені Договором між Страховиком та Спеціалізованою службою - Представником Страховика.

12.3. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичних та інших послуг у разі настання страхового випадку, але узгодила ці витрати із Страховиком та/або Спеціалізованою службою - Представником Страховика, Страховик відшкодує ці витрати в розмірі, що не перевищує передбачену Договором страхування страхову суму, якщо інше не зазначено в Договорі страхування.

12.4. Якщо Застрахована особа сама оплатила вартість медичних та інших послуг у разі настання страхового випадку та, без поважних причин, не узгодила ці витрати із Страховиком та/або Спеціалізованою службою - Представником Страховика, Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо інше не зазначено в Договорі страхування.

12.5. Витрати на медичні та інші послуги, які не обумовлені умовами Договору страхування, не відшкодовуються Застрахованій особі навіть тоді, коли вони включені у загальний рахунок.

12.6. Виплата страхового відшкодування здійснюється в національній валюті України (якщо територією дії Договору страхування визначено Україну) та/або шляхом перерахування валюти страхового випадку по курсу Національного банку України на день настання страхового випадку (в разі настання страхового випадку за межами території України).

12.7. У тих випадках, коли витрати, спричинені страховим випадком, компенсовані Застрахованій особі третіми особами, Страховик відшкодовує тільки різницю між сумою, що підлягає відшкодуванню за Договором страхування, та сумою, отриманою Застрахованою особою від третьої особи.

12.8. Страхова виплата у будь-якому разі здійснюється з урахуванням розміру франшизи, встановленої Договором страхування.

12.9. Відшкодування медичних витрат Страховиком здійснюється після перевірки всіх представлених документів. Страховик має право перевірити всі документи, включаючи проведення фахівцями медичного обстеження. З цією метою, на вимогу Страховика, Застрахована особа повинна пройти спеціальне обстеження у лікаря, який призначається Страховиком. Застрахована особа звільняє лікаря, що його обстежує, від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком.

12.10. До Страховика, який виплатив страхове відшкодування за Договором страхування (в межах фактичних витрат) переходить право вимоги, яке Застрахована особа має до особи, відповідальної за заподіяну шкоду.

13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

13.1. Рішення про здійснення страхової виплати приймається Страховиком протягом 5 (п'яти) робочих днів після отримання всіх документів, необхідних для прийняття такого рішення, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, та оформлюється страховим актом за формою, встановленою Страховиком.

13.2. Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати, якщо в Договорі страхування не зазначено інший строк, з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати.

13.3. Днем страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

13.4. Страховик приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання всіх документів, необхідних для прийняття такого рішення, якщо в Договорі страхування не зазначено інше, та письмово повідомляє про це Страхувальника/Застраховану особу з викладенням мотивації прийняття рішення або обґрунтуванням причин відмови. Відмову Страховика у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

13.5. Страховик має право відстрочити здійснення страхової виплати у випадку:

13.5.1. наявності сумнів у правомірності вимог Страхувальника/Застрахованої особи на отримання страхової виплати до отримання необхідних доказів підтвердження цих вимог;

13.5.2. у разі порушення кримінальної справи проти Страхувальника/Застрахованої особи або його уповноважених осіб згідно з законодавством України та ведеться розслідування обставин, які призвели до настання страхового випадку, до закінчення розслідування та прийняття відповідного рішення по цій справі.

13.6. У випадках, коли надані документи суперечать один одному та/або не дають можливості однозначно з'ясувати обставини, характер, розмір збитку, особу, винну в настанні страхової події - строк прийняття рішення може бути подовжений до 90 (дев'яноста) робочих днів.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

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

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 законодавства України;

14.1.2. вчинення Страхувальником - фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

14.1.3.подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

14.1.4.отримання Страхувальником повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;

14.1.5.несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

14.1.6.створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди при настанні страхового випадку, завданої життю та здоров'ю Застрахованої особи;

14.1.7.невиконання або неналежне виконання Страхувальником/Застрахованою особою обов'язків, передбачені умовами Договору страхування;

14.1.8.відмова Застрахованої особи від обстеження лікарем Страховика при необхідності такого обстеження.

14.2. Підставами для часткової чи повної відмови Страховиком у здійсненні страхової виплати є випадки, коли Страхувальник/Застрахована особа чи його представник або особа, на користь якої укладено Договір страхування:

14.2.1.не надав документів, необхідних для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, та/або подав документи, оформлені з порушенням чинних вимог (відсутні номер, печатка чи дата, наявність виправлень, тощо), та/або подав документи, які містять недостовірну інформацію щодо дати, причин, обставин страхового випадку та розміру збитку у визначений Договором страхування строк;

14.2.2.повідомив недостовірні дані, що впливають на визначення ступеню ризику на момент укладання Договору страхування;

14.2.3.не проінформував Страховика протягом дії Договору страхування про зміни, що впливають на визначення ступеню ризику та стосуються Страхувальника та Застрахованої особи;

14.2.4.не надав документів і даних, що необхідні для встановлення причин, характеру страхового випадку, розміру нанесеної шкоди;

14.2.5.не сприяв проведенню своєчасного та фахового лікування, не виконував лікарських приписів;

14.2.6.не виконав дії для забезпечення Страховику можливості права на регрес;

14.2.7.інші випадки, передбачені законодавством України.

14.3. Якщо Страхувальник або його працівники навмисне або з необережності здійснить або допустить дії, що ведуть до виникнення збитку або навмисне введе Страховика або його представників в оману при визначенні причин або розміру збитку, Страховик повністю звільняється від обов'язків виплачувати Страхувальникові страхову виплату по цьому збитку.

14.4. Якщо Страхувальник або будь-хто з його працівників буде засуджений в порядку, передбаченому кримінальним законодавством, за навмисне заподіювання шкоди Застрахованій особі, обман або шахрайство при визначенні причин та розміру збитку, після вступу у силу такого вироку Страховик звільняється від обов'язків здійснювати страхову виплату.

14.5. Страховик має право відмовитись від страхової виплати по страхових випадках, безпосередньою причиною яких було порушення встановлених законами або іншими нормативно-правовими або підзаконними нормативно-правовими актами (правил протипожежної безпеки, безпеки проведення робіт тощо), або якщо такі порушення здійснюються з відома Страхувальника.

14.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у здійсненні страхової виплати, якщо це не суперечить законодавству України.

15. ПОРЯДОК ЗМІНИ ТА УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Страховика та Страхувальника, а також у випадку:

15.1.1.закінчення строку його дії;

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

15.1.3.несплати Страхувальником страхового платежу (обумовленої частини) у визначені Договором строки. В такому випадку дія Договору страхування призупиняється з 00 годин дати, наступної за датою, вказаною як дата сплати страхового платежу (обумовленої частини), і відновлюється з 00 годин дати, наступної за датою надходження зазначених коштів на поточний рахунок або касу Страховика. Страховик не несе відповідальності за випадки, що відбулись в період прострочення сплати страхового платежу (обумовленої частини);

15.1.4.ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законодавством України;

15.1.5.прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

15.1.6.в інших випадках, передбачених законодавством України та даними Правилами.

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

15.3. При достроковому припиненні Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертається сплачений ним страховий платіж. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик письмово попереджає Страхувальника за 3 (три) доби до дати дострокового припинення дії Договору страхування та повертає Страхувальнику страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, від невикористаного страхового платежу за Договором страхування, а також фактично здійснених Страховиком страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

15.4. У випадку 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, визначених при розрахунку страхового тарифу, від невикористаного страхового платежу за Договором страхування, а також фактично здійснених Страховиком страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

15.5. Після укладення Договору страхування можливе його припинення на вимогу Страхувальника до початку дії Договору страхування. У цьому випадку Страхувальнику повертається раніше сплачений страховий платіж по Договору страхування за вирахуванням вартості бланку Договору страхування, якщо інше не зазначено в Договорі страхування.

15.6. Після укладення Договору страхування можливе його припинення на вимогу Страхувальника після початку дії Договору страхування. У цьому випадку Страхувальнику повертається частина раніше сплаченого страхового платежу, розмір якого визначається відповідно до причин розірвання такого Договору страхування, та вказаний в умовах Договору страхування.

15.7. Прийняття рішення про повернення страхових платежів можливе тільки до початку чи в період дії Договору страхування.

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

15.9. При достроковому припиненні Договору страхування Страхувальнику повертається страховий платіж у термін, передбачений Договором страхування. 15.10. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальник/Застрахована особа повинна повернути Страховику оригінал Договору страхування.

15.11. Якщо внаслідок об'єктивних причин подорож Застрахованої особи у зазначений в Договорі страхування строк неможлива, то Договір страхування може бути переукладений на пізніший строк без додаткової оплати, якщо інше не зазначено в Договорі страхування. При цьому утримується сума в розмірі вартості бланку Договору страхування.

15.12. Для зміни умов або розірвання дії Договору страхування Страхувальник повинен подати письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, оригінал Договору страхування та документ, що посвідчує особу, якщо інше не зазначено в Договорі страхування.

15.13. Зміни та доповнення, що вносяться до Договору страхування після його укладення за взаємною згодою Сторін, належним чином оформляються додатковими угодами, які, в разі їх підписання Сторонами, є невід'ємною частиною Договору страхування.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. Спори, пов'язані з Договором страхування, вирішуються шляхом переговорів між Страховиком та Страхувальником.

16.2. У випадку недосягнення згоди під час переговорів, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Положення, які не врегульовані в даних Правилах, регулюються чинним законодавством України та Договором страхування.

17.2. Протягом строку, передбаченого законодавством України, від дня сплати страхової виплати, Страховик має право виставити вимогу щодо повернення сплаченої страхової виплати, якщо для цього виникнуть підстави, передбачені законодавством.

17.3. При укладанні Договору страхування Сторони можуть домовитися про зміни чи виключення окремих положень даних Правил і про включення в Договір страхування умов, які відрізняються від положень даних Правил, якщо такі умови чи доповнення не суперечать чинному законодавству України.

17.4. Умови Договору страхування мають пріоритет на умовами даних Правил.

18. БАЗОВІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ

18.1. «Невідкладна медична допомога»

Організація надання та оплата вартості цілодобової екстреної медичної допомоги, яка здійснюється бригадами невідкладної (швидкої) медичної допомоги, в т.ч. спеціалізованими бригадами, а саме: проведення первинної консультації, встановлення попереднього діагнозу, складання програми невідкладного лікування, забезпечення необхідними медикаментозно-діагностичними засобами для надання невідкладної медичної допомоги, проведення експрес-діагностики (ЕКГ, аналіз крові на цукор, загальний аналіз крові та сечі, ультразвукове дослідження при показах) , виконання медичних процедур та маніпуляцій на «до шпитального» етапі (ін'єкції, вливання лікарських препаратів, первинна обробка ран, перев'язки, надання кисню, тощо), екстрене медичне транспортування машиною швидкої медичної допомоги до медичного закладу для надання спеціалізованої допомоги та проведення подальшого лікування.

18.2. «Амбулаторно-поліклінічна допомога»

Організація надання та оплата вартості послуг комплексної амбулаторно-поліклінічної допомоги при гострих захворюваннях, загостренні хронічних захворювань або травмах на діагностичному та лікувальному етапах у поліклінічних відділеннях медичних закладів та за місцем знаходження хворого в разі медичних показів, консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації, проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики, проведення лікувальних заходів та маніпуляцій, оперативне втручання, забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами, тощо.

18.3. «Стаціонарна допомога»

Організація надання та оплата вартості послуг комплексної екстреної або планової допомоги при гострих захворюваннях, загостренні хронічних захворювань або травмах на діагностичному та лікувальному етапах, лікування у профільних та вузькопрофільних відділеннях, консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації з приводу захворювання, проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики, проведення лікувальних заходів та маніпуляцій хірургічного та терапевтичного лікування, забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами, тощо.

18.4. «Екстрена стоматологічна допомога»

Організація надання та оплата вартості послуг екстреної стоматологічної медичної допомоги, необхідної для ліквідації гострого зубного болю, що обумовлений гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою в результаті нещасного випадку, які включають огляд лікаря-стоматолога, консультації, знеболювання, рентген (при наявності показів), видалення зуба/зубів, розкриття кореневих каналів (без їх лікування), пломбування.

18.5. «Медикаментозне забезпечення»

Оплата вартості медикаментозних засобів при амбулаторному лікуванні, стаціонарному лікуванні, для проведення діагностичних досліджень.

18.6. «Діагностика»

Організація консультації та оплата вартості послуг лікарів, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації, з приводу захворювання при перебуванні хворого у медичних закладах, проведення функціонально-діагностичних, рентгенологічних, ендоскопічних, лабораторних та інших досліджень, які необхідні для встановлення діагнозу для проведення подальшого лікування при наданні Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги та/або амбулаторно-поліклінічної допомоги та/або стаціонарної допомоги.

18.7. «Медична евакуація та репатріація»

Організація надання та оплата вартості послуг транспортування до місця (країни) проживання, транспортування, в т.ч. екстреного, в спеціалізовані медичні заклади. При репатріації – організація надання та оплата вартості транспортування до місця проживання(поховання), придбання труни.

18.8. При укладанні Договору страхування Страховик і Страхувальник можуть як узгодити комбінацію базових умов страхування, так і окремі послуги.

18.9. Конкретний перелік послуг, що організовуються та оплачуються Страховиком, визначається в Договорі страхування.

Пронумеровано та прошнуровано * 17 (сімнадцять) аркушів та скріплено підписом та печаткою

Пронумеровано та прошнуровано
17 (сімнадцять) аркушів
та скріплено підписом та печаткою
Директор ТДВ „СК „Гарантія”

/ Гречин Н.Ю.