



НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ,  
ЩО ЗДІЙСНЮЄ ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ  
ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ

РОЗПОРЯДЖЕННЯ

21.05.2020

Київ

№ 937

Про реєстрацію ПРИВАТНОМУ  
АКЦІОНЕРНОМУ ТОВАРИСТВУ  
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ  
«ЕТАЛОН» змін та доповнень  
до правил добровільного  
страхування, та правил  
добровільного страхування,  
викладених у новій редакції

За результатами розгляду листа ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЕТАЛОН» про реєстрацію змін, доповнень до правил добровільного страхування та правил добровільного страхування викладених у новій редакції, від 17.04.2020 № 01-04-377 (вх. № П 734 від 17.04.2020), відповідно до пункту 3 частини першої статті 28 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», статті 17 Закону України «Про страхування», на підставі підпункту 62 пункту 4 Положення про Національну комісію, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, затвердженого Указом Президента України від 23.11.2011 № 1070, Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з надання фінансових послуг (крім професійної діяльності на ринку цінних паперів), затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 07.12.2016 № 913, Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, **постановила:**

1. Зареєструвати ПРИВАТНОМУ АКЦІОНЕРНОМУ ТОВАРИСТВУ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЕТАЛОН» (код за ЄДРПОУ 20080515; місцезнаходження: 03057, м. Київ, вулиця Дегтярівська, 33-б, 2 під'їзд):

зміни № 2 до Правил добровільного страхування від нещасних випадків, затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

зміни № 2 до Правил добровільного страхування наземного транспорту (крім залізничного), затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

зміни № 2 до Правил добровільного страхування вантажів та багажу (вантажобагажу), затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

зміни № 2 до Правил добровільного страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ, затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

зміни № 2 до Правил добровільного страхування майна (іншого, ніж передбачено пунктами 5-9 статті 6 Закону України «Про страхування»), затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

зміни та доповнення № 2 до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

зміни № 2 до Правил добровільного страхування фінансових ризиків, затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

зміни № 2 до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

зміни та доповнення № 2 до Правил добровільного страхування залізничного транспорту, затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

зміни № 1 до Правил добровільного страхування сільськогосподарської продукції, затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

зміни № 2 до Правил добровільного страхування водного транспорту (морського внутрішнього та інших видів водного транспорту), затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

зміни № 2 до Правил добровільного страхування повітряного транспорту, затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

зміни № 2 до Правил добровільного страхування відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника, затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

Правила добровільного страхування цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника), викладені в новій редакції, затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

Правила добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту, відповідальності власників повітряного транспорту, відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника), викладені в новій редакції, затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020;

Правила добровільного страхування медичних витрат, викладені в новій редакції, затверджені рішенням Правління ПрАТ «СК «ЕТАЛОН» № Р-03/20-03/9 від 18.03.2020.

2. Управлінню забезпечення діяльності Голови та членів Комісії забезпечити оприлюднення рішення на офіційному вебсайті Нацкомфінпослуг у мережі Інтернет.

3. Контроль за виконанням розпорядження покласти на члена Нацкомфінпослуг Максимчук О.В.

Голова Комісії

І. Пашко

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Рішенням Правління  
Приватного акціонерного товариства  
"Страхова компанія "Еталон"  
№ Р-03/20-03/9  
від 18 березня 2020 року



\_\_\_\_\_ О.О. Кравченко

**ПРАВИЛА**  
**добровільного страхування медичних витрат**  
**№ 21**

**(нова редакція)**

## ЗМІСТ

<b>ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ</b> .....	3
<b>1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ</b> .....	7
<b>2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ</b> .....	7
<b>3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК</b> .....	7
<b>4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ</b> .....	9
<b>5. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА</b> .....	12
<b>6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ</b> .....	13
<b>7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ</b> .....	13
<b>8. СТРОК ДІЇ, УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ</b> .....	14
<b>9. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ</b> .....	15
<b>10. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЗМІНА СТУПЕНЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ</b> .....	16
<b>11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН</b> .....	17
<b>12. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ</b> .....	19
<b>13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ВИПЛАТИ</b> .....	20
<b>14. ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ</b> .....	21
<b>15. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ</b> .....	21
<b>16. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ</b> .....	23
<b>17. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ</b> .....	23
<b>18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ</b> .....	23
<b>19. ОСОБЛИВІ УМОВИ</b> .....	23
<b>20. МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ СТРАХОВОГО ТАРИФУ</b> .....	25

## ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

В цих Правилах добровільного страхування медичних витрат (далі – **Правила**) терміни та визначення вживаються в такому значенні:

### Загальні терміни та визначення:

**Страховик** – Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Еталон", від імені якої укладається договір страхування.

**Страхувальник** – дієздатна фізична або юридична особа, незалежно від форми власності, резидент чи нерезидент України, яка укладає зі Страховиком договір страхування.

**Застрахована особа** – фізична особа, на користь якої укладено договір страхування, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника за договором страхування. Застрахованою особою може виступати Страхувальник або третя особа, визначена Страхувальником у договорі страхування за її згодою.

**Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, яка призначена за згодою Страхувальника/Застрахованої особи для отримання страхових виплат, якою за договором страхування може бути:

- Спеціалізована служба Страховика (Асистанс);
- медичний заклад, аптека чи інші установи, що надали Застрахованій особі послуги, передбачені договором страхування;
- Застрахована особа – у разі оплати Застрахованою особою отриманих послуг самостійно;
- будь-яка особа, яка вказана в Розпорядженні про призначення Вигодонабувача, складеного Страхувальником чи Застрахованою особою – у разі самостійної оплати отриманих послуг.

**Договір страхування** – письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхову суму (її частину) шляхом оплати вартості медико-санітарної та іншої допомоги, що передбачена цією угодою і фактично надана Застрахованій особі, в межах обраної Страхувальником базової Програми страхування, страхової суми та лімітів відшкодування, зазначених в договорі страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору страхування.

**Обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику** – обставини, які змінилися настільки, що, якби вони були відомі при укладенні договору страхування, то договір страхування взагалі не був би укладений Страховиком чи був би укладений на умовах, що значно б відрізнялися.

**Страхова виплата** – грошова сума в межах встановленої договором страхування страхової суми, яку Страховик, відповідно до умов договору страхування, повинен виплатити у разі настання страхового випадку.

**Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату у разі настання страхового випадку.

**Страховий випадок** – подія, що передбачена договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

**Страховий захист** – зобов'язання Страховика, визначені договором страхування, щодо здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку, який стався в обумовлений договором страхування відрізок часу.

**Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування.

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

**Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

**Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування.

### **Спеціалізовані терміни та визначення, пов'язані зі страхуванням медичних витрат**

**Амбулаторно-поліклінічні умови** – система організації надання медичних послуг особі, клінічний стан якої не потребує безпосередньої участі або контролю медичного персоналу під час лікування та постійного перебування такої особи в медичному закладі протягом усього призначеного курсу лікування.

**Аптека** – заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, інших закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами та/або виробами медичного призначення.

**Близький родич особи (член родини)** – її подружжя, діти (в т.ч. всиновлені), батьки (в т.ч. іншого члена подружжя), рідна сестра чи брат, а також інші особи, які спільно проживають з особою, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки.

**Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

**Гострий біль** – така реакція нервової системи людського організму на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю особи.

**Екстрена медична допомога** – комплекс медичних заходів, що направлений на усунення всіх гострих патологічних станів, що призводять до різкого погіршення здоров'я та становлять загрозу життю особи. Допомога вважається наданою, якщо загроза життю або здоров'ю особи усунена, і вона може бути виписана з лікувального закладу, або можлива її медична евакуація для подальшого лікування за місцем проживання. За надану в подальшому медичну допомогу (що розцінюється як планова), Страховик відповідальності не несе, і витрати, понесені Застрахованою особою, на медичні та медико-транспортні послуги не відшкодовує.

**Екстрене стаціонарне лікування (екстрена госпіталізація)** – лікування, що здійснюється при такому стані здоров'я особи, який характеризується основними ознаками й симптомами, здатними поставити під загрозу життя особи або привести її до інвалідності, якщо не буде терміново надана медична допомога в умовах стаціонару. Екстрена госпіталізація здійснюється з урахуванням вільних місць у стаціонарі й профілю захворювання.

**Захворювання** – погіршення фізичного та/або психічного стану особи, що може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті без своєчасного надання кваліфікованої медичної допомоги (послуг).

**Загострення захворювання** – посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання) у особи, яке може призвести до погіршення стану чи смерті та вимагає надання медичних послуг.

**Загострення хронічного захворювання** – стадія перебігу хронічної хвороби, що характеризується посиленням наявних симптомів або появою нових.

**Країна постійного проживання** – країна, в якій особа зареєстрована та проживає та/або проживають її близькі родичі (члени родини).

**Лікар** – особа, яка має закінчену вищу освіту та отримала встановлені державою документи на право здійснення медичної практики.

**Невідкладна медична допомога** – сукупність лікувальних заходів, що надаються особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травм, опіків, отруень та інших станів, що безпосередньо не загрожують її життю, але потребують невідкладного медичного втручання з метою запобігання значного і довгострокового впливу на її здоров'я в обсязі достатньому для стабілізації стану організму, а саме до моменту усунення гострих симптомів.

**Нещасний випадок** – раптова, короточасна, непередбачувана та незалежна від волі особи подія, що сталася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних,

технічних тощо) та призвела до тимчасового розладу здоров'я особи (тимчасової втрати працездатності) та/або її загибелі (смерті).

**Медична допомога** – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворювань та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особі з гострими і хронічними захворюваннями, та реабілітацію хворих та осіб з інвалідністю, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів та медичних послуг, а також виконання інших дій, які обумовлені професійними функціями медичних працівників.

**Медична, медико-транспортна, додаткова послуга** – дія, яка має вартісну оцінку та спрямована на діагностику, лікування, надання супутньої допомоги особі із залученням медичного та іншого персоналу медичного закладу чи Асистанса.

**Медичні заклади** – підприємства, установи та організації, що мають право здійснювати медичну практику і пройшли державну акредитацію, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я.

**Період страхування** – встановлений у договорі страхування термін (строк дії договору страхування), протягом якого у Страховика може виникати обов'язок здійснити страхову виплату Застрахованій особі (її Вигодонабувачу) у зв'язку з настанням страхового випадку.

**Планове стаціонарне лікування (планова госпіталізація)** – надання медичної допомоги особі в умовах стаціонару з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння та інших гострих змінах стану здоров'я, що не потребують надання невідкладної медичної допомоги за життєвими показниками та можуть бути відстрочені у часі.

**Програма страхування** – перелік медичних, медико-транспортних та/або інших супутніх послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з договором страхування.

**Рейсовий політ (рейс)** – політ, що зареєстрований в офіційному списку рейсів та/або в міжнародному довіднику авіарейсів (ABC World Airways Guide), за умови, що перевізник має ліцензію, сертифікат або інший дозвіл на здійснення рейсових перевезень, що видані відповідними інстанціями країни, на території якої зареєстрований цей літак, і за умови, що перевізник відповідно до даного дозволу утримує у технічно справному стані літак і регулярно публікує розклад і тарифи на перевезення пасажирів.

**Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку** – травматичне ушкодження здоров'я (травма, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля тощо, в т.ч. отримані внаслідок дій іншої особи), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження (за виключенням простудного захворювання), тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу тощо); зараження інфекційним захворюванням, якщо інфекційна речовина потрапляє в тіло особи через поранення в результаті нещасного випадку, захворювання кліщовим енцефалітом або поліомієлітом, вивихи, розтягнення, розриви органів, у т.ч. розрив хребетного стовпа тощо.

**Спеціалізована служба Страховика (Асистанс)** – юридична або фізична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи та осіб, що надають послуги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика.

**Стаціонарне лікування (госпіталізація)** – система організації надання медичних послуг особі в умовах цілодобового перебування у лікувально-профілактичному закладі під спостереженням медичного персоналу протягом усього призначеного курсу лікування. Стаціонарне лікування може бути плановим чи екстремим.

**Стихійне явище** – екстремальне явище природи катастрофічного характеру, що призводить до раптового порушення нормальної діяльності людей, у ряді випадків супроводжується загибеллю матеріальних цінностей і жертвами серед населення.



**Стоматологічна допомога** – надання медичної допомоги (послуг) у разі захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямоване на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, на попередження розвитку або прогресування захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур (профілактичні огляди, зняття зубного каменю, герметизація фісур, встановлення планових пломб, видалення зуба тощо). Стоматологічна допомога може передбачати прийоми, консультації спеціалістів, функціональну діагностику, фізіотерапію, анестезіологічні маніпуляції, терапевтичну стоматологію, хірургічну стоматологію, але не обмежується вищезазначеними послугами.

**Строк страхування** – відрізок часу (кількість днів), передбачений умовами страхування, протягом якого Страховик несе відповідальність перед Застрахованою особою (її Вигодонабувачем) за визначеними у договорі страхування страховими ризиками.

**Ускладнення захворювання** – новий медичний стан особи або нове захворювання, яке анатомічно чи фізіологічно пов'язане з основним захворюванням та безпосередньою причиною його виникнення є захворювання, що вже існувало.

**Хронічне захворювання** – захворювання особи, що виникло поступово і самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання, та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто з безсимптомністю та повільним перебігом, з періодами загострення та ремісії.

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

**1.1.** Ці Правила розроблені відповідно до Цивільного кодексу України, вимог Закону України "Про страхування" та інших законодавчих актів України.

**1.2.** На підставі цих Правил та законодавства України Страховик укладає договори добровільного страхування медичних витрат (далі – **договір страхування**) зі Страхувальниками.

**1.3.** У разі укладення договору страхування Страхувальник має право призначити Вигодонабувача Застрахованої особи за її згодою, а також замінювати його до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

**1.4.** Якщо інше не передбачено умовами договору страхування, обов'язки Страхувальника, зазначені в цих Правилах та договорі страхування, поширюються також і на Застраховану особу та її Вигодонабувача. Вчинення такими особами діяльності (дій або бездіяльності) породжує такі самі правові наслідки, якби така діяльність (дії або бездіяльність) була вчинена Страхувальником.

**1.5.** Під час укладення договору страхування сторони можуть домовитися щодо незастосування окремих положень цих Правил, а також щодо доповнення договору страхування положеннями, відмінними від викладених у тексті цих Правил, за умови, що це не суперечить законодавству України.

**1.6.** Страхування медичних витрат передбачає обов'язок Страховика за встановлену договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з захворюванням Застрахованої особи, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або її смертю внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).

## 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

**2.1.** Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям страхувальника чи третьої особи (застрахованої особи), визначеної страхувальником у договорі страхування за її згодою, а також медичними та додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення страхувальником чи застрахованою особою подорожі (поїздки).

## 3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

**3.1.** Страховими ризиками відповідно до цих Правил можуть бути такі події, що сталися з Застрахованою особою під час та в місці дії договору страхування:

- 3.1.1. гостре захворювання;
- 3.1.2. загострення хронічного захворювання;
- 3.1.3. розлад здоров'я внаслідок настання нещасного випадку;
- 3.1.4. смерть внаслідок захворювання або нещасного випадку.

**3.2.** Договір страхування може передбачати страхування від одного або декількох страхових ризиків, зазначених в п.3.1 цих Правил.

**3.3.** Конкретний перелік страхових ризиків за кожним окремим договором страхування визначається сторонами та зазначається в договорі страхування.

**3.4.** Страховим випадком за цими Правилами є здійснення Асистансом, Застрахованою або третьою особою непередбачених витрат, пов'язаних з наданням медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг Застрахованій особі у межах та в

обсязі обраної Програми страхування та страхових сум (лімітів відшкодування), передбачених договором страхування у зв'язку зі зверненням під час дії договору страхування до Асистансу або медичного закладу внаслідок настання страхового ризику.

**3.5.** Страхування за цими Правилами передбачає оплату вартості наданих Застрахованій особі таких **медичних послуг та медико-транспортних послуг**, передбачених вказаною в договорі страхування Програмою страхування:

**3.5.1. невідкладна (швидка) допомога** – оплата витрат, які необхідні на догоспітальному етапі при випадках чи станах, що становлять загрозу життю особи та здійснюється спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги із використанням спеціалізованого обладнаного автотранспорту;

**3.5.2. стаціонарне лікування** – оплата витрат на екстрене лікування (в т.ч. перебування та харчування) в умовах стаціонару при наявності хвороб та станів, що потребують термінового стаціонарного лікування в медичному закладі доти, доки стан особи за рішенням лікаря не дозволить евакуювати її на умовах, передбачених договором страхування;

**3.5.3. амбулаторне лікування** – оплата витрат на екстрене консервативне та оперативне лікування особи в умовах амбулаторій, травмпунктів, поліклінік, або вдома (у разі виклику дільничного або готельного лікаря);

**3.5.4. стоматологічна допомога** – оплата витрат на терапевтичне та хірургічне лікування гострого зубного болю, ротової порожнини, та ремонт зубних протезів особи, пов'язаний з усуненням ускладнень, що виникають при прийнятті їжі;

**3.5.5. медична евакуація** – оплата витрат на перевезення особи до державного митного кордону України (або до медичного закладу України, за умови погодження цього зі Страховиком), якщо стан здоров'я особи за рішенням лікарів дозволяє її транспортування;

**3.5.6. перевезення між медичними закладами** – оплата витрат на перевезення особи з одного до іншого спеціалізованого медичного закладу країни страхового випадку, якщо цього вимагає стан її здоров'я;

**3.5.7. репатріація останків** – оплата витрат на перевезення тіла померлої особи до України чи країни постійного проживання, або поховання особи на території країни тимчасового перебування;

**3.5.8.** інші медичні, медико-транспортні послуги, передбачені договором страхування.

**3.6.** Умовами договору страхування може бути передбачене також відшкодування вартості наданих **супутніх (додаткових) послуг**, викликаних страховим випадком з Застрахованою особою, передбачених вказаною в договорі страхування Програмою страхування:

**3.6.1. відвідування близьким родичем** – оплата лише вартості проїзду економічним класом близького родича Застрахованої особи до країни тимчасового перебування Застрахованої особи, та його повернення з такої країни в Україну чи країну постійного проживання, якщо він відвідував Застраховану особу у зв'язку з її перебуванням на стаціонарному лікуванні більше 10 (десяти) діб, якщо інший строк не передбачено умовами договору страхування, внаслідок настання страхового ризику та неможливості здійснення медичної евакуації Застрахованої особи до місця постійного проживання за медичними показниками;

**3.6.2. повернення додому дітей** – оплата вартості проїзду економічним класом неповнолітніх дітей Застрахованої особи, які також є застрахованими за договором страхування, до України чи країни постійного проживання, та в разі необхідності їх супровід третьою особою, якщо Застрахована особа неспроможна це зробити через настання страхового ризику, та жодна із подорожуючих разом з ними повнолітніх осіб не в змозі піклуватися про таких дітей;

**3.6.3. приїзд замісника** – оплата вартості проїзду економічним класом особи, яка заміщає Застраховану особу при виконанні нею виробничих обов'язків на території країни тимчасового перебування, до місця виконання виробничих обов'язків у тому разі, якщо за рішенням лікаря була проведена медична евакуація Застрахованої особи та за умови, що

замісник приступить до виконання своїх обов'язків відразу ж після повідомлення лікаря про медичну евакуацію Застрахованої особи;

**3.6.4. продовження перебування за кордоном** – оплата витрат на продовження перебування Застрахованої особи за кордоном після закінчення строку дії договору страхування, якщо відразу після виписки з медичного закладу неможливе її повернення до країни постійного проживання з об'єктивних причин (висновок лікаря, відсутність білетів на авіарейс тощо), в межах лімітів та строків, обумовлених в договорі страхування;

**3.6.5. проживання батьків дитини** – оплата витрат на проживання одного із батьків Застрахованої дитини, яка не досягла 15-річного віку, в готелі після закінчення строку дії договору страхування, якщо дитина перебуває на стаціонарному лікуванні, в межах лімітів та строків, обумовлених в договорі страхування;

**3.6.6. зв'язок зі Страховиком/Асистансом** – оплата витрат на телефонний, факсимільний або електронний зв'язок зі Страховиком/Асистансом чи передачі їм термінових повідомлень, необхідних для повідомлення про страховий випадок та узгодження дій щодо надання невідкладної допомоги;

**3.6.7. повернення до України** – оплата вартості проїзду економічним класом Застрахованої особи до України чи країни постійного проживання, у випадку її дострокового (позапланового) повернення у разі смерті близького родича або виникнення у країні/місці тимчасового перебування обставин, небезпечних для життя та здоров'я: терористичних актів, стихійних явищ природи, військових дій чи масових заворушень;

**3.6.8. переоформлення проїзних документів** – оплата витрат на переоформлення проїзного документа для передчасного повернення Застрахованої особи до України чи місця постійного проживання при настанні страхового ризику;

**3.6.9. переїзд супроводжуючого** – оплата вартості транспортних витрат на супроводжуючу особу при наявності медичної довідки про необхідність супроводу Застрахованої особи;

**3.6.10. переказ готівки** – компенсація витрат на переказ готівки за кордон, якщо у Застрахованої особи, внаслідок настання страхового випадку, виникає нагальна необхідність в отриманні додаткової суми грошей, та лише за умови дотримання сторонами вимог законодавства в галузі валютного регулювання;

**3.6.11. пошук та рятування** – оплата витрат на пошук та рятування Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку в горах, на морі, в джунглях або інших віддалених місцевостях, в межах лімітів та строків, обумовлених в договорі страхування;

**3.6.12.** інші супутні (додаткові) послуги, передбачені договором страхування.

**3.7.** Договором страхування за угодою сторін може бути передбачено страхування на випадок звернення Застрахованої особи як за всіма видами медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг, передбачених п.п.3.5-3.6 цих Правил, так і будь-якої їх комбінації, об'єднаних в окремі Програми страхування.

**3.8.** Умови договорів страхування формуються Страховиком із включенням та деталізованим описом відповідних Програм страхування та послуг, що покриваються.

## **4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

**4.1.** Якщо інше не передбачено умовами договору страхування, **не можуть бути Застрахованими:**

4.1.1. особи старші 80 (вісімдесяти) повних років;

4.1.2. особи, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах;

4.1.3. інваліди I (першої) групи.

**4.2.** Договори страхування, укладені щодо осіб, які не можуть бути Застрахованими, визнаються недійсними з моменту їх укладення у встановленому законодавством України порядку.

**4.3.** Якщо інше не передбачено умовами договору страхування, **страховими випадками не вважаються** звернення Застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку із:

4.3.1. одержанням медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг, що не передбачені договором та/або Програмою страхування;

4.3.2. репатріацією, настанням нещасного випадку, захворюванням або одержанням травми під час або внаслідок перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, а також подальшим ускладненням такого захворювання або травми;

4.3.3. самолікуванням, а також лікуванням травм, станів чи захворювань, викликаних власними навмисними діями Застрахованої особи, у т.ч. спроб самогубства або навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень;

4.3.4. лікуванням особою або закладом, що не мають відповідних дозволів на здійснення медичної діяльності у країні тимчасового перебування;

4.3.5. лікуванням травми, одержаної в результаті керування Застрахованою особою транспортним засобом, якщо вона не мала права керувати ним;

4.3.6. репатріацією чи лікуванням травм, які пов'язані з перельотом на літаку, що не входить до числа офіційно зареєстрованих або спеціальних рейсів, зареєстрованих у Міжнародному Реєстрі авіарейсів;

4.3.7. госпіталізацією Застрахованої особи у медичний заклад, якщо її було проведено без узгодження з Асистансом, окрім випадків коли мала місце безпосередня загроза життю Застрахованої особи на момент її госпіталізації;

4.3.8. лікуванням розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води);

4.3.9. лікуванням хвороб шкіри та підшкірної клітковини, пов'язаних з дією сонячного випромінювання;

4.3.10. лікуванням дерматитів, кропивниць та еритем, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

4.3.11. будь-яким венеричним захворюванням або захворюванням на СНІД, незалежно від термінів їх виявлення;

4.3.12. лікуванням та діагностикою новоутворень, хвороб ендокринної системи, хвороб з'єднувальної тканини, хвороб крові та кровотворних органів;

4.3.13. стихійними явищами та їхніми наслідками, несприятливими метеорологічними умовами за умови, що територія, на якій знаходиться Застрахована особа, офіційно визнана (або має статус) компетентними державними органами зоною стихійного лиха;

4.3.14. епідеміями, пандемічними хворобами, карантинами;

4.3.15. лікуванням розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води);

4.3.16. лікуванням травм, станів та захворювань, що виникли внаслідок грубого порушення загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками Страхувальника, туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів тощо);

4.3.17. здійсненням діяльності, яка не характерна та не відповідає меті подорожі, зазначеній в договорі страхування, як то: праця за наймом, активний відпочинок, аматорський, професійний, екстремальний, зимовий спорт тощо;

4.3.18. плановим стаціонарним лікуванням.

**4.4.** Якщо інше не передбачено умовами договору страхування, **Страховик не оплачує витрати** на:

4.4.1. отримання медичних, медико-транспортних та додаткових послуг у випадках, що сталися під час поїздки, яку було здійснено всупереч порадам лікаря, або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном;

4.4.2. усунення косметичних дефектів, реконструктивні та пластичні операції;

4.4.3. будь-яке протезування, в т.ч. забезпечення зубними протезами або штучними зубами (крім екстреної допомоги з метою запобігання ускладнень при прийнятті їжі);

4.4.4. стоматологічні послуги, крім екстреної допомоги у випадку гострого зубного болю або допомоги, необхідної для лікування наслідків нещасного випадку;

4.4.5. діагностику вагітності, лікування ускладнень вагітності протягом 3 (трьох) останніх місяців перед передбачуваною датою народження дитини;

4.4.6. обстеження і лікування, пов'язані з абортами або пологами та їх наслідками;

4.4.7. лікування на території України чи країни постійного проживання Застрахованої особи;

4.4.8. лікування на території країни тимчасового перебування після дати, коли після висновку лікаря, призначеного Асистансом, медична евакуація є можливою за медичними показаннями, крім тих витрат, що були понесені з метою здійснення медичної евакуації Застрахованої особи;

4.4.9. лікування, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в Україну чи країну постійного проживання;

4.4.10. коригуюче або реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших курортних закладах;

4.4.11. лікування психічних розладів та захворювань, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

4.4.12. діагностику та лікування вроджених, хронічних захворювань та хвороб, що почалися ще під час перебування в країні постійного проживання, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

4.4.13. вакцинацію, медичні довідки і свідчення, допоміжні медичні засоби (окуляри, лінзи, слухові апарати, медичні термометри, милиці, інвалідні коляски тощо);

4.4.14. самолікування, обстеження і лікування за допомогою методів недоказової медицини;

4.4.15. послуги, що перевищують помірні чи обґрунтовані розміри їх оплати в певному регіоні (визначається Асистансом) чи перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама чи у супроводі іншої особи може повернутися у країну постійного проживання (медична евакуація);

4.4.16. медичну евакуацію або репатріацію останків, якщо вони організовані без узгодження з Асистансом.

4.4.17. медичну евакуацію, якщо хвороба або тілесне ушкодження не є серйозними за медичними показаннями і лікування може бути здійснене за місцезнаходженням Застрахованої особи та/або якщо захворювання не перешкоджає продовженню поїздки.

**4.5. Не визнається страховим випадком витрати Застрахованої особи на медичні, медико-транспортні та/або супутні послуги у зв'язку із захворюваннями та медичними станами, що пов'язані з:**

4.5.1. навмисним заподіянням собі тілесних ушкоджень, замахом на самогубство, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, скоєнням Застрахованою особою умисного злочину;

4.5.2. дією іонізуючої радіації, радіоактивного забруднення будь-якого походження;

4.5.3. війною, збройною агресією, збройними конфліктами, військовими діями, застосуванням військової зброї, діями або бездіяльністю збройних формувань, громадськими заворушеннями, несанкціонованими культурно-масовими заходами, несанкціонованими мітингами, несанкціонованими демонстраціями;

4.5.4. виконанням Застрахованою особою службових обов'язків в місці, де відбуваються: війна, збройна агресія, збройні конфлікти, військові дії, застосовується військова зброя, діяння збройних формувань, громадські заворушення, несанкціоновані культурно-масові заходи, несанкціоновані мітинги, несанкціоновані демонстрації.

Підтвердженням або спростуванням фактів настання/існування подій, передбачених в п.п.4.5.3 та 4.5.4 цих Правил, є публічна інформація щодо таких подій, відображена чи задокументована будь-якими засобами та на будь-яких носіях інформації, що була отримана або створена в процесі виконання суб'єктами владних повноважень своїх обов'язків, передбачених законодавством України, або яка знаходиться у володінні суб'єктів владних

повноважень, інших розпорядників публічної інформації, визначених Законом України "Про доступ до публічної інформації".

**4.6.** Якщо інше не передбачено умовами договору страхування, **до страхових випадків не відносяться** і страхова виплата не здійснюється, якщо збитки Застрахованої особи, пов'язані з подією, що:

4.6.1. не обумовлена як страховий ризик чи випадок в договорі страхування, та/або мала місце не під час строку дії договору страхування чи строку страхування, або за межами території дії договору страхування;

4.6.2. викликана обставинами, про які Застрахована особа знала або повинна була знати, але не вжила усіх від неї залежних заходів для запобігання настанню страхового випадку.

**4.7.** Якщо інше не передбачено умовами договору страхування, **Страховик не відшкодовує** штрафи, пені або інші фінансові санкції, що не є прямим наслідком нанесеної шкоди третім особам.

**4.8.** **Страховик не відшкодовує** моральну шкоду; шкоду, завдану репутації чи іміджу.

**4.9.** Договором страхування можуть бути додатково передбачені інші особливі виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать законодавству та цим Правилам.

## 5. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА

**5.1.** Страхова сума встановлюється у розмірі, погодженому сторонами під час укладення договору страхування.

**5.2.** За згодою сторін у договорі страхування можуть бути встановлені окремі страхові суми (ліміти відповідальності) за окремим видом послуг, страховим ризиком та/або випадком, Програмою страхування, за групою чи всіма Застрахованими особами тощо.

**5.3.** Якщо інше не обумовлено умовами договору страхування, страхова сума встановлюється за згодою сторін в національній валюті України.

**5.4.** У разі страхової виплати страхова сума (ліміт відповідальності) зменшується на розмір виплати, якщо інше не передбачено умовами договору страхування. Страхова сума (ліміт відповідальності) вважається зменшеною з дати здійснення виплати, якщо інше не передбачено умовами договору страхування. Страхувальник має право відновити зменшену страхову суму (ліміт відповідальності) за умови сплати Страхувальнику додаткового страхового платежу.

**5.5.** Протягом строку дії договору страхування страхова сума може бути змінена за згодою Сторін.

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

5.6.1. за безумовної франшизи при розрахунку страхової виплати її розмір в усіх випадках вираховується (віднімається) з розміру страхової виплати, належного до сплати Страхувальнику;

5.6.2. за умовної франшизи Страховик звільняється від відповідальності за збиток, що не перевищує розмір встановленої франшизи, і відшкодовує збиток цілком, якщо його розмір перевищує встановлену франшизу;

5.6.3. за агрегатної (накопичувальної) франшизи Страховик звільняється від відповідальності за перші збитки, сума яких не перевищує розмір встановленої франшизи, і відшкодовує наступні збитки цілком, коли їх сумарний розмір перевищить встановлену франшизу;

5.6.4. за часової франшизи Страховик звільняється від відповідальності за збитки, що сталися чи були спричинені страховими ризиками, які настали протягом строку тривалості франшизи (з початку надання страхового захисту за такою Застрахованою особою).

5.6.5. інший вид франшизи та її умови застосування, можуть бути передбачені в договорі страхування.

**5.7.** Розмір франшизи може встановлюватися за згодою сторін у відсотках визначеної суми або в абсолютному розмірі.

## **6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ**

**6.1.** Розмір **страхового тарифу** за договором страхування визначається Страховиком на підставі методики розрахунку страхового тарифу (п.20 цих Правил).

**6.2.** **Страховий платіж** розраховується виходячи з розмірів страхової суми та страхового тарифу.

**6.3.** Страхувальник зобов'язаний внести Страховику страховий платіж (страхову премію) як плату за страхування.

**6.4.** Страховий платіж може бути сплачений готівкою в касу Страховика (його представника) або безготівковим перерахуванням на поточний рахунок Страховика (його представника).

**6.5.** Страхувальники–резиденти згідно з укладеним договором страхування мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник–нерезидент – в іноземній вільно конвертованій валюті по курсу НБУ на день сплати або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством України.

**6.6.** Якщо дія договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

**6.7.** Зазначений в договорі страхування страховий платіж за згодою Сторін може сплачуватися одноразово або частинами. Конкретні умови та строки сплати страхового платежу встановлюються договором страхування.

**6.8.** Якщо договором страхування передбачено сплату страхового платежу частинами, Страховик, під час здійснення страхової виплати внаслідок настання страхового випадку, має право утримати частку страхової виплати у розмірі несплаченого страхового платежу в рахунок сплати несплачених Страхувальником частин страхового платежу за період дії договору страхування, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

## **7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

**7.1.** Для укладення договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву, за формою, яка встановлена Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування.

**7.1.1.** Письмова заява повинна містити усі необхідні відомості про предмет договору страхування, що заявляється на страхування, і бути підписана Страхувальником.

**7.2.** Подання заяви на страхування не зобов'язує жодну зі Сторін укласти договір страхування. Однак, якщо договір страхування буде укладено, всі відомості щодо предмету договору страхування, що були наведені в заяві на страхування, мають суттєве значення для оцінки ступеню ризику та формують основні дані укладеного договору страхування.

**7.2.1.** Страхувальник несе відповідальність за достовірність наданих ним даних.

**7.2.2.** Підписана Страхувальником заява має юридичну силу незалежно від того, якими технічними засобами вона заповнена та у разі укладення договору страхування є невід'ємною його частиною.

**7.3.** Страхувальник має право укласти договір про страхування третьої особи лише за її згодою.

**7.4.** При укладенні договору страхування Страховик має право запросити:

**7.4.1.** у Страхувальника–юридичної особи – баланс або довідку про фінансовий стан, підтвержені аудитором (аудиторською фірмою);

**7.4.2.** відомості про стан здоров'я особи, яка може бути застрахованою, або вимагати її попереднього медичного огляду.

**7.5.** Під час укладення договору страхування Страхувальник зобов'язаний сповістити Страховика про усі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику щодо предмету договору страхування, а також, письмово дати



відповіді на усі поставлені йому Страховиком запитання з метою оцінки ступеня ризику у відношенні особи, яка страхується. Якщо після укладення договору страхування буде встановлено, що Страхувальник повідомив свідомо неправдиві відомості, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

**7.6.** На підставі даних, отриманих від Страхувальника, Страховик приймає рішення про укладення договору страхування або відмовляє в його укладенні.

**7.7.** Договір страхування укладається у письмовій формі шляхом його підписання Сторонами.

**7.7.1.** У випадку страхування групи осіб, договір страхування може бути виданий як на кожного члена групи, так і на всю групу. В останньому випадку до договору страхування додається список/реєстр Застрахованих осіб. Форму списку/реєстру Застрахованих осіб визначає Страховик. Список/реєстр Застрахованих осіб є невід'ємною частиною договору страхування і підписується сторонами договору.

**7.8.** Факт укладення договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування, в т.ч. на ім'я кожної Застрахованої особи.

**7.9.** У випадку втрати примірника договору страхування в період його дії Страховик видає Страхувальнику дублікат. Після видачі дубліката втрачений примірник договору страхування вважається недійсним.

## **8. СТРОК ДІЇ, УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

**8.1.** Строк дії договору страхування встановлюється за згодою сторін і зазначається в договорі страхування, але він не може бути більше 1 (одного) року, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

**8.2.** Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

**8.2.1.** Моментом внесення страхового платежу (його частини) при його сплаті готівкою вважається момент прийому страхового платежу (його частини) в касу Страховика.

**8.2.2.** Моментом внесення страхового платежу (його частини) при безготівковій його сплаті вважається момент зарахування коштів на поточний рахунок Страховика, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

**8.3.** Договором страхування може бути передбачено, що він набирає чинності з 00 год. 00 хв. дня, зазначеного в договорі страхування, як день початку дії договору страхування, але не раніше 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем надходження на рахунок або внесення в касу Страховика страхового платежу (першої його частини).

**8.4.** Дія договору страхування закінчується о 24 год. 00 хв. дати, визначеної в договорі страхування як дата закінчення дії договору страхування, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

**8.5.** Договором страхування може бути передбачено сплату страхових платежів частинами – окремо за кожний період страхування. Такий договір страхування набуває чинності з 00 год. 00 хв. дня, зазначеного в договорі страхування, як день початку першого періоду, але не раніше 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем внесення в касу або надходження на поточний рахунок Страховика страхового платежу в повному обсязі за перший період страхування, зазначений в договорі страхування.

Договір страхування подовжує свою дію на наступний період страхування з дати, зазначеної в договорі страхування як початок такого періоду, за умови внесення страхового платежу за цей період страхування в касу або на поточний рахунок Страховика не пізніше дня, зазначеного в договорі страхування як строк сплати страхового платежу за відповідний період страхування, але в будь-якому випадку не пізніше дня, зазначеного в договорі страхування як дата закінчення відповідного попереднього періоду страхування.

Дія договору страхування закінчується в 24 год. 00 хв. останнього дня оплаченого періоду страхування.

**8.6.** У разі сплати страхового платежу (його частини) після початку строку дії договору страхування, перенесення дати закінчення строку дії договору страхування не здійснюється, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

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

8.7.1. закінчення строку його дії;

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

8.7.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки.

При цьому договір страхування вважається достроково припиненим, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений на письмову вимогу Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальникові, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

8.7.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України "Про страхування";

8.7.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

8.7.6. прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

8.7.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

**8.8.** Дію договору страхування може бути припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено його умовами.

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

**8.10.** У разі дострокового припинення дії договору страхування (в т.ч. щодо окремої особи) за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору (в т.ч. за такою особою) з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування (в т.ч. за такою особою).

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю.

**8.11.** У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору (в т.ч. за такою особою) з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування (в т.ч. за такою особою).

**8.12.** У випадку дострокового припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі.

**8.13.** У разі припинення дії договору страхування у зв'язку із виконанням Страховиком взятих зобов'язань у повному обсязі – страхові платежі не повертаються.

**8.14.** Страхові свідоцтва (поліси, сертифікати), раніше видані на ім'я виключених із договору страхування Застрахованих осіб, повинні бути повернуті Страховику до укладення відповідної додаткової угоди про припинення і після набуття такою угодою чинності вважаються анульованими і не можуть бути підставою для надання медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг чи компенсації їх вартості.

## **9. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

**9.1.** Місце (територія) дії договору страхування визначається при укладенні договору страхування та вказується в ньому.

9.1.1. Територією дії договору страхування може бути територія будь-якої країни світу, за виключенням території країн, де ведуться військові дії, які є тимчасово окупованими або не перебувають під контролем офіційної влади держави, якщо інше не обумовлено умовами договору страхування.

**9.2.** Якщо інше не передбачено умовами договору страхування, укладені договори страхування діють тільки на території України.

9.2.1. Договором страхування може бути визначене, що він діє тільки під час подорожі за територіальні межі України та країни постійного проживання Застрахованої особи. В цьому випадку, договір страхування набирає чинності з моменту перетинання Застрахованою особою кордону України та/або країни постійного проживання, але не раніше дати та часу початку дії договору страхування, вказаних у ньому, за умови сплати страхового платежу в строки та обсязі, передбачені договором страхування.

## **10. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЗМІНА СТУПЕНЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ**

**10.1.** Зміни умов та доповнення до договору страхування в період його дії (зміни страхової суми, строку дії договору страхування тощо) за згодою Сторін вносяться шляхом укладення додаткового договору/угоди до договору страхування.

**10.2.** Додатковий договір/угода є невід'ємною частиною договору страхування і укладається у кількості примірників договору страхування.

**10.3.** Якщо зміни, внесені до договору страхування, потребують внесення до страхових свідоцтв (полісів, сертифікатів), що раніше були видані на ім'я Застрахованих осіб, будь-яких змін або доповнень, не пов'язаних із персональними відомостями про Застрахованих осіб, Страховик може видати на ім'я тих самих Застрахованих осіб додаткові угоди до страхових свідоцтв (полісів, сертифікатів) із зазначенням змін, що внесені до договору страхування.

**10.4.** Протягом строку дії договору страхування Страхувальник зобов'язаний якнайшвидше, але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо (якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування), письмово повідомити Страховика про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику.

**10.5. Обставинами, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику** можуть бути дані або/та обставини, що надані Страхувальником у заяві про страхування та/або зазначені у договорі страхування, або будь-яка їх зміна, наприклад:

10.5.1. інформація про стан здоров'я Застрахованої особи до моменту укладення договору страхування або протягом строку його дії;

10.5.2. країна/країни подорожі;

10.5.3. мета подорожі;

10.5.4. оголошення місця дії договору страхування зоною стихійного лиха або зоною карантину.

**10.6.** Після отримання від Страхувальника заяви про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів, якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування, оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до умов договору страхування або про дострокове припинення його дії, або про продовження строку дії договору страхування на попередніх умовах.

**10.7.** У разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення змін у договір страхування Страховик має право на отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу.

**10.8.** У випадку відмови Страхувальника внести зміни до договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж, Страховик має право достроково припинити дію договору страхування на підставі невиконання Страхувальником умов договору страхування відповідно до частини другої п.8.11 цих Правил.

**10.9.** Якщо ступінь ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика у строки, передбачені договором страхування, то в разі настання страхового випадку Страховик має право відмовити у страховій виплаті за цим випадком.

## **11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

### **11.1. Страхувальник має право:**

11.1.1. на етапі укладення і протягом строку дії договору страхування отримувати від Страховика необхідні консультації, інформацію та пояснення умов страхування, в т.ч. у письмовій формі;

11.1.2. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку на умовах цих Правил та/або договору страхування;

11.1.3. на зміну умов договору страхування та/або на дострокове припинення дії договору страхування згідно з умовами, передбаченими цими Правилами та/або договором страхування;

11.1.4. у випадку втрати договору страхування у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката;

11.1.5. призначати в договорі страхування Вигодонабувачів, які можуть зазнати збитків внаслідок настання страхового випадку для отримання страхової виплати, а також змінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

11.1.6. оскаржити в порядку, передбаченому законодавством України, відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або її розмір;

11.1.7. звертатися до Страховика при настанні страхового випадку за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги.

### **11.2. Страхувальник зобов'язаний, якщо це передбачено договором страхування:**

11.2.1. вносити страхові платежі в розмірі та в строки, передбачені договором страхування;

11.2.2. при укладенні договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

11.2.3. при укладенні договору страхування або внесенні змін до умов договору страхування, а також у будь-який час протягом строку дії договору страхування на вимогу Страховика надати можливість представнику Страховика провести огляд Застрахованої особи, з'ясувати умови її лікування;

11.2.4. повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета договору страхування;

11.2.5. вживати усіх можливих заходів та дій з метою запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання події, що може бути визнана страховим випадком;

11.2.6. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений цими Правилами та договором страхування;

11.2.7. при настанні страхового випадку діяти відповідно до п.12 цих Правил;

11.2.8. у разі відмови від договору страхування у будь-якому випадку повернути Страховику договір страхування;

11.2.9. дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам.

### **11.3. Страховик має право:**

11.3.1. перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником та/або Застрахованою особою відомостей, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеню ризику, а також перевіряти документацію Страхувальника та/або Застрахованої особи в частині, що стосується договору страхування у будь-який момент строку його дії;

11.3.2. у випадку підвищення ступеня ризику щодо предмету договору страхування запропонувати Страхувальнику внести зміни в договір страхування, включаючи сплату

додаткового страхового платежу, або припинити дію договору страхування після відмови Страхувальника згідно з умовами, передбаченими цими Правилами та/або договором страхування;

11.3.3. вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин страхового випадку або розміру страхової виплати, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею;

11.3.4. самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку;

11.3.5. робити запити у компетентні органи для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт і причину настання страхового випадку. Укладення договору страхування звільняє працівників медичних закладів від дотримання таємниці щодо хвороби та обставин її виникнення та лікування, якщо таке лікування має ознаки страхового випадку за договором страхування;

11.3.6. брати участь у заходах щодо зменшення розміру збитків, здійснюючи і вказуючи для цього способи та заходи, але ці дії Страховика або його представників не можуть розглядатися як визнання його обов'язку здійснити страхову виплату;

11.3.7. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених договором страхування та законом;

11.3.8. на зміну умов договору страхування та/або на дострокове припинення дії договору страхування на умовах, передбачених цими Правилами та/або договором страхування;

11.3.9. у разі сплати страхового платежу частинами при здійсненні страхової виплати утримати зі Страхувальника неоплачену частину страхового платежу, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

11.3.10. вимагати повернення страхової виплати, що вже виплачена Страхувальнику (Вигодонабувачу) у разі виникнення відповідних обставин, передбачених законодавством України, умовами цих Правил та/або договором страхування;

11.3.11. пред'явити позов, відповідно до законодавства, до особи, яка винна у настанні страхового випадку.

#### **11.4. Страховик зобов'язаний:**

11.4.1. ознайомити Страхувальника з цими Правилами та умовами страхування;

11.4.2. 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;

11.4.3. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, передбачений договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування або законом, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України на день прострочення платежу;

11.4.4. видати страхове свідоцтво (поліс, сертифікат) на ім'я кожної Застрахованої особи, якщо це передбачено договором страхування;

11.4.5. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено договором страхування;

11.4.6. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, внести відповідні зміни до договору страхування;

11.4.7. не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) та його (її) майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

**11.5.** Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права та/або обов'язки Сторін.

**11.6.** Якщо це передбачено договором страхування, **Застрахована особа** набуває прав і обов'язків Страхувальника, передбачених п.п.11.1, 11.2, 11.5 цих Правил, за виключенням п.п.11.1.3, 11.2.1 цих Правил, а також:

**11.6.1. Застрахована особа має право:**

а) у разі настання страхового випадку, отримувати медичні, медико-транспортні та супутні (додаткові) послуги належної якості, в обсязі та в межах лімітів відповідальності, що передбачені договором страхування;

б) повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі;

#### 11.6.2. Застрахована особа зобов'язана:

а) при настанні події, що має ознаки страхового випадку, якнайшвидше, але не пізніше 24 годин, звернутися до Асистансу та діяти відповідно до п.12 цих Правил;

б) проходити лікування, яке призначене лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

в) турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;

г) у разі втрати страхових документів сповістити про це Страховика у строк, передбачений договором страхування;

д) достовірно інформувати медичний заклад та Страховика про стан свого здоров'я та можливі існуючі ризики його втрати (зміни ступеню ризику);

е) при наявності складного хронічного захворювання мати при собі та, у разі необхідності, пред'являти представнику Асистансу або Страховика медичний висновок лікаря про наявність такого захворювання та відсутність протипоказань для здійснення такої подорожі;

ж) дотримуватися загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів тощо);

11.6.3. умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Застрахованої особи.

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

**12.1.** У разі настання передбаченої договором страхування події (здійснення Асистансом, Застрахованою або третьою особою непередбачених витрат, пов'язаних з наданням медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг Застрахованій особі), яка може бути визнана страховим випадком (далі – **подія**), Застрахована особа (її Вигодонабувач, Страхувальник) зобов'язана, якнайшвидше, але в будь-якому разі не пізніше 24 годин:

12.1.1. звернутися особисто або за телефоном до Страховика (його представника) або Асистансу, відомості про яких наведені в договорі страхування та страховому свідоцтві (полісі, сертифікаті) та отримати інформацію щодо подальших дій.

Таке звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено будь-якою особою, яка діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, опікунами або піклувальниками, Страхувальником, працівниками медичного закладу тощо;

12.1.2. якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, то Застрахована особа може самостійно звернутися до медичного закладу, що має відповідний дозвіл на здійснення медичної діяльності у країні тимчасового перебування або відповідний договір із Асистансом та обов'язково пред'явити договір страхування. В цьому разі повідомлення передається Асистансу або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту початку отримання такої допомоги.

Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, яка діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, опікунами або піклувальниками, Страхувальником, працівниками медичного закладу тощо;

#### 12.1.3. Повідомити Асистансу/Страховику:

а) точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон;

- б) назву Страховика, номер договору страхування;
- в) строк та територію дії договору страхування;
- г) прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- д) опис події, що трапилася, та характер необхідної допомоги;
- е) розмір страхової суми та обрану Програму страхування за договором страхування;

12.1.4. після звернення до Асистансу/Страховика виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій;

12.1.5. за вимогою представника Асистансу/Страховика Застрахована особа повинна:

- а) надати документи, що підтверджують її особу;
- б) документально підтвердити терміни свого знаходження в країні тимчасового перебування;

12.1.6. сприяти вжиттю Страховиком або Асистансом необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат;

12.1.7. вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

12.1.8. передати представнику Асистансу/Страховика невикористані авіа- або залізничні квитки в період їх чинності, а у разі неможливості це зробити за станом здоров'я – у строк, передбачений договором страхування.

**12.2.** У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин не зв'язалася з Асистансом для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна самостійно оплатити вартість наданих їй медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг, вона зобов'язана узгодити надані їй послуги, їх вартість та виставлений медичним закладом рахунок з Асистансом чи Страховиком **до моменту його оплати**. В цьому випадку вступають в дію умови п.15.1.2 цих Правил.

**12.3.** Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи (її Вигодонабувача, Страхувальника) в разі настання події, що має ознаки страхового випадку.

### **13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ВИПЛАТИ**

**13.1.** Визнання події страховим випадком та прийняття рішення про оплату послуг, наданих Застрахованій особі, провадиться Страховиком на підставі таких документів:

- 13.1.1. письмової заяви про страхову виплату встановленої форми;
- 13.1.2. договору страхування (страхового свідоцтва (поліса, сертифіката));
- 13.1.3. внутрішнього паспорту (свідоцтва про народження) або свідоцтва про смерть Застрахованої особи;
- 13.1.4. закордонного паспорту Застрахованої особи (з відмітками про перетин кордону країни перебування);
- 13.1.5. документів, що відповідно до законодавства України дозволяють ідентифікувати особу одержувача страхової виплати;
- 13.1.6. документів Асистансу щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком;
- 13.1.7. довідки медичного закладу про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу; у випадку розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку додатково – довідка про рівень алкоголю у крові;
- 13.1.8. деталізованих рахунків щодо наданих медичних, медико-транспортних та супутніх послуг;
- 13.1.9. квитанцій про оплату наданих медичних, медико-транспортних та супутніх послуг;
- 13.1.10. рецептів з назвами ліків, завірених відповідним лікарем;

13.1.11. документів (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують розмір понесених витрат;

13.1.12. проїзних документів;

13.1.13. інших документів на обґрунтований письмовий запит Страховика (його представника) щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру зазаного збитку, без отримання яких, встановлення вищезазначених фактів є унеможливленим/вкрай ускладненим.

**13.2.** Документи, перераховані у п.13.1 цих Правил можуть бути надані англійською або російською мовами. Якщо документи складені іншими мовами, Страхувальник (Застрахована особа) має надати офіційний переклад українською мовою.

**13.3.** Документи, що подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.

**13.4.** Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик може прийняти рішення про можливість ненадання Страхувальником окремих документів, визначених п.13.1 цих Правил.

**13.5.** Конкретний перелік документів, які Страхувальник (Вигодонабувач) повинен надати для отримання страхової виплати, зазначається в договорі страхування.

**13.6.** Неподання таких документів дає Страховику право відмовити у страховій виплаті, якщо це передбачено договором страхування.

## **14. ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

**14.1.** Розмір завданої шкоди, в межах якої здійснюється страхова виплата, встановлюється у розмірі вартості наданих Застрахованій особі у порядку і в строки, передбачені договором страхування, медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг.

**14.2.** Вартість наданих послуг визначається на підставі рахунків медичних або інших закладів, наданих Страховику через Асистанс або безпосередньо медичним або іншим закладом.

**14.3.** Якщо у договорі страхування передбачено страхові суми (ліміти відповідальності Страховика) за окремим видом послуг, страховим ризиком та/або випадком, Програмою страхування, за групою чи всіма Застрахованими особами тощо, то Страховик обмежує страхову виплату цими установленними страховими сумами (лімітами відповідальності).

**14.4.** Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг, застраховані у кількох страховиків, то у разі настання страхового випадку страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати дійсних витрат за подією. При цьому кожний страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування.

**14.5.** Страховик зменшує страхову виплату на установлену договором страхування франшизу.

**14.5.1.** При невиконанні Застрахованою особою п.12.2 цих Правил оплата вартості отриманої послуги здійснюється Застрахованою особою самостійно.

## **15. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

**15.1.** Страхові виплати здійснюються Страховиком шляхом:

15.1.1. перерахування коштів на рахунок Асистанса, медичного або іншого закладу, який надав послуги, якщо інше не передбачено умовами договору страхування, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданих (необхідних) медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком, Асистансом або іншим закладом, що надав послуги;



15.1.2. відшкодування Застрахованій особі (її Вигодонабувачу) вартості отриманих нею медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг у разі самостійної їх оплати за умови надання всіх документів, що перераховані у п.13 цих Правил та підтверджують факт настання страхового випадку та факт і розмір оплати за отриману допомогу та послуги.

**15.2.** У разі організації та надання медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг Асистансом, відшкодування здійснюється таким чином:

15.2.1. строк та порядок здійснення страхових виплат Асистансу визначається у договорі про співпрацю між Страховиком та Асистансом;

15.2.2. якщо дія договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до законодавства України.

**15.3.** Якщо Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість наданих медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг, відшкодування здійснюється згідно з договором страхування на підставі письмової заяви Застрахованої особи та страхового акту з визначенням розміру страхової виплати, складеного Страховиком або уповноваженою ним особою, таким чином:

15.3.1. Документи, що перераховані в п.13 цих Правил, повинні бути надані Страховику протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення до України після понесення особисто Застрахованою особою таких витрат. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з документальним обґрунтуванням причин затримки.

15.3.2. Протягом 10 (десяти) робочих днів після одержання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до п.13 цих Правил, якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування, Страховик:

а) складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати та рішенням щодо страхової виплати;

б) приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті.

15.3.3. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення (якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування) повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу, її Вигодонабувача) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

15.3.4. Страховик має право відстрочити страхову виплату, якщо це передбачено договором страхування, у випадку:

а) виникнення у Страховика сумнівів щодо достовірності наданих Застрахованою особою (її Вигодонабувачем, Страхувальником) відомостей та документів чи їх недостатності. Строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджувальних документів від правоохоронних органів, медичних закладів та інших організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 календарних днів з дня повідомлення Страхувальником Страховика про страховий випадок, якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування;

б) якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини та розмір страхової виплати, Страховик має право призначити розслідування або експертизу, яку виконує незалежний фахівець (експерт), який має відповідно до законодавства належні повноваження, з метою встановлення обставин, причин та розміру виплати – до отримання Страховиком остаточних результатів такого розслідування або експертизи, але цей строк не може перевищувати 90 календарних днів з дня повідомлення Страхувальником Страховика про страховий випадок, якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування;

в) відкриття кримінального провадження за фактом подій, що призвели до травмування або захворювання Застрахованої особи – до закінчення провадження у справі.

15.3.5. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про виплату, якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування.

15.3.6. Датою здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика або дата видачі готівкових коштів через касу Страховика. Страхова виплата підтверджується платіжним дорученням або видатковим касовим ордером.

**15.4.** У випадку виникнення спорів між сторонами щодо причин і розмірів збитків кожна зі сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи, що проводиться за рахунок сторони, яка вимагає проведення такої експертизи.

## **16. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

**16.1.** Підставами для відмови Страховика у страховій виплаті є:

16.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, 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 або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до законодавства України;

16.1.2. вчинення Страхувальником – фізичною особою або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

16.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку, приховування таких відомостей;

16.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод щодо визначення обставин, характеру страхового випадку та розміру страхової виплати;

16.1.5. шахрайство або інші дії Страхувальника (його представників), спрямовані на отримання незаконної вигоди від страхування, якщо це передбачено договором страхування;

16.1.6. невиконання або неналежне виконання Страхувальником своїх обов'язків, передбачених Правилами та/або договором страхування, якщо це передбачено договором страхування;

16.1.7. настання обставин чи отримання послуг, передбачених п.4 цих Правил;

16.1.8. інші випадки, передбачені законом.

**16.2.** Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у страховій виплаті, якщо вони не суперечать закону.

## **17. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

**17.1.** Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.

**17.2.** Договір страхування визнається недійсним і не підлягає виконанню також у разі, якщо його укладено після настання страхового випадку;

**17.3.** Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

## **18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

**18.1.** Спори, що виникають з договору страхування, укладеного на підставі цих Правил, вирішуються шляхом переговорів.

**18.2.** У разі недосягнення згоди сторонами договору страхування, спори вирішуються у судову порядку відповідно до законодавства України.

## **19. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

**19.1.** Цими Правилами регламентовано основні умови страхування.

**19.2.** За згодою сторін до договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та додаткові умови страхування, виходячи з конкретних умов

страхування, що відповідають положенням цих Правил та не суперечать законодавству України.

## 20. МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ СТРАХОВОГО ТАРИФУ

**20.1. Страховий тариф** визначається окремо для кожної Застрахованої особи та розраховується за формулою:

$$СТ = БТ \times К1 \times К2 \times К3 \times П \text{ } K_i, \text{ де:}$$

СТ – страховий тариф за договором страхування;

БТ – базовий страховий тариф;

К1–К3 – коригуючі коефіцієнти, наведені нижче;

П  $K_i$  – добуток коригуючих коефіцієнтів ризиковості  $K_i$ .

20.1.1. **Базовий страховий тариф (БТ), %** страхової суми, що зазначено у таблиці 1:

**Таблиця 1**

№ з/п	Послуги, що можуть надаватися за Програми страхування	БТ, %
<b>1.</b>	<b>Медичні та медико-транспортні послуги</b>	
1.1.	Невідкладна (швидка) допомога	<b>0,030</b>
1.2.	Стационарне лікування	<b>0,480</b>
1.3.	Амбулаторне лікування	<b>0,550</b>
1.4.	Стоматологічна допомога	<b>0,015</b>
1.5.	Медична евакуація	<b>0,060</b>
1.6.	Перевезення між медичними закладами	<b>0,001</b>
1.7.	Репатріація останків	<b>0,012</b>
1.8.	Інша медична, медико-транспортна послуга, передбачена договором страхування	<b>0,030</b>
<b>2.</b>	<b>Супутні (додаткові) послуги</b>	
2.1.	Відвідування близьким родичем	<b>0,005</b>
2.2.	Повернення додому дітей	<b>0,010</b>
2.3.	Приїзд замісника	<b>0,003</b>
2.4.	Продовження перебування за кордоном	<b>0,003</b>
2.5.	Проживання батьків дитини	<b>0,003</b>
2.6.	Зв'язок зі Страховиком/Асистансом	<b>0,001</b>
2.7.	Повернення до України	<b>0,005</b>
2.8.	Переоформлення проїзних документів	<b>0,002</b>
2.9.	Переїзд супроводжуючого	<b>0,003</b>
2.10.	Переказ готівки	<b>0,002</b>
2.11.	Пошук та рятування	<b>0,015</b>
2.12.	Інша супутня (додаткова) послуга, передбачена договором страхування	<b>0,010</b>

20.1.2. **K1** – коригуючий коефіцієнт, який залежить від віку прийнятої на страхування Застрахованої особи, зазначено у таблиці 2.

**Таблиця 2**

Вік Застрахованої особи, повних років	до 1	1-4	5-13	14-59	60-69	70-74	75-80
<b>K1</b>	5,00	3,00	2,00	1,00	2,50	5,00	10,00

20.1.3. **K2** – коригуючий коефіцієнт, який залежить від здійснюваної діяльності Застрахованою особою, зазначено у таблиці 3.

**Таблиця 3**

Діяльність	K2
Заняття активним відпочинком чи будь-яким видом спорту	1,0-6,0
Участь у випробуваннях транспортних засобів	1,2-6,0
Зайнятість в роботах у відкритому морі, шахті, з вибуховими речовинами	1,1-5,0
Інша праця за наймом	1,0-3,0
Інші види діяльності	1,0-2,0

20.1.4. **K3** – коригуючий коефіцієнт, який залежить від строку страхування на який укладено договір страхування, зазначено у таблиці 4.

**Таблиця 4**

Строк дії договору страхування, місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>K3</b>	0,20	0,30	0,40	0,47	0,54	0,60	0,67	0,74	0,80	0,87	0,94	1,00

20.1.5. Залежно від Програми страхування, переліку застрахованих послуг, страхових сум, розміру франшизи, кількості обраних страхових ризиків, місця дії договору страхування та інших чинників, що впливають на ступінь страхового ризику, до базового страхового тарифу застосовуються коригуючі коефіцієнти ризиковості (**Ki**) в діапазоні від 0,1 до 4,00.

**20.2.** Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін.

**20.3.** Норматив витрат на ведення справи складає не більше 65% страхового тарифу.

В цьому документі прошиито, пронумеровано,  
скріплено підписом та печаткою  
(двадцять шість) аркушів

Голова Правління  
Приватного акціонерного товариства  
Страхова компанія «Еталон»

О.О. Кравченко

