

НАЦІОНАЛЬНА КОМПІЯ ЗДО ВДИСНОКО  
 РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ

**ЗАРЕЄСТРОВАНО**

Учеп Комісії  
 О. Максимчук

Підпис: 14.06.2018

Прізвище, ініціали підписника: 2 1 1 8 1 2 5

Дата: 14.06.2018

Регістраційний номер: 2 1 1 8 1 2 5

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
 рішенням Правління  
 ПрАТ «СК «ПРОВІДНА»  
 від 07 травня 2018 року №22/1

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

№ 12101

від 07 травня 2018 року

Дата реєстрації Правил страхування в Національній комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг:	
Номер реєстрації:	

м. Київ

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
**рішенням Правління**  
**ПрАТ «СК «ПРОВІДНА»**  
**від 07 травня 2018 року №22/1**

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

**№ 12101**

**від 07 травня 2018 року**

Дата реєстрації Правил страхування в Національній комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг:	
Номер реєстрації:	

**м. Київ**

## 1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

1.1. Терміни та вирази, що використовуються в цих Правилах добровільного страхування медичних витрат (далі – Правила, Правила страхування), мають такі значення:

- Асистанс (Асистуюча компанія)** – юридична або фізична особа, в тому числі суб'єкт підприємницької діяльності, яка діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, які надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) в разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених договором страхування, організовує, контролює, оплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика.  
Назва, адреса та телефони асистансу зазначаються у договорі страхування.
- Близькі родичі Страхувальника (Застрахованої особи)** – його (її) дружина (чоловік), діти (в тому числі – всиновлені), його (її) матір, батько (матір, батько його (її) дружини, чоловіка), рідна сестра чи брат, також інші особи, які спільно проживають зі Страхувальником (Застрахованою особою), пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки.
- Гостре захворювання** – раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи, яке зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до місця свого постійного проживання.
- Загострення хронічного захворювання (хвороби)** – період перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до місця свого постійного проживання.
- Заклади охорони здоров'я (медичні заклади)** – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, з якими Страховик або асистанс уклав угоду про надання медичних послуг Застрахованим особам.
- Застрахована особа** – фізична особа, майнові інтереси якої, пов'язані з її життям, здоров'ям і працездатністю, є предметом договору страхування, на користь якої укладено договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника відповідно до умов

договору страхування.

- Захворювання (хвороба)** – діагностоване лікарем порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними зміненнями.
- Здоров'я** – стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів (відповідно до Основ законодавства про охорону здоров'я).
- Країна (місце) постійного проживання** – країна (місце), в якій (якому) Застрахована особа проживає у цілому не менше 183 днів у календарному році.
- Країна (місце) тимчасового перебування** – країна (місце), зазначена (-е) в договорі страхування, на території якої Застрахована особа знаходиться під час подорожі та діє страховий захист за договором страхування. Під час здійснення подорожі Застрахована особа може відвідувати декілька місць і страховий захист за договором страхування за згодою Сторін може діяти на території кожного з них.
- Ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика** – сума, зазначена у договорі страхування, що не перевищує встановлену в договорі страхування страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку, що за згодою сторін може встановлюватись за опцією страхування, одним страховим випадком, окремими видами медичних та інших послуг тощо.
- Медична допомога (медико-санітарна допомога)** – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих й інвалідів.
- Медичні послуги** – консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури.
- Нещасний випадок** – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що сталася внаслідок впливу зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованої особи та (або) її загибелі (смерті).
- До зовнішніх чинників можуть бути віднесені стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, укуси та інші випадкові контакти з тваринами, комахами та іншими представниками флори й фауни, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета на Застраховану особу або самої Застрахованої особи, удар стороннім предметом, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.
- Під розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку слід розуміти:
- травматичне ушкодження здоров'я (травми, у тому числі

отримані внаслідок заподіяних тілесних ушкоджень іншою особою, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля тощо), втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, тепловий удар, опік, обмороження, переохолодження (за винятком застудного захворювання), утоплення, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу) тощо;

- зараження інфекційним захворюванням, якщо інфекційна речовина потрапляє в тіло Застрахованої особи через поранення в результаті нещасного випадку;
- захворювання кліщовим енцефалітом або поліомієлітом;
- вивихи, розтягнення, розриви органів, у тому числі розрив хребетного стовпа, поранення органів, ушкодження кінцівок, викликані зусиллями Застрахованої особи в результаті нещасного випадку.

Якщо це передбачено умовами договору страхування, ризик «Нещасний випадок» може включати розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи внаслідок неправильних медичних маніпуляцій.

- Опція страхування** – умови договору страхування, що передбачають конкретну послугу або групу послуг певного обсягу та якості, що можуть бути надані Застрахованій особі у разі настання зазначених в договорі страхування подій (страхових ризиків).
- Одержувач страхової виплати** – особа, яка одержує страхову виплату згідно з умовами договору страхування.
- Подорож** – поїздка Застрахованої особи територією та за маршрутом, зазначеними в договорі страхування, з будь-якою метою (праця, відпочинок, спортивні змагання, відвідування родичів тощо).
- Програма страхування** – перелік медичних та інших послуг, надання яких або відшкодування вартості яких передбачені договором страхування. Програма страхування може складатися з опцій страхування та інших умов страхування.
- Рейсовий політ** – політ, що зареєстрований в офіційному списку рейсів та (або) в міжнародному довіднику авіарейсів (ABC World Airways Guide); при цьому перевізник повинен мати ліцензію, сертифікат або інший дозвіл на здійснення рейсових перевезень, видані відповідними органами 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** – стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.
- Суб'єкти туристичної** – юридичні та фізичні особи, які створюють туристичний продукт,

<b>діяльності</b>	надають туристичні послуги (перевезення, тимчасового розміщення, харчування, екскурсійного, курортного, спортивного, розважального та іншого обслуговування) чи здійснюють посередницьку діяльність із надання характерних та супутніх послуг.
<b>Страховик</b>	– Приватне акціонерне товариство «Страхова Компанія «ПРОВІДНА», створене відповідно до Закону України «Про господарські товариства» з урахуванням особливостей, передбачених Законом України «Про страхування», для здійснення страхової діяльності.
<b>Страхувальник</b>	– юридична особа або дієздатна фізична особа, у тому числі суб'єкт підприємницької діяльності, яка є резидентом або нерезидентом України, уклала зі Страховиком договір страхування та сплатила страховий платіж.
<b>Страховий захист</b>	– захист майнових інтересів, пов'язаних з життям, здоров'ям і працездатністю Застрахованої особи у разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених договором страхування. Якщо в період дії страхового захисту внаслідок непередбаченого і раптового настання обумовленої в договорі страхування події (страхового ризику) Застрахованою особою отримана медична та (або) інша допомога у межах та в обсязі, зазначених в договорі страхування, Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами договору страхування шляхом виплати грошових коштів одержувачеві страхової виплати у межах страхової суми, зазначеної в договорі страхування.
<b>Страховий випадок</b>	– подія, передбачена договором страхування, яка відбулася, і з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату.
<b>Франшиза</b>	– частина збитків, що не відшкодовується Страховиком відповідно до умов договору страхування. Франшиза може бути безумовною або умовною. Величина франшизи визначається у відсотках від страхової суми або в абсолютній грошовій величині.
<b>а) безумовна франшиза</b>	– відсоток від страхової суми або абсолютна грошова величина, в розмірі якої Страховик звільняється від здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку. Безумовна франшиза вираховується при розрахунку розміру страхової виплати при кожному та будь-якому страховому випадку.
<b>б) умовна франшиза</b>	– відсоток від страхової суми або абсолютна грошова величина, в розмірі якої Страховик звільняється від здійснення страхової виплати, якщо витрати, зазначені внаслідок настання страхового випадку і що підлягають виплаті на умовах укладеного договору страхування, не перевищують розміру умовної франшизи. Умовна франшиза не вираховується при розрахунку розміру страхової виплати, якщо величина витрат, зазначених внаслідок настання страхового випадку, перевищує величину умовної франшизи, встановленої договором страхування. Якщо зазначена величина витрат дорівнює або менша величини умовної

франшизи, встановленої договором страхування, страхова виплата не здійснюється.

**Хронічне захворювання (хвороба)** – хвороба з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними зміненнями та функціональними розладами тканин й органів.

1.2. Інші терміни та вирази використовуються у загальноприйнятому значенні та згідно з чинним законодавством України.

## **2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

2.1. Ці Правила страхування визначають загальний порядок і умови укладання, виконання, внесення змін та припинення дії договорів добровільного страхування медичних витрат (далі – договори страхування).

2.2. Страхувальник – дієздатна фізична особа, яка уклала договір страхування щодо майнових інтересів, пов'язаних з власним життям, здоров'ям та працездатністю, є одночасно Застрахованою особою за цим договором страхування.

2.3. Страхувальники можуть укладати зі Страховиком договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за згоди останніх, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.

2.4. За договором страхування, укладеним згідно з цими Правилами, Страховик забезпечує, в тому числі, за допомогою асистансу (далі – Асистансу), надання Застрахованій особі медичної допомоги (послуг) та іншої допомоги (послуг) та (або) гарантує оплату медичному закладу, що надав Застрахованій особі медичну допомогу (послуги), вартості цієї допомоги (послуг), у разі настання певних подій (страхових ризиків) під час здійснення нею подорожі.

У договорі страхування зазначається перелік послуг (видів допомоги), що надаються Застрахованій особі у разі настання певних подій (страхових ризиків), в тому числі, за допомогою Асистансу, через медичне, технічне та фінансове сприяння.

Розрахунки між Страховиком та Асистансом або медичним закладом за надану медичну допомогу (послуги) здійснюються без участі Страхувальника (Застрахованої особи) на підставі договорів, укладених між Страховиком та Асистансом та (або) медичним закладом.

Якщо зазначена в договорі страхування медична допомога (медичні послуги) були отримані Застрахованою особою самостійно (без участі Асистансу) та (або) оплачені Застрахованою особою самостійно, Страховик відшкодовує вартість наданої медичної допомоги (послуг) Застрахованій особі за умови попереднього повідомлення нею про отриману медичну допомогу (послуги) або попереднього погодження про їх отримання та оплати з Асистансом або Страховиком у визначеному договором страхування порядку, якщо це передбачено умовами договору страхування.

2.5. За договором страхування, укладеним на підставі цих Правил, Страховик зобов'язується за встановлену договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Страхувальником чи застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи застрахованою особою подорожі (поїздки).

## **3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

3.1. 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).

#### **4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ.**

##### **ОПЦІЇ СТРАХУВАННЯ. ОБСЯГ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СТРАХОВИКА**

4.1. Страховими ризиками, на випадок настання яких здійснюється страхування, є розлад здоров'я Застрахованої особи, що стався під час дії договору страхування (страхового захисту за договором страхування) та на території дії договору страхування внаслідок:

4.1.1. Гострого захворювання Застрахованої особи;

4.1.2. Загострення хронічної хвороби;

4.1.3. Нещасного випадку.

4.2. За згодою сторін договором страхування може бути передбачене за наявності у Страховика чинних ліцензій на проведення добровільного страхування вантажів та багажу, наземного транспорту (крім залізничного), фінансових ризиків, судових витрат за особливими умовами страхування ризиків виникнення у Страхувальника (Застрахованої особи) додаткових витрат при здійсненні подорожі територією, зазначеною в договорі страхування, внаслідок:

4.2.1. Смерті Застрахованої особи внаслідок непередбачуваного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку;

4.2.2. Смерті, розладу здоров'я близького родича Застрахованої особи внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку, інші обставини, передбачені договором страхування, при виникненні яких виникає необхідність повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання;

4.2.3. Затримання (арешту) Застрахованої особи, позбавлення волі, загрози виникнення таких випадків, а також будь-яких ускладнень, викликаних офіційними претензіями третіх осіб, у тому числі внесенням застави;

4.2.4. Незручності використання авіаційного транспорту, а саме:

4.2.4.1. Відкладення або відмінення авіарейсу;

4.2.4.2. Затримки доставлення багажу;

4.2.4.3. Втрати багажу або його пошкодження;

4.2.5. Втрати або викрадення документів Застрахованої особи на території дії договору страхування, а саме:

– закордонного паспорту;

– проїзного документа дитини;

– банківської платіжної картки;

– посвідчення водія, свідоцтва, що посвідчує реєстрацію транспортного засобу, що належить Страхувальнику (Застрахованій особі) на правах власності, повного господарського володіння, оперативного управління або на інших законних підставах (договір оренди, лізингу, доручення тощо);

4.2.6. Пошкодження (знищення) під час дорожньо-транспортної пригоди та (або) поломки транспортного засобу, яким Страхувальник (Застрахована особа) подорожує та який належить Страхувальнику (Застрахованій особі) на правах власності, повного господарського володіння, оперативного управління або на інших законних підставах (договір оренди, лізингу, доручення тощо);

4.2.7. Інших подій, що мають ознаки імовірності та випадковості настання, що можуть статися з Застрахованою особою під час подорожі територією, зазначеною в договорі страхування.

4.3. Якщо це передбачено умовами договору страхування, у разі розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок причин, зазначених у пунктах 4.1.1 – 4.1.3 цих Правил, Страховик забезпечує оплату медичному закладу вартості медичної допомоги (послуг) та (або) надання Застрахованій особі медичних та медико-транспортних послуг, в тому числі за допомогою Асистансу, відповідно до таких опцій страхування:



4.3.1. Опція «**Стационарне лікування**» передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, екстрене лікування, в тому числі перебування та харчування у палаті стандартного типу в умовах стаціонару за наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування до моменту, коли стан Застрахованої особи за рішенням лікаря дозволить евакуювати її до країни постійного проживання, та включає:

- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
  - консультативно-діагностичне обслуговування;
  - консервативне та оперативне лікування;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;

4.3.2. Опція «**Амбулаторне лікування**» передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, екстрене консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, та включає:

- 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;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;

4.3.3. Опція «**Невідкладна допомога**» передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, невідкладну медичну допомогу, надану Застрахованій особі за медичними показниками внаслідок причин, зазначених у пунктах 4.1.1 – 4.1.3 цих Правил, та включає:

- виїзд бригади невідкладної медичної допомоги;
- експрес-діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- доставлення каретою невідкладної медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування;

4.3.4. Опція «**Стоматологія**» передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, відшкодування витрат на терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини (за виключенням проведення косметичних, ортодонтичних процедур, протезування), пов'язане з:

- гострим зубним болем та простим пломбуванням;
  - наданням невідкладної стоматологічної допомоги внаслідок настання нещасного випадку;
- ремонтом зубних протезів за необхідності усунення ускладнень, що виникають при прийнятті їжі;

4.3.5. Опція «**Невідкладна акушерська допомога**» передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, відшкодування витрат на невідкладну акушерську допомогу до 29 (двадцять дев'ятого) тижня вагітності Застрахованої особи;

4.3.6. Договором страхування може бути передбачене відшкодування витрат, пов'язаних з дотриманням Застрахованою особою режиму ізоляції (карантину), якщо це необхідно за медичним висновком;

4.3.7. Опція «**Медичне транспортування**» передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, надання медико-транспортних послуг, а саме:

4.3.7.1. **Евакуацію** з місця події до найближчого медичного закладу;

4.3.7.2. **Екстрену медичну репатріацію** через кордон (залежно від умов договору страхування)

- до митного пункту, визначеного Страховиком, або
  - до місця проживання Застрахованої особи або
  - до найближчої медичної установи за місцем проживання Застрахованої особи
- за відсутності в країні тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги.

Екстрена медична репатріація здійснюється винятково у випадках, коли її необхідність підтверджується висновком лікаря асирансу на підставі документів, отриманих від місцевого лікаря та за умови відсутності медичних протипоказань;

4.3.7.3. **Медичну репатріацію** Застрахованої особи через кордон (залежно від умов договору страхування)

– до митного пункту, визначеного Страховиком, або

– до місця проживання Застрахованої особи або

– до найближчої медичної установи за місцем проживання Застрахованої особи,

якщо витрати на перебування в стаціонарі можуть перевищити встановлену у договорі страхування відповідну страхову суму (ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика), і за умови, що стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє її транспортування та згідно з рішенням лікаря асирансу існує необхідність проведення подальшого стаціонарного лікування Застрахованої особи.

Медична репатріація проводиться тільки за умови відсутності медичних протипоказань.

4.4. Рішення про необхідність і можливість транспортування Застрахованої особи, а також про вибір засобу її здійснення і маршруту приймає медичний заклад та лікар Застрахованої особи разом із асирансом з урахуванням медичних показань. При цьому Страховик не несе відповідальності у випадку недотримання перевізником розкладу руху;

4.5. У разі необхідності надання медико-транспортних послуг, зазначених у пунктах 4.3.7.1 – 4.3.7.3 цих Правил, залежно від стану здоров'я Застрахованої особи її транспортування організовується адекватним транспортним засобом, включаючи медичний супровід (якщо такий супровід необхідний за рекомендацією лікаря):

– автомашиною «швидкої допомоги»;

– таксі (оренованим автомобілем);

– поїздом (в купе першого класу, в плацкартному чи спальному вагоні);

– рейсовим літаком (в тому числі на спеціально обладнаному місці);

– літаком санітарної авіації тощо.

4.6. За згодою сторін Страховик забезпечує за допомогою асирансу надання Застрахованій особі додаткових послуг у разі настання подій, передбачених у пунктах 4.1 та 4.2 цих Правил, відповідно до таких опцій страхування:

4.6.1. Опція **«Позапланове повернення через розлад здоров'я»** передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, оплату вартості проїзду Застрахованої особи до місця постійного проживання в один кінець та витрат на проїзд до транспортного вузла (аеропорту, вокзалу) у країні тимчасового перебування, у якого є пряме міжнародне сполучення з населеним пунктом у країні постійного проживання Застрахованої особи.

Зазначені послуги надаються у випадку, якщо від'їзд Застрахованої особи не відбувся вчасно, тобто в день, зазначений у проїзних документах, що перебувають на руках у Застрахованої особи, через розлад здоров'я внаслідок подій, зазначених у пунктах 4.1.1 – 4.1.3 цих Правил, що потягнуло за собою необхідність перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні.

Застрахована особа зобов'язана вжити всіх залежних від неї заходів для повернення (здавання) невикористаних проїзних документів та відшкодування їхньої вартості. За недотримання цієї умови Страховик має право зменшити страхову виплату на вартість невикористаних проїзних документів;

4.6.2. Опція **«Повернення додому неповнолітніх дітей, які подорожують разом з Застрахованою особою»** передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, оплату вартості проїзду неповнолітніх дітей, які подорожують разом з Застрахованою особою, до місяця їхнього постійного проживання та за необхідності їх супроводження третьою особою, якщо діти залишилися без нагляду через розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи внаслідок подій, зазначених у пунктах 4.1.1 – 4.1.3 цих Правил.

Страховик відшкодовує вартість проїзду дітей, які не досягли 14-річного віку (якщо інший вік не передбачений договором страхування), до місяця їхнього постійного

проживання тільки у разі, якщо жодна із подорожуючих разом з ними осіб віком понад 18 років не в змозі про них піклуватися внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку або смерті;

4.6.3. Опція **«Відвідування близьким родичем»** передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, оплату вартості проїзду в обидва боки (з місця постійного проживання та назад) і вартості проживання в готелі одного близького родича Застрахованої особи, якщо строк госпіталізації Застрахованої особи, яка подорожує сама, внаслідок розладу здоров'я перевищує 10 (десять) днів та за умови, що поруч з Застрахованою особою не має особи старше 18 років, яка подорожує разом з нею.

Вид транспорту і маршрут проїзду, а також готель для проживання, кількість оплачуваних днів проживання та інші умови відвідування Застрахованої особи близьким родичем визначаються в договорі страхування.

При цьому інші витрати на відвідування Застрахованої особи близьким родичем Страховиком не відшкодовуються, якщо інше не передбачене договором страхування;

4.6.4. Опція **«Позапланове повернення за сімейними обставинами»** передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, оплату вартості проїзду Застрахованої особи у разі дострокового (позапланового) повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання, якщо один з близьких родичів останньої помер, перебуває у стані, небезпечному для життя (за наявності документів, що підтверджують факт цієї події та родинний зв'язок із Застрахованою особою) або за наявності інших обставин, передбачених договором страхування, та повернення Застрахованої особи назад до місця тимчасового перебування. При цьому вид транспорту і маршрут повернення визначаються Страховиком;

4.6.5. Опція **«Проїзд працівника, який заміщує Застраховану особу»** передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, оплату вартості проїзду особи, яка заміщує Застраховану особу при виконанні нею виробничих обов'язків на території країни тимчасового перебування, до місця виконання виробничих обов'язків, якщо Застраховану особу було перевезено до медичного закладу за місцем її постійного проживання (медична евакуація) з необхідністю проведення подальшого стаціонарного лікування.

Зазначені послуги надаються за умови, що працівник, який замінить Застраховану особу, повинен приступити до виконання своїх обов'язків відразу ж після повідомлення лікаря про медичну евакуацію Застрахованої особи;

4.6.6. У разі настання подій, зазначених у пунктах 4.6.1—4.6.5 цих Правил, для отримання послуг, передбачених договором страхування Застрахована особа зобов'язана передати свої квитки та квитки дітей, які перебувають разом з Застрахованою особою, на зворотний проїзд представнику асистансу або Страховику (його представнику);

4.6.7. Якщо інше не передбачене договором страхування, Страховик відшкодовує зазначені в пунктах 4.6.1 – 4.6.5 цих Правил витрати на транспортування, здійснене:

- автобусом, залізничним або морським транспортом – другим класом;
- літаком – економічним класом;
- орендованим автомобілем – у розмірі витрат на його оренду;

4.6.8. Опція **«Репатріація останків»** передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, посмертну репатріацію останків Застрахованої особи у разі її смерті внаслідок непередбаченого гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку, а саме:

– витрати, санкціоновані асистансом на посмертну репатріацію тіла до місця постійного проживання Застрахованої особи або

– витрати на поховання (кремацію) останків Застрахованої особи на території країни тимчасового перебування або місця тимчасового перебування у разі відсутності родичів у Застрахованої особи або за їхньої згоди.

Кінцевий пункт маршруту репатріації визначається за згодою сторін договору страхування.

При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги на території країни постійного проживання Застрахованої особи, якщо інше не передбачене договором страхування.

Для організації репатріації родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують їхній родинний зв'язок із Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло померлого після перевезення труни на митну територію України або на територію, погоджену зі Страховиком;

4.6.9. Опція «**Відкладення рейсу**» передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, оплату вартості проживання Застрахованої особи в готелі, харчування, а також альтернативного транспорту в розмірі, передбаченому договором страхування, у разі відкладення відправлення літака на 4 (чотири) або більше години через страйк, з технічних причин, через несприятливі погодно-кліматичні умови або поломку літака, а також якщо рейс було відмінено і Застрахованій особі не було запропоновано альтернативний транспортний засіб впродовж цього часу, якщо інше не передбачене договором страхування. Страховик відшкодовує зазначені витрати на підставі оригіналів документів, що їх підтверджують;

4.6.10. Опція «**Багаж**» може передбачати, якщо інше не зазначене в договорі страхування:

4.6.10.1. Оплату вартості предметів першої необхідності та одягу в розмірі, передбаченому договором страхування, у разі недоставлення Страхувальнику (Застрахованій особі) багажу, що перевозився повітряним транспортом, зареєстрованого відповідно до митних правил, впродовж 6 (шести) годин після його прибуття в аеропорт (крім прибуття в країну постійного проживання). Страховик відшкодовує зазначені витрати на підставі оригіналів документів, що їх підтверджують;

4.6.10.2. Оплату вартості предметів першої необхідності в розмірі, передбаченому договором страхування (з вирахуванням сум, що виплачують авіаперевізник та інші Страховики, і сум, витрачених на відшкодування збитку від затримки доставлення), у випадку, якщо багаж, що перевозиться повітряним транспортом і зареєстрований відповідно до митних правил, втрачено, пошкоджено або знищено в період, коли авіаперевізник відповідає за збереження багажу;

4.6.10.3. Пересилання багажу за іншою адресою у разі госпіталізації або медичної репатріації Застрахованої особи або смерті Застрахованої особи;

4.6.10.4. Надання асистансом консультативної допомоги в поверненні Застрахованій особі багажу, загубленого під час використання рейсового авіатранспорту;

4.6.11. Опція «**Втрата документів**» передбачає, якщо інше не зазначене в договорі страхування, допомогу для відновлення втрачених або викрадених під час подорожі особистих документів Застрахованої особи та (або) квитків на рейсовий транспорт.

При цьому Страховик відшкодовує в межах встановленої в договорі страхування страхової суми (ліміту відповідальності (зобов'язань) Страховика) витрати на послуги асистансу, пов'язані із оформленням тимчасового посвідчення Застрахованої особи, а також із анулюванням втрачених і оформленням нових квитків на зворотний рейс до країни проживання, якщо це передбачене договором страхування;

4.6.12. Опція «**Подорож автомобілем**» може передбачати, якщо інше не зазначене в договорі страхування:

4.6.12.1. Буксирування (доставлення) транспортного засобу до найближчого місця ремонту (якщо пошкодження транспортного засобу об'єктивно перешкоджають подальшій його експлуатації без ремонту) або до місця зберігання (у разі технічної неможливості або економічної недоцільності його ремонту) та організацію оренди іншого транспортного засобу (за виключенням оплати такої оренди).

Доцільність ремонту визначається Страховиком або асистансом. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ремонт (відновлення) транспортного засобу;

4.6.12.2. Оренду іншого транспортного засобу або надання автомобіля з водієм (таксі) для продовження поїздки в межах населеного пункту до місця призначення або для повернення до місця постійного проживання;

4.6.12.3. Розміщення та проживання Застрахованої особи у готелі під час ремонту транспортного засобу;

4.6.12.4. Транспортування Застрахованої особи до місця призначення (тільки в країнах Європи) у випадку дорожньо-транспортної пригоди та (або) поломки транспортного засобу, керованого на законних підставах Застрахованою особою, яка подорожує ним, а також у разі неможливості керувати транспортним засобом на підставі медичних висновків;

4.6.12.5. Повернення (проїзд в економному класі) Застрахованої особи до місця проживання в країні постійного проживання у випадку втрати або знищення транспортного засобу (технічної неможливості або економічної недоцільності ремонту транспортного засобу);

4.6.12.6. Транспортування всіх пасажирів (включаючи водія) до кінцевого пункту подорожі в країні перебування (тільки на території Європи) у разі пошкодження транспортного засобу чи у разі настання із водієм раптового захворювання або нещасного випадку;

4.6.12.7. Надання і оплату послуг іншого водія для транспортування транспортного засобу до стоянки (стоянка за вибором Страховика чи асистансу), якщо Застрахована особа не може керувати автомобілем на підставі медичних висновків;

4.6.12.8. Направлення технічної допомоги до місця дорожньо-транспортної пригоди або поломки транспортного засобу та дрібний ремонт на місці події;

4.6.12.9. Доставлення запчастин до місця проведення ремонту транспортного засобу;

4.6.13. Опція **«Юридична допомога»**, що може передбачати, якщо інше не зазначене в договорі страхування:

4.6.13.1. Організацію правової консультації при нещасному випадку, порушенні правил дорожнього руху, в адміністративному процесі тощо;

4.6.13.2. Організацію послуг практикуючого адвоката у разі затримання (арешту) Застрахованої особи, позбавлення волі, загрози виникнення таких випадків, а також будь-яких ускладнень, викликаних офіційними претензіями третіх осіб, крім відшкодування витрат на оплату послуг адвоката, якщо інше не передбачене договором страхування;

4.6.13.3. Організацію порушення судової справи щодо захисту прав Застрахованої особи у разі висунення від її імені майнового позову до третьої особи та оплату відповідних витрат, якщо це передбачене договором страхування;

4.6.13.4. Внесення грошової застави у судовий орган країни перебування за умови повернення Застрахованою особою суми застави протягом строку, передбаченого договором страхування. У разі невиконання цієї умови Страховик має право вимагати повернення суми застави у судовому порядку;

Якщо сума цієї застави була повернута відповідними структурами країни тимчасового перебування до закінчення тримісячного періоду, то вона має бути негайно повернута Застрахованою особою Страховику.

Якщо Застраховану особу викликають до суду, а вона ігнорує цей виклик, і заставу конфісковано, Страховик буде вимагати від Застрахованої особи негайної виплати наданої позики;

4.6.13.5. Інші види юридичної допомоги за згодою сторін;

4.6.14. Опція **«Адміністративні послуги»**, що може передбачати, якщо інше не зазначене в договорі страхування, за умови оплати зазначених послуг Застрахованою особою:

4.6.14.1. Передавання термінових повідомлень протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту звернення Застрахованої особи до асистансу;

4.6.14.2. Надання консультативних послуг Застрахованій особі щодо продовження її візи у країні перебування в разі настання подій, передбачених договором страхування;

4.6.14.3. Бронювання, придбання, переоформлення квитків на рейсовий транспорт;

4.6.14.4. Бронювання місць в готелі;  
4.6.14.5. Інформаційно-довідкові послуги;  
4.6.14.6. Оформлення оренди засобів автотранспорту;  
4.6.14.7. Надання послуг кваліфікованого перекладача;  
4.6.14.8. Інші адміністративні послуги за згодою сторін;  
4.6.15. Опція «**Телефонні переговори**», що передбачає відшкодування витрат на телефонні переговори, здійснені Застрахованою особою з асистансом з метою отримання або погодження отримання послуг, передбачених договором страхування.

4.6.16. Договором страхування можуть бути передбачені інші опції страхування, згідно з якими відшкодовуються непередбачувані витрати Страхувальника (Застрахованої особи), що виникають під час подорожі.

4.7. За необхідності продовження лікування Застрахованої особи після повернення з закордонної поїздки договором страхування можуть бути передбачені додаткові умови медичного страхування осіб, які здійснюють закордонні поїздки (Додаток № 2 до цих Правил).

4.8. За цими Правилами страхування може бути здійснене на випадок настання одного, декількох або всіх страхових ризиків, передбачених в пунктах 4.1 – 4.2 цих Правил.

4.9. За згодою сторін договір страхування може включати одну або декілька програм страхування. При укладенні договору страхування до програм страхування можуть бути внесені зміни з урахуванням індивідуальних потреб Страхувальника (Застрахованої особи) або передбачена індивідуальна програма страхування для конкретного Страхувальника (Застрахованої особи).

4.10. Договір страхування може бути укладено за такими варіантами:

4.10.1. «**Одноразова подорож**» («**One Trip**») – для осіб, яким потрібно здійснити одну подорож;

4.10.2. «**Багаторазові подорожі**» («**Multiple Trips**») – для осіб, яким потрібно здійснити декілька подорожей протягом певного строку, зокрема, для власників мультівізи;

4.10.3. «**Корпоративна картка**» («**Corporate Card**») – для Страхувальників-юридичних осіб. За цим варіантом після укладення договору страхування будь-який працівник Страхувальника, зазначений в договорі страхування або додатках до нього, при від'їзді у подорож є Застрахованою особою на умовах, зазначених у ньому. Зазначена особа може отримати медичну допомогу, медичні послуги та (або) додаткові послуги, передбачені договором страхування, у разі пред'явлення нею асистансу або медичному закладу ідентифікаційної картки, якщо її видавання передбачене договором страхування;

4.10.4. «**Бізнес-картка**» («**Business Card**»), «**Банківська картка**» («**Bank Card**») – для власників банківських платіжних карток;

4.10.5. Інші варіанти за згодою сторін.

4.11. Страховим випадком є подія, передбачена в пунктах 4.1 та 4.2 цих Правил та договорі страхування, що сталася в період дії договору страхування (дії страхового захисту за договором страхування), та не є виключенням зі страхових випадків або обмеженням страхування згідно з цими Правилами, внаслідок якої Застрахована особа отримує медичні та (або) додаткові послуги, передбачені договором страхування, внаслідок чого виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) та (або) перерахувати страхову виплату Асистансу або медичному закладу, який надав зазначену медичну допомогу (послуги) Застрахованій особі, згідно з умовами договору страхування.

## **5. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

5.1. За договором страхування, що укладений за цими Правилами, не покривається страхуванням та не відшкодовується вартість отриманих медичних та (або) додаткових послуг, що надаються Застрахованій особі внаслідок:

5.1.1. Здійснення Застрахованою особою протиправного діяння, що перебуває в прямому причинно-наслідковому зв'язку з настанням розладу здоров'я та (або) інших подій

(страхових ризиків), передбачених договором страхування. Протиправне діяння може бути кваліфіковане як таке згідно з законодавством, чинним як у країні тимчасового перебування, так у країні постійного проживання;

5.1.2. Прямого або непрямого впливу іонізуючої радіації, ядерного вибуху, радіоактивного забруднення будь-якого походження;

5.1.3. Самогубства Застрахованої особи, спроби самогубства або навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

5.1.4. Самолікування або лікування Застрахованої особи в закладі або лікарем, які не мають відповідних дозволів (ліцензій) на здійснення медичної діяльності;

5.1.5. Вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків або токсичних речовин. При цьому стан алкогольного сп'яніння визначається на основі норм вживання спиртних напоїв, чинних у країні перебування;

5.1.6. Лікування, яке Застрахована особа проходила до початку строку дії договору страхування (страхового захисту за договором страхування), а також у разі, якщо поїздка була протипоказана Застрахованій особі за станом здоров'я;

5.1.7. Учасності Застрахованої особи у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту), повстаннях, бунтах, війнах, народних заворушеннях, якщо Застрахована особа була співучасником дій, що згідно з чинним законодавством країни перебування кваліфікуються як злочин проти громадського порядку та моральності, а також служби Застрахованої особи в будь-яких військових структурах або формуваннях;

5.1.8. Заняття Застрахованою особою під час подорожі професійним, аматорським або організованим спортом, у тому числі: альпінізмом, скелелазінням, рафтіngом, верховою їздою, катанням на гірських лижах, сноуборді, дайвіngом, стрибками та польотами на парашуті, спортом із застосуванням моторних машин, іншими видами спорту або спортивним (активним) відпочинком, крім випадків, коли заняття певними видами спорту або спортивний (активний) відпочинок Застрахованої особи передбачені умовами договору страхування;

5.1.9. Виконання Застрахованою особою робіт за наймом, крім випадків, коли праця за наймом Застрахованою особою передбачена договором страхування;

5.1.10. Керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом:

– без дозвільного посвідчення, що визнається у країні перебування;

– під впливом алкоголю, наркотичних або токсичних речовин, а також внаслідок передавання нею керування іншій особі, яка знаходилася під впливом алкоголю, наркотичних або токсичних речовин, або особі, яка не мала прав водія, а також якщо вона, заздалегідь про це знаючи, їхала в транспортному засобі, яким керувала особа, яка не має посвідчення водія чи перебуває під впливом алкоголю, наркотичних або токсичних речовин;

5.1.11. Перельоту Застрахованої особи на літальному апараті, керуванням ним, крім випадків польоту в якості пасажера на літаку цивільної авіації, керованому професійним пілотом;

5.1.12. Перельоту Застрахованої особи на безмоторних літальних апаратах, моторних планерах, надлегких літальних апаратах;

5.1.13. Перельоту на літаку, що не входить до числа офіційно зареєстрованих або спеціальних рейсів, зареєстрованих у Міжнародному реєстрі авіарейсів.

5.2. Страхуванням не покриваються та не підлягають відшкодуванню Страховиком медичні та інші витрати на:

5.2.1. Медичну допомогу у разі загострення захворювання, яке за попередні 6 (шість) місяців перед датою поїздки лікувалося або вимагало лікування. Винятками є випадки, коли загострення цієї хвороби пов'язане з гострою смертельною небезпекою для життя Застрахованої особи або може спричинити стійку втрату працездатності. При цьому обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком медичних витрат є підтвердження асиcтансом критичного стану Застрахованої особи;

5.2.2. Лікування захворювання або травм, викликаних дією форс-мажорних обставинами, включаючи:

– війну, вторгнення, терористичні акти, громадянську війну, повстання, революцію, дії військової влади чи узурпаторських режимів;

– стихійні лиха і їхні наслідки, епідемії, карантин, несприятливі метеорологічні умови.

5.2.3. Надання стоматологічних послуг, крім витрат на огляд, екстрене лікування та медикаменти при гострому запаленні зуба та тканин, що його оточують, а також при травмі зуба в результаті нещасного випадку;

5.2.4. Проведення абортів, крім випадків, коли це необхідно внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання, а також надання медичних послуг, пов'язаних з вагітністю, її ускладненнями та пологами, починаючи з 29 (двадцять дев'ятого) тижня вагітності, та післяпологовим доглядом за дитиною;

5.2.5. Штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи з запобігання вагітності;

5.2.6. Будь-яке протезування, в тому числі протезування очей та забезпечення зубними протезами або штучними зубами, крім екстреної допомоги з метою запобігання ускладненням при вживанні їжі;

5.2.7. Придбання та ремонт допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, інвалідних візків, милиць, тростин тощо);

5.2.8. Діагностичні маніпуляції (у тому числі консультації та лабораторні дослідження) та лікувальні процедури, що не є обов'язковими, необхідними у разі настання нещасного випадку або раптового захворювання, або не пов'язані з ними;

5.2.9. Медичні та інші послуги, не передбачені договором страхування (програмою страхування);

5.2.10. Медичні та інші послуги, не погоджені з асиансом, якщо договором страхування передбачене їхнє погодження в порядку, зазначеному в ньому;

5.2.11. Діагностичні маніпуляції (у тому числі консультації та лабораторні дослідження), надані без наступного лікування;

5.2.12. Лікування, не призначене лікарем;

5.2.13. Проведення операції, пов'язаної з реконструктивною та пластичною хірургією, в тому числі операції, пов'язаної з усуненням косметичних дефектів, крім випадків, коли такі витрати пов'язані з травмою, одержаною внаслідок нещасного випадку;

5.2.14. Проведення профілактичних заходів, вакцинацій, дезінфекцій, загальних медичних оглядів, лікарської експертизи, видавання медичних довідок та свідоцтв;

5.2.15. Лікування та (або) догляд Застрахованої особи її родичами;

5.2.16. Проведення відновлювальної терапії, реабілітації або фізіотерапії;

5.2.17. Коригувальне та (або) реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших курортних закладах;

5.2.18. Ангіографію, а також витрати, пов'язані з операціями на серці та судинах, у тому числі ангіопластику та шунтування;

5.2.19. Обстеження і лікування методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та іншими методами недоказової медицини;

5.2.20. Надання засобів та послуг додаткового комфорту, а саме: палати типу «люкс», радіоприймача, кондиціонера, зволожувача повітря, телевізора, телефона, а також послуг перукаря, масажиста, косметолога, перекладача тощо;

5.2.21. Лікування на території країни (місця) тимчасового перебування після дати, коли на думку лікаря, призначеного асиансом, медична репатріація є можливою за медичними показаннями, крім тих витрат, що були здійснені з метою медичної репатріації Застрахованої особи;

5.2.22. Лікування, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання;

5.2.23. Медичну репатріацію, якщо захворювання або тілесне ушкодження не є досить серйозними за медичними показаннями і лікування може бути здійснене за



місцезнаходженням Застрахованої особи, та (або) якщо захворювання не перешкоджає продовженню поїздки;

5.2.24. Дострокову (позапланову) поїзду до місця постійного проживання та повернення назад, якщо смерть близького родича Застрахованої особи є наслідком гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, про яке Застрахованій особі було відомо до її поїздки;

5.2.25. Медичні послуги, що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама або при супроводженні іншої особи може повернутися до країни або місця постійного проживання;

5.2.26. Послуги, пов'язані з незручностями використання авіаційного транспорту, у разі відкладення або відмінення авіарейсу, якщо:

5.2.26.1. Застрахована особа не пройшла реєстрацію на рейс, крім випадків, коли не було можливості пройти реєстрацію через страйки або з технічних причин;

5.2.26.2. Затримка рейсу стала наслідком страйку або виникла з технічних причин, про які Застрахованій особі було повідомлено до реєстрації;

5.2.26.3. Застрахована особа відмовилась від перельоту до вильоту літака свого рейсу;

5.2.27. Послуги, пов'язані з незручностями використання авіаційного транспорту, у разі затримки доставлення багажу, якщо:

5.2.27.1. Багаж перевозиться авіарейсом, кінцевим пунктом якого є країна постійного проживання Застрахованої особи;

5.2.27.2. Застрахована особа не повідомила уповноваженому представнику авіалінії про затримку доставлення багажу або його втрату;

5.2.27.3. Затримка багажу Застрахованої особи викликана митним доглядом;

5.2.27.4. Витрати були здійснені Застрахованою особою після 3 (трьох) днів з моменту її прибуття в аеропорт країни тимчасового перебування;

5.2.27.5. Витрати були проведені Застрахованою особою після доставки її багажу перевізником.

5.2.28. Послуги, що пов'язані з незручностями використання авіаційного транспорту, у разі:

5.2.28.1. Втрати багажу, його пошкодження або знищення, що сталися внаслідок конфіскації та (або) знищення багажу митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;

5.2.28.2. Пошкодження (псування) вантажу внаслідок звичайної зношеності, прихованих дефектів, дії комах, хімічних реактивів або інших несприятливих умов;

5.2.28.3. Втрати (пошкодження, знищення) разом з багажем готівки, особистої, адміністративної та ділової документації (у тому числі комерційних або наукових матеріалів), документів, що посвідчують особу, свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу, посвідчення водія, дорожніх чеків, цінних паперів, готівки, талонів на оплату палива, особливо цінних речей та предметів (ювелірних виробів, колекцій, речей та предметів, які мають художню або історичну цінність тощо), зубних протезів та контактних лінз тощо;

5.2.29. Відновлення втрачених документів Страхувальника (Застрахованої особи), а саме: особистої, адміністративної та ділової документації, у тому числі комерційних або наукових матеріалів, дорожніх чеків, цінних паперів, талонів на оплату палива, готівки тощо;

5.2.30. Відновлення документів у разі:

5.2.30.1. Конфіскації документів митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;

5.2.30.2. Неповідомлення Застрахованою особою відповідних служб щодо загублених (втрачених, викрадених) документів, а також ненадання Застрахованою особою заяви відповідної форми про відсутні документи.

5.2.31. Замінення документів, якщо таке замінення викликане пошкодженням, утратою ними вигляду, придатного для використання, тощо.

5.3. Крім випадків, що потребують негайної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи, Страховик не відшкодовує медичні витрати на діагностику та лікування:

5.3.1. Сонячного удару, сонячних опіків та інших гострих змін у шкірному покриві, викликаних впливом ультрафіолетового випромінювання;

5.3.2. Нервових та психічних захворювань та розладів, судомних станів, неврозів (панічні атаки, депресії, істеричні синдроми тощо) та їхніх загострень;

5.3.3. Уроджених аномалій, хронічних захворювань, хвороб, що почалися під час перебування в країні постійного проживання, а також станів, за наявності яких існує реальний ризик швидкого погіршення стану здоров'я;

5.3.4. Захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, а також захворювань, що є їхнім наслідком;

5.3.5. Будь-якої хвороби або смерті, що спричинена ВІЛ-інфекцією, СНІД та (або) будь-якими формами гепатиту та їхніми наслідками;

5.3.6. Онкологічних захворювань;

5.3.7. Розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та (або) потрапляння води);

5.3.8. Хвороб шкіри та підшкірної клітковини, що класифікуються міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду, як L20 – L60, включаючи, але не обмежуючись дерматитами, пов'язаними з дією сонячного випромінювання, алергійними контактними дерматитами).

5.4. Страховик не відшкодовує витрати, пов'язані з:

5.4.1. Обставинами, про які Страхувальник знав або повинен був знати, але не вжив усіх заходів, що від нього залежать, для запобігання страхового випадку;

5.4.2. Лікуванням на території місця постійного проживання Застрахованої особи, крім випадку, якщо у договорі страхування передбачені додаткові умови медичного страхування (необхідність продовження лікування Застрахованої особи після повернення з закордонної подорожі) згідно з пунктом 4.7. Правил та Додатком № 2 до цих Правил;

5.4.3. Утриманням компаньйонів або членів родини Застрахованої особи під час стаціонарного лікування Застрахованої особи, крім випадку, якщо згідно з умовами договору страхування Страховик забезпечує за допомогою асистансу надання Застрахованій особі додаткових послуг відповідно до опції страхування «Відвідування близьким родичем» (пункт 4.6.3. цих Правил);

5.4.4. На платне лікування у медичному закладі, а також будь-які витрати у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування.

5.5. Якщо Застрахована особа здійснила поїздку з метою одержати лікування або передбачала одержання лікування, Страховик не відшкодовує медичні витрати на лікування, що є метою поїздки, або передбачуване лікування, а також витрати, викликані погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи у зв'язку із цим лікуванням.

5.6. Страховик не несе відповідальності за відшкодування моральної шкоди, заподіяної Застрахованій особі під час здійснення нею подорожі.

5.7. Страховик не відшкодовує витрати Страхувальника (Застрахованої особи), зазначені ним внаслідок незаконного проведення третіми особами транзакцій з використанням втраченої або викраденої у Застрахованої особи банківської картки.

5.8. У разі пошкодження (знищення) під час дорожньо-транспортної пригоди та (або) поломки транспортного засобу Страховик не відшкодовує витрати:

5.8.1. На ремонт механічної поломки, що виникла внаслідок відсутності палива, масла, охолоджувальної рідини чи пошкодження шини та (або) з'єднувальних патрубків;

5.8.2. На відновлення викраденого оздоблення, додаткового обладнання або майна, що знаходиться всередині транспортного засобу або в пристроях для перевезення багажу (причепі, багажнику);

5.8.3. На усунення наслідків умисних дій Страхувальника (Застрахованої особи) або його довірених осіб;

- 5.8.4. На усунення наслідків протиправних дій третіх осіб;
- 5.8.5. На усунення поломки або наслідків займання транспортного засобу, що сталися:
- як результат використання Страхувальником (Застрахованою особою) транспортного засобу в аварійному стані або експлуатації технічно несправного транспортного засобу (визначення технічного стану та обладнання транспортних засобів згідно з вимогами Правил дорожнього руху);
  - під час невідкорення владі (втечі з місця пригоди, переслідування працівниками служб державних органів), вчинення кримінально-карних дій;
  - під час участі у спортивних змаганнях; використання транспортного засобу для навчальної їзди.
- 5.8.6. Спричинені керуванням транспортним засобом особою:
- яка не має відповідного дозволу на право керування цим видом транспортного засобу і, зокрема, транспортним засобом, зазначеним у договорі страхування;
  - у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння.
- 5.8.7. Пов'язані з буксируванням транспортного засобу, зазначеного у договорі страхування, іншим транспортним засобом, а також буксируванням транспортним засобом, зазначеним у договорі страхування, іншого транспортного засобу, за виключенням евакуації транспортного засобу при настанні страхового випадку;
- 5.8.8. Пов'язані з порушенням встановлених правил перевезення пасажирів та перевезення іншого транспортного засобу або будь-якого вантажу, вага якого перевищує норму, визначену для цього транспортного засобу.
- 5.9. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення зі страхових випадків та обмеження страхування.
- 5.10. За згодою сторін при укладенні договору страхування деякі виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, зазначені в цьому розділі, можуть не застосовуватись в умовах договору страхування.

## **6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. ФРАНШИЗА**

- 6.1. Страхова сума (ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика) – це грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести страхову виплату при настанні страхового випадку.
- 6.2. Величина страхової суми (ліміту відповідальності (зобов'язань) Страховика) визначається за домовленістю між Страхувальником та Страховиком і зазначається в договорі страхування.
- 6.3. Страхова сума (ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика) може бути встановлена за одним страховим випадком, групою страхових випадків, окремою програмою страхування, опцією страхування, окремими видами медичних та інших послуг, договором страхування в цілому.
- 6.4. Страхові тарифи обчислюються актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків. Страхові тарифи наведено в додатку 1 до цих Правил.
- 6.5. Конкретний розмір страхового тарифу визначається при укладенні договору страхування за згодою сторін.
- 6.6. Страховий платіж вноситься в строки та в порядку, передбаченому в договорі страхування.
- 6.7. Страхувальник згідно з укладеним договором страхування має право вносити страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник-нерезидент – в іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 6.8. Якщо страховий платіж встановлено в іноземній валюті, Страхувальник сплачує страховий платіж у грошовій одиниці України за обмінним курсом, встановленим НБУ на день сплати страхового платежу, якщо інше не передбачене договором страхування.

6.9. Договором страхування може бути передбачена умовна та (або) безумовна франшиза, розміри яких визначаються за згодою сторін при укладенні договору страхування.

6.10. При укладенні договору страхування франшиза, як правило, встановлюється стосовно всіх збитків за одним страховим випадком. Якщо відбудеться декілька страхових випадків, франшиза буде вираховуватись з суми збитку за будь-яким та кожним страховим випадком.

## **7. СТРОК ТА МІСЦЕ (ТЕРИТОРІЯ) ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

7.1. Строк та місце (територія) дії зазначаються у договорі страхування.

7.2. Територією дії договору страхування може бути:

7.2.1. Територія країн Європи, країн СНД (крім України) та Балтії, Туреччини, Кіпру, Ізраїлю, Єгипту, Тунісу, Об'єднаних Арабських Еміратів, якщо інше не передбачено договором страхування;

7.2.2. Територія всіх країн світу, крім України;

7.2.3. Територія України або міста, області тощо в межах території України;

7.2.4. Територія будь-якої країни або декількох країн світу.

7.3. Договором страхування може бути передбачено, що договір страхування не діє в країні постійного проживання Застрахованої особи (в якій Застрахована особа має вид на проживання) та (або) громадянином якої вона є.

7.4. Договором страхування може бути передбачено, що договір страхування не діє на території країн, в яких ведуться військові дії.

7.5. Договір страхування може бути укладено або на строк перебування Застрахованої особи в подорожі, або на строк перебування Застрахованої особи за межами країни (місця) постійного проживання, якщо інше не передбачено договором страхування. Мінімальний строк дії договору страхування становить один день.

7.6. У разі укладення договору страхування за варіантами, що передбачають здійснення декількох подорожей (пункти 4.10.2 – 4.10.5 цих Правил), загальний строк дії договору страхування становить, як правило, один рік. При цьому договором страхування може бути передбачено:

7.6.1. Максимальний загальний строк перебування Застрахованої особи в подорожі, протягом якого діє страховий захист за договором страхування;

7.6.2. Максимальний строк перебування Застрахованої особи в одній подорожі, протягом якого діє страховий захист за договором страхування.

При здійсненні кожної подорожі страховий захист за договором страхування діє протягом певного строку (певної кількості днів), зазначеного в договорі страхування. Після закінчення Застрахованою особою кожної подорожі визначений договором страхування загальний строк дії договору страхування та максимальний загальний строк перебування Застрахованої особи в подорожі, протягом якого діє страховий захист за договором страхування, зменшуються на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи в подорожі. Відповідальність Страховика за договором страхування припиняється з закінченням зазначеного в договорі страхування строку дії страхового захисту.

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

7.8. Договором страхування може бути передбачено, що страховий захист за договором страхування починає діяти (залежно від умов договору страхування):

– з 00 годин 00 хвилин дати, зазначеної в договорі страхування як дата початку строку його дії;

– з моменту проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю під час виїзду з країни проживання в день, зазначений в договорі страхування як дата початку строку його дії;

– з моменту перетину кордону країни постійного проживання в день, зазначений в договорі страхування як дата початку строку його дії;

– з моменту посадки в транспортний засіб (приміський або міжміський автобус, електричку, потяг, літак), з метою розпочати заплановану подорож;

– з іншого моменту, зазначеного в договорі страхування.

7.9. Договором страхування може бути передбачено, що страховий захист за договором страхування припиняє діяти та договір страхування втрачає чинність (залежно від умов договору страхування):

– о 24 годині 00 хвилин дати, зазначеної в договорі страхування як дата припинення строку його дії;

– з моменту проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю під час в'їзду до країни постійного проживання в день, зазначений в договорі страхування як дата припинення строку його дії;

– з моменту перетину кордону країни постійного проживання;

– з моменту висадки з транспортного засобу (приміського або міжміського автобусу, електрички, потягу, літака), з метою завершити здійснену подорож;

– з іншого моменту, зазначеного в договорі страхування.

7.10. Якщо на дату припинення строку дії договору страхування Застрахована особа, яка перебуває за кордоном, потребує подальшого лікування та за медичним висновком не підлягає репатріації до країни проживання, дію договору страхування може бути продовжено, але не більш ніж на 30 (тридцять) днів з дати закінчення строку дії договору страхування, якщо інший строк не передбачений договором страхування.

## **8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

8.1. Для укладення договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву про страхування за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування. При цьому Страховик має право організувати та вимагати від особи, на користь якої укладається договір страхування, проведення медичного обстеження довіреними лікарями Страховика або запропонувати їй заповнити декларацію про стан здоров'я.

8.2. При укладенні договору страхування Страховик може вимагати надати:

8.2.1. Документи, що посвідчують особу (паспорт, закордонний паспорт тощо);

8.2.2. Документи, що посвідчують дозвіл на виїзд за кордон (віза, довіреність на право вивезення дитини за межі України тощо);

8.2.3. Медичну довідку встановленого зразка про стан здоров'я;

8.2.4. Документи, що свідчать про мету поїздки (запрошення, дозвіл на роботу, договір про виконання робіт, туристичну путівку тощо);

8.2.5. Інформацію про особу, яка буде здійснювати подорож, за встановленою Страховиком формою не пізніше, як за одну добу до початку подорожі, – у разі укладення договору страхування за варіантами, що передбачають здійснення декількох подорожей (пункти 4.10.2 – 4.10.5 цих Правил);

8.2.6. Відомості про всі обставини, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, що відомі або повинні бути відомі Страхувальнику (Застрахованій особі);

8.2.7. Інші документи на вимогу Страховика.

8.3. Запитання Страховика, які включені до заяви про страхування, разом із відповідями Страхувальника становлять інформацію, що має істотне значення для оцінки страхового ризику і укладення договору страхування. Підписана Страхувальником заява має юридичну силу незалежно від того, чиєю рукою або якими технічними засобами вона заповнена.

8.4. Подання заяви про страхування не зобов'язує жодну зі сторін укласти договір страхування.

8.5. Страхувальник несе відповідальність за правдивість та повноту інформації, яку він надає при укладенні договору страхування.

У випадку надання неправдивої інформації або ненадання (приховування) інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати при настанні страхового випадку.

8.6. На підставі даних, зазначених у заяві про страхування, Страховик приймає рішення про укладення договору страхування. У разі укладення договору страхування заява Страхувальника стає невід'ємною частиною договору страхування.

8.7. Договір страхування укладається між Страхувальником і Страховиком в письмовій формі. Факт укладення договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

8.8. У разі страхування групи осіб, договір страхування може бути укладений як із кожним членом групи окремо, так і один на всю групу. В останньому випадку до договору страхування додається список Застрахованих осіб за формою, встановленою Страховиком. Зазначений список є невід'ємною частиною договору страхування.

8.9. У випадку втрати страхового свідоцтва (поліса, сертифіката) та (або) примірника договору страхування під час строку його дії, Страховик на підставі письмової заяви Страхувальника видає дублікат документа. Після цього втрачений примірник вважається недійсним, і страхові виплати згідно з втраченим примірником не здійснюються.

## **9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

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

9.1.1. Отримувати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов договору страхування;

9.1.2. Отримувати детальну інформацію про послуги Асистансу, що надаються Застрахованим особам;

9.1.3. Звертатися до Страховика для отримання інструкцій щодо порядку отримання послуг асистансу та (або) подальших дій при настанні події, внаслідок якої у Страхувальника (Застрахованої особи) виникає потреба в отриманні медичних послуг та (або) додаткових послуг, забезпечення надання яких передбачене договором страхування;

9.1.4. Отримати послуги асистансу в обсязі, передбаченому договором страхування, або відшкодування здійснених медичних та інших витрат (страхову виплату) згідно з умовами договору страхування за умови надання Страховику всіх необхідних документів для визначення причин страхового випадку, розміру зазначених збитків та інших документів, передбачених договором страхування та необхідних для страхової виплати;

9.1.5. Повідомити Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі;

9.1.6. Ініціювати внесення змін та доповнень до умов договору страхування;

9.1.7. Достроково припинити дію договору страхування за умови письмового повідомлення Страховика про причини прийняття такого рішення, крім випадку, коли подорож вже почалася;

9.1.8. Отримати дублікат договору страхування у випадку втрати його оригіналу в період дії договору страхування, для чого звернутися до Страховика з письмовою заявою про видавання дубліката;

9.1.9. Оскаржити відмову Страховика здійснити страхову виплату або її розмір в судовому порядку.

### **9.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:**

9.2.1. При укладенні договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (зокрема, щодо наявності у Застрахованої особи хвороб, в тому числі хронічних, виявлених та тих, що існують на момент укладення договору страхування), і надалі інформувати Страховика про будь-яке змінення страхового ризику у порядку, визначеному у розділі 10 цих Правил, якщо інше не передбачене договором страхування;

9.2.2. Своєчасно сплачувати страхові платежі в розмірі, порядку і строки, що обумовлені в договорі страхування;

9.2.3. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору страхування. При невиконанні цієї умови новий договір страхування є нікчемним;

9.2.4. Вживати всіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

9.2.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений в договорі страхування.

9.3. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника (Застрахованої особи), наприклад:

9.3.1. Повідомити Страховика про інші договори страхування щодо цього предмета договору страхування, що укладаються з іншими страховиками;

9.3.2. Свідомо не створювати ризику втрати чи заподіяння шкоди власному здоров'ю та (або) здоров'ю інших Застрахованих осіб (дітей, які подорожують разом з ним, або інших осіб, якими він опікується) та в межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих чинників впливу на власне здоров'я та (або) здоров'я зазначених осіб;

9.3.3. Після повідомлення Страховика про настання страхового випадку (події, внаслідок якої у Застрахованої особи виникає потреба в отриманні медичних послуг та (або) додаткових послуг, забезпечення надання яких за допомогою асистансу передбачене договором страхування) діяти згідно з розділом 11 цих Правил;

9.3.4. Забезпечити (надати дозвіл) медичним працівникам, уповноваженим асистансом, вільний доступ до Застрахованої особи, для контролю її стану, за винятком випадків, коли це неможливо за медичними причинами;

9.3.5. Звільнити лікарів та представників медичних закладів від зобов'язань конфіденційності (лікарської таємниці) перед Страховиком щодо стану здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи);

9.3.6. Не допускати дій або бездіяльності щодо чинників, настання яких має вплив на ступінь страхового ризику, а у разі їхнього виникнення вживати всіх необхідних заходів для усунення обставин, що підвищують ступінь ризику;

9.3.7. Якщо в договорі страхування передбачена франшиза, оплатити цю суму медичному закладові, лікареві або третій особі при наданні Застрахованій особі медичних та (або) інших послуг, відшкодування вартості яких передбачене договором страхування;

9.3.8. Надати на вимогу Страховика всю відому йому інформацію для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку або визначення розміру збитку;

9.3.9. Надати Страховику достовірні та в обсязі, якого вимагає Страховик, документи, що підтверджують факт, обставини, причини настання страхового випадку, обсяг зазначених збитків (здійснених витрат) та документи, необхідні для здійснення страхової виплати в строк, встановлений в договорі страхування;

9.3.10. Зберігати договір страхування (страховий поліс) та додатки до нього у разі їхньої наявності і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичних та (або) інших послуг;

9.3.11. У разі втрати страхових документів негайно повідомити про це Страховика;

9.3.12. В разі дострокового припинення дії договору страхування повернути Страховику примірник договору страхування (страхового поліса) та додатки до нього у разі їхньої наявності, що належить Страхувальнику;

9.3.13. Виконувати взяті на себе зобов'язання відповідно до умов договору страхування;

9.3.14. Дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передавання інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам, якщо інше не передбачене договором страхування та чинним законодавством України;

9.3.15. Передати Страховику всі документи та докази, надати йому всі відомості, необхідні для реалізації Страховиком права вимоги до особи, винної у заподіянні шкоди (збитків) майну Застрахованої особи.

**9.4. Страхувальник зобов'язаний** при укладенні договору страхування на користь іншої особи (Застрахованої особи), ознайомити її з умовами договору страхування та отримати її згоду, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

**9.5. Страховик має право:**

9.5.1. Перед укладенням договору страхування організувати проведення медичного обстеження особи, на користь якої укладається договір страхування, та отримати відомості про стан її здоров'я;

9.5.2. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати надання відомостей та документів, що мають значення для визначення ступеня страхового ризику, а також іншої документації Страхувальника (Застрахованої особи), що стосується предмета договору страхування, який укладено відповідно до цих Правил, у будь-який момент його дії;

9.5.3. У випадку збільшення ступеня страхового ризику запропонувати Страхувальнику внести зміни до умов договору страхування, включаючи сплату додаткового страхового платежу або припинити його дію відповідно до умов цих Правил та договору страхування;

9.5.4. Вимагати надання Страхувальником (Застрахованою особою) інформації, необхідної для встановлення факту, причин, обставин настання страхового випадку та (або) розміру збитку, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність зазначеної інформації;

9.5.5. Надсилати запити до компетентних органів з метою отримання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причини настання страхового випадку і розмір завданого збитку;

9.5.6. Достроково припинити дію договору страхування згідно з умовами цих Правил та договору страхування;

9.5.7. Ініціювати внесення змін до умов договору страхування;

9.5.8. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту, причин та обставин страхового випадку або розміру збитку, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею;

9.5.9. Відмовити у здійсненні страхової виплати або відстрочити її здійснення у випадках, передбачених цими Правилами та (або) договором страхування;

9.5.10. Вимагати повернення виплаченої страхової виплати при виникненні відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, умовами цих Правил та (або) договором страхування, що позбавляють права на отримання страхової виплати.

**9.6. Страховик зобов'язаний:**

9.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

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

9.6.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений умовами договору страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування;

9.6.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення розміру збитків, якщо це передбачене умовами договору страхування;

9.6.5. За заявою Страхувальника (Застрахованої особи) у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним договір страхування або внести зміни до умов чинного договору страхування;

9.6.6. Не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законом.



9.7. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика, наприклад:

9.7.1. При настанні страхового випадку забезпечити надання за допомогою асистансу Страхувальнику (Застрахованій особі) послуг, передбачених договором страхування;

9.7.2. Виконувати прийняті на себе зобов'язання згідно з умовами договору страхування;

9.7.3. Повідомити Страхувальника (Застраховану особу) в письмовій формі про причини припинення розгляду справи про страхову виплату, а також про необхідність надання документів, що підтверджують факт, обставини, причини настання страхового випадку, розмір завданого внаслідок страхового випадку збитку та інші документи, передбачені договором страхування та необхідні для здійснення страхової виплати.

9.8. Договором страхування можуть бути передбачені також інші права та (або) обов'язки Страхувальника, Застрахованої особи і Страховика.

## **10. ЗМІНЕННЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ (СТУПЕНЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ). ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ПРИ ЦЬОМУ**

10.1. Згідно з цими Правилами зміненням страхового ризику (ступеня страхового ризику) вважаються:

10.1.1. Будь-яке змінення інформації та (або) обставин, що повідомлені Страхувальником (Застрахованою особою) в заяві про страхування;

10.1.2. Змінення виду діяльності під час подорожі або змінення мети подорожі;

10.1.3. Інші обставини, що можуть вплинути на змінення ступеня страхового ризику.

10.2. Факт настання події, внаслідок якої виникають медичні та (або) інші витрати, відшкодування яких передбачене договором страхування, також є подією, що змінює ступінь страхового ризику.

10.3. Договором страхування може бути передбачено, що:

10.3.1. Під час строку дії договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний негайно, до настання змінення страхового ризику, а в окремих випадках в найбільш короткий строк, але не більше двох робочих днів, якщо інший строк не передбачений договором страхування, з моменту настання зазначеного змінення повідомити про це Страховика або асистанс, а також за власний рахунок вживати всіх запобіжних заходів, необхідних в результаті змінення ступеня страхового ризику;

10.3.2. Після отримання від Страхувальника (Застрахованої особи) заяви про змінення страхового ризику Страховик протягом п'яти робочих днів, якщо інший строк не передбачений договором страхування, оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до умов договору страхування, про дострокове припинення його дії або про продовження дії договору на попередніх умовах;

10.3.3. У разі збільшення ступеня страхового ризику та прийняття Страховиком рішення про необхідність внесення змін до умов договору страхування вносяться зміни шляхом укладення додаткової угоди або він переукладається з урахуванням зазначених змін протягом п'яти робочих днів після отримання від Страхувальника (Застрахованої особи) заяви про змінення страхового ризику, якщо інший строк не передбачений договором страхування. У цьому випадку Страховик має право на отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу. Якщо у разі збільшення ступеня страхового ризику Страхувальник не сплатив або сплатив у неповному обсязі додатковий страховий платіж протягом строку, встановленого в додатковій угоді до договору страхування, договір страхування достроково припиняє діяти на підставі невиконання Страхувальником умов договору страхування;

10.3.4. У разі прийняття Страховиком рішення про необхідність припинення дії договору страхування Страховик повідомляє Страхувальника про таке рішення в письмовій формі. При цьому договір страхування припиняє свою дію за згодою сторін і Страховик повертає частину страхового платежу, що залишилася до закінчення дії договору (закінчення

строку дії страхового захисту) згідно з умовами цих Правил та договору страхування протягом п'яти робочих днів після прийняття рішення про припинення дії договору, якщо інший строк не передбачений договором страхування;

10.4. Незалежно від того, настало підвищення ступеня страхового ризику чи ні, Страховик має право протягом строку дії договору страхування перевіряти правильність повідомлених йому Страхувальником (Застрахованою особою) відомостей.

## **11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ВЗАЄМОДІЯ СТОРІН У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

11.1. У разі настання події, внаслідок якої у Застрахованої особи виникає потреба в отриманні медичних послуг та (або) додаткових послуг, забезпечення надання яких передбачене договором страхування, Застрахована особа зобов'язана:

11.1.1. Негайно, але не пізніше 24 годин після настання зазначеної події, якщо інший строк не встановлено в договорі страхування, звернутися до асистансу або Страховика за телефонами, зазначеним в договорі страхування, отримати інформацію щодо подальших дій та повідомити таку інформацію:

– прізвище та ім'я Застрахованої особи, найменування Страховика, номер договору страхування;

– обставини події та характер необхідної допомоги;

– місцезнаходження Застрахованої особи та номер контактного телефону;

– іншу інформацію, запитану асистансом або Страховиком.

Якщо внаслідок погіршення стану здоров'я Застрахована особа не змогла своєчасно у передбачений цим пунктом строк повідомити про настання події та Застрахованій особі була надана невідкладна медична допомога, вона повинна негайно, але не пізніше 24 годин після стабілізації стану здоров'я, пред'явити представникам медичного закладу договір страхування (ідентифікаційну картку) та зателефонувати до асистансу або Страховика.

Погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, внаслідок чого вона не мала можливості своєчасно повідомити про подію асистанс або Страховика, повинно бути документально підтверджено медичним закладом, який надав Застрахованій особі невідкладну медичну допомогу.

Зазначені дії від імені Страхувальника (Застрахованої особи) може здійснити третя особа (родич, співробітник Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо);

11.1.2. Звільнити третіх осіб від обов'язків щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, на вимогу Страховика надати таким третім особам необхідні повноваження для надання Страховику будь-якої інформації, пов'язаної з подією, що сталася, від третіх осіб (лікарів, лікувальних закладів, інших організацій, які надавали послуги Застрахованій особі або мають інформацію про подію, що сталася);

11.1.3. Проходити лікування за призначенням лікаря, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

11.1.4. Достовірно інформувати лікаря та персонал медичної установи і Страховика про стан свого здоров'я та наявні ризики його погіршення;

11.1.5. Пред'явити свій закордонний паспорт при зверненні до Асистансу для підтвердження строків перебування за кордоном або строку перебування Застрахованої особи за межами країни постійного проживання. Зокрема, якщо договір страхування укладений за умови, що загальний строк його дії перевищує кількість днів перебування Застрахованої особи у подорожі або за межами країни постійного проживання;

11.1.7. Якщо це передбачене договором страхування, сприяти вжиттю Страховиком або асистансом необхідних заходів щодо визначення причин та обставин страхового випадку і розміру збитку;

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

11.1.9. Передати представнику асистансу або Страховику невикористані авіа- або залізничні квитки в період їх чинності, а у разі неможливості це зробити за станом здоров'я – за першої нагоди.

11.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші зобов'язання Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні страхового випадку. Договором страхування може бути передбачений інший порядок дій Страхувальника (Застрахованої особи) у разі настання події, внаслідок якої у Застрахованої особи виникає потреба в отриманні медичних послуг та (або) додаткових послуг, забезпечення надання яких передбачене договором страхування.

11.3. Якщо Застрахована особа з об'єктивних причин не зв'язалась із асистансом для отримання необхідних послуг та внаслідок цього була вимушена самостійно оплатити медичні та (або) інші послуги, відшкодування вартості яких передбачене договором страхування, вона зобов'язана погодити це з асистансом або Страховиком протягом 24 годин після отримання таких послуг, якщо інший строк не передбачений договором страхування.

11.4. Невиконання Застрахованою особою будь-якого із вищезазначених зобов'язань буде розглядатись як невиконання умов договору страхування та може слугувати підставою для припинення Страховиком дії договору страхування з ініціативи Страховика через невиконання Страхувальником його умов.

11.5. Надання Застрахованій особі у зв'язку з настанням зазначеної події інструкцій з боку Страховика або його представника, а також вжиття останніми заходів з запобігання та зменшення розміру збитку не є підставою для визнання цієї події страховим випадком.

11.6. Застрахована особа зобов'язана повідомити Страховика про можливість пред'явлення права вимоги до третіх осіб, винних у завданні йому майнової шкоди (збитків).

11.7. Застрахована особа не повинна відмовлятися від майнових вимог до третіх осіб, винних у пошкодженні або знищенні її майна, і не повинна створювати передумов, за яких реалізація Страховиком права вимоги до винних третіх осіб стане неможливою.

11.8. До Страховика, який здійснив страхову виплату, переходить у межах виплаченої суми право вимоги, яке Застрахована особа має до особи, відповідальної за завдану майнову шкоду (збиток).

## **12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ**

12.1. У договорі страхування зазначається конкретний перелік документів, які Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику у строк, встановлений в договорі страхування, для підтвердження настання страхового випадку та розміру збитків (здійснених витрат).

12.1.1. Документами, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку (здійснених витрат), можуть бути:

1) довідка медичного закладу про амбулаторне або стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря;

2) документи асистансу щодо вартості здійснених медичних та інших витрат;

3) оригінали деталізованих рахунків щодо вартості наданих медичних послуг;

4) квитанції про оплату наданих медичних послуг, в яких зазначено прізвище пацієнта, його діагноз, деталізовану інформацію про кожну лікувальну процедуру та дату її проведення;

5) у разі надання стоматологічної допомоги – відповідна довідка з зазначенням зубів, що підлягали лікуванню, та деталізований опис проведеного лікування;

6) рецепти з найменуванням призначених медикаментів, завірені печаткою відповідного лікаря або медичного закладу;

7) чеки (квитанції) про оплату придбаних медикаментів;

8) оригінали телефонних рахунків, що підтверджують факт звернення до абонентів, зазначених в договорі страхування, та вартість проведених переговорів;

9) документи (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують оплату вартості інших здійснених витрат;

10) інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитку, включаючи фото- та відеодокументи (за наявності таких).

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

13.1. Страхова виплата здійснюється відповідно до умов договору страхування на підставі письмової заяви Страхувальника (Застрахованої особи) про страхову виплату та страхового акта, який складає Страховик або уповноважена ним особа у формі, визначеній Страховиком.

13.2. Якщо інший строк не передбачений договором страхування, Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі, або протягом 5 (п'яти) календарних днів з дня настання події, що має ознаки страхового випадку, у разі перебування Застрахованої особи (не громадянина України) на території України, документи, конкретний перелік яких зазначається в договорі страхування, необхідні для складення страхового акта та здійснення страхової виплати, зокрема:

1) заяву про страхову виплату;

2) договір страхування (страховий поліс);

3) вітчизняний паспорт (свідоцтво про народження) Застрахованої особи (для громадян України);

4) закордонний паспорт;

5) довідку про присвоєння індивідуального номера платника податку (ідентифікаційний номер Застрахованої особи) – для громадян України;

6) проїзні документи;

7) документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків згідно з розділом 12 цих Правил;

8) інші документи на письмовий запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, обсягу зазначених збитків (здійснених витрат) та документи, необхідні для проведення страхової виплати.

13.3. Документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій, простих копій за умови надання Страховику можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.

13.4. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані в неповному обсязі та (або) в неналежній формі, або оформлені з порушенням чинних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), страхова виплата не здійснюється до усунення (виправлення) цих недоліків. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє Страхувальнику (Застрахованій особі) в письмовій формі протягом десяти робочих днів з дати отримання таких документів.

13.5. При отриманні заяви про страхову виплату Страховик має право вимагати перекладу українською мовою документів, пов'язаних з подією (довідок, медичного висновку, рахунків та інших) за рахунок Застрахованої особи.

13.6. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про необхідність надання Страхувальником документів, визначених пунктом 13.2. цих Правил.

13.7. Страхова виплата визначається виходячи з вартості фактично наданих Застрахованій особі медичних та (або) інших послуг в межах встановлених договором страхування лімітів відповідальності (лімітів зобов'язань) Страховика з урахуванням франшизи та інших умов договору страхування.

13.8. Страхова виплата здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної або іншої допомоги, інших документів, передбачених договором страхування:

13.8.1. Перерахуванням грошових коштів на банківський рахунок асистансу – у разі, якщо медичні та (або) інші послуги надавались Застрахованій особі за допомогою асистансу;

13.8.2. Перерахуванням грошових коштів на банківський рахунок медичного або іншого закладу, який за згодою Страховика надав послуги, оплата вартості яких передбачена договором страхування;

13.8.3. Страхувальнику (Застрахованій особі) – у разі, якщо Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатив вартість медичних та (або) інших послуг, оплата вартості яких передбачена договором страхування, або зазначені витрати здійснила третя особа.

13.9. Якщо інше не передбачене договором страхування, страхова виплата Страхувальнику (Застрахованій особі) здійснюється за офіційним обмінним курсом НБУ, встановленим на дату настання страхового випадку. У цьому ж порядку визначається розмір франшизи, встановленої договором страхування.

13.10. У разі встановлення в договорі страхування безумовної франшизи при настанні страхового випадку Страховик не відшкодує частину збитку в розмірі безумовної франшизи.

13.11. Якщо договором страхування передбачена умовна франшиза, то Страховик не відшкодує збитки (витрати) Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні страхового випадку, якщо їхній розмір менший або дорівнює умовній франшизі, та компенсує збитки (витрати) Страхувальника (Застрахованої особи) повністю згідно відповідно до умов договору страхування в межах страхової суми (ліміту відповідальності (зобов'язань) Страховика), якщо їхній розмір перевищує встановлену договором страхування умовну франшизу.

13.12. Договором страхування може бути передбачено, що у разі сплати страхового платежу в строк, зазначений в договорі страхування, але не в повному обсязі, Страховик несе відповідальність за цим договором пропорційно відношенню фактично сплаченого страхового платежу до передбаченого договором страхування страхового платежу, та відповідно буде зменшена страхова виплата у разі настання страхового випадку.

13.13. Договором страхування може бути передбачено, що у разі сплати страхового платежу в строки, зазначені в договорі страхування, але не в повному обсязі, при визначенні страхової виплати Страховик має право утримати несплачену частину (частини) страхового платежу.

13.14. Якщо за окремою опцією страхування (видом витрат), відшкодування яких передбачено договором страхування, страхові випадки (витрати) наступали неодноразово, то страхова виплата за такою опцією страхування (видом витрат) не може перевищувати відповідний ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика, встановлений договором страхування.

13.15. Страхова виплата за договором страхування для однієї Застрахованої особи не може перевищувати загальну страхову суму (ліміт відповідальності (ліміт зобов'язань) Страховика) та (або) окремі ліміти відповідальності (ліміти зобов'язань) Страховика, встановлені на одну Застраховану особу.

13.16. У разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов договору страхування стосовно надання Страховику протягом строку, передбаченого цими Правилами або договором страхування, всіх документів, необхідних для здійснення страхової виплати, Страховик припиняє розгляд справи про страхову виплату (врегулювання збитку) після закінчення зазначеного строку.

13.17. Страховик повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) в письмовій формі про причини припинення розгляду справи про страхову виплату, а також про необхідність надання документів, що підтверджують факт, обставини, причини страхового випадку, величину завданого внаслідок страхового випадку збитку та інші документи, передбачені договором страхування і необхідні для здійснення страхової виплати.

13.18. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повернути Страховику протягом строку, зазначеного у договорі страхування, здійснену страхову виплату (або відповідну її частину), якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявиться обставина, що повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу) права на його одержання.

13.19. Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медичної та іншої допомоги, застраховані у кількох страховиків, то у разі настання страхового випадку страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати дійсних витрат. При цьому Страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування, якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

#### **14. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

14.1. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акта. Для складення страхового акту та здійснення страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) повинні надати Страховику документи, передбачені пунктом 13.2 цих Правил страхування.

14.2. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання всіх необхідних документів або останнього з них, якщо документи надавалися Страховику частинами, для підтвердження факту, причин, обставин та настання страхового випадку та визначення розміру збитків, передбачених пунктом 13.2 цих Правил страхування, якщо інший строк не передбачений договором страхування, Страховик:

14.2.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акта та протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня складення страхового акта, якщо інший строк не передбачений договором страхування, здійснює страхову виплату, крім випадків здійснення страхової виплати шляхом перерахування Страховиком грошових коштів на банківський рахунок аси стансу, медичного або іншого закладу, який за згодою Страховика надав послуги відповідно до пунктів 13.8.1. – 13.8.2. цих Правил страхування;

або

14.2.2. Приймає обгрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати, про що письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування.

#### **15. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

15.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

15.1.1. 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, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється згідно з чинним законодавством України;

15.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) – фізичною особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

15.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;

15.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

15.1.5. Інші випадки, передбачені законом.

15.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхової виплати, якщо це не суперечить закону, наприклад:

15.2.1. Відсутність належних документів, що підтверджують факт, причини і обставини настання страхового випадку, на які посилається Страхувальник (Застрахована особа), а також у разі, коли одержати такі документи стало неможливим внаслідок несвоєчасного повідомлення Страховика про настання страхового випадку, якщо інше не передбачене договором страхування;

15.2.2. Настання випадків, що є виключеннями зі страхових випадків або обмеженнями страхування, визначені в розділі 5 цих Правил та передбачені в договорі страхування;

15.2.3. Транспортування Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без участі асистансу або без попереднього погодження з асистансом або Страховиком.

15.2.4. Виникнення події, внаслідок якої у Застрахованої особи виникає потреба в отриманні медичних послуг та (або) додаткових послуг, забезпечення надання яких передбачене договором страхування, до початку дії договору страхування або після припинення його дії (припинення дії страхового захисту за договором страхування).

Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати, а асистанс — у наданні послуг, передбачених договором страхування, якщо зазначена подія сталася під час подорожі у час, коли встановлені згідно з пунктом 7.6 цих Правил строки дії страхового захисту за договором страхування припинилися;

15.2.5. Ненадання, приховування при укладенні договору страхування інформації про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та (або) про факт, причини та обставини настання страхового випадку;

15.2.6. Невиконання Страхувальником зобов'язань, передбачених договором страхування;

15.3. Договором страхування може бути передбачено, що у разі несвоєчасного звернення Страхувальника (Застрахованої особи) з інформацією про змінення ступеню страхового ризику Страховик має право за власним рішенням:

15.3.1. Відмовити Страхувальнику (Застрахованій особі) у здійсненні страхової виплати за страховими випадками, що настали в період з дати змінення (включно) до дати фактичного отримання Страховиком такого звернення (включно), якщо вони настали внаслідок змінення ступеня страхового ризику, про яке не було повідомлено Страховику;

15.3.2. Зменшити страхову виплату, якщо змінення ступеня страхового ризику призвело до збільшення розміру збитку, зазначеного внаслідок страхового випадку, на величину такого збільшення.

15.4. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) відмовиться від права одержання відшкодування збитку внаслідок пошкодження або знищення його майна від осіб, відповідальних за завдання збитку, або реалізація прав вимоги Страховиком виявиться з вини Страхувальника (Застрахованої особи) неможливою (пропущення строків заяви претензії до винних осіб, неподання Страхувальником (Застрахованою особою) необхідних документів тощо), Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати частково або повністю.

15.5. Страховик має право відстрочити здійснення страхової виплати у таких випадках:

15.5.1. Наявність обґрунтованих сумнівів у правомірності вимог Страхувальника (Застрахованої особи) на одержання страхової виплати (в тому числі внаслідок виникнення у Страховика сумнівів стосовно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) відомостей та документів або якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини страхового випадку та (або) розмір завданих збитків (здійснених витрат)). У цьому випадку відстрочення відбувається до одержання необхідних доказів цих вимог. Граничний строк відстрочення здійснення страхової виплати – шість місяців з дати надання Страхувальником (Застрахованою особою) Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження факту, причин та обставин страхового випадку, розміру збитку та інших документів, необхідних для здійснення страхової виплати;

15.5.2. Якщо органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, було розпочате досудове розслідування щодо події, що може бути визнана страховим випадком, рішення про здійснення або відмову здійснити страхову виплату приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) календарних днів (якщо інший строк не передбачений Договором страхування) з дня отримання ним копій постанов про закриття кримінального провадження/зупинення досудового розслідування, або копії вироку суду.

15.6. Якщо вартість здійснених медичних та (або) інших витрат, оплата вартості яких передбачена договором страхування, перевищує помірні або обґрунтовані розміри в певному регіоні, що може бути визначене асистансом, Страховик має право зменшити страхову виплату на величину перевищення фактичних витрат над їхніми помірними або обґрунтованими розмірами в певному регіоні.

15.7. Страховик має право зменшити страхову виплату, якщо Страхувальник (Застрахована особа) не вжив необхідних і доцільних заходів для запобігання та зменшення витрат, що виникають внаслідок події, передбаченої договором страхування, а також усунення причин, що сприяють виникненню додаткового збитку. Зокрема, Страховик має право зменшити страхову виплату у разі невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я та, як наслідок, збільшення медичних витрат.

## **16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

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

16.1.1. Закінчення строку його дії;

16.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;

16.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором страхування строки. При цьому договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений на письмову вимогу Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачене умовами договору страхування;

16.1.4. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (Застрахованої особи) чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;

16.1.5. Ліквідації Страховика в порядку, встановленому чинним законодавством України;

16.1.6. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

16.1.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

16.2. У випадку дострокового припинення дії договору страхування на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних сум страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

16.3. У випадку дострокового припинення дії договору страхування на вимогу Страховика Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю.

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



16.4. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування здійснюється після врегулювання всіх заяв про страхову виплату, поданих Страхувальником (Застрахованою особою): здійснення страхових виплат або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову у здійсненні страхової виплати.

16.5. 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 страхування, якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

16.6. Договором страхування може бути передбачено, що договір страхування, укладений на строк однієї подорожі, може бути достроково припинений не пізніше як за одну добу до дати початку його дії, зазначеної у договорі страхування.

При цьому якщо припинення дії договору страхування проводиться на вимогу Страхувальника, обумовлену відміненням поїздки або зміненням її строків, Страховик має право при поверненні Страхувальнику страхового платежу утримати нормативні витрати на ведення справи, визначені при розрахунку страхового тарифу.

16.7. У всіх випадках дострокового припинення дії договору страхування, Страхувальник (Застрахована особа) повинен повернути належний йому примірник та додатки до нього (ідентифікаційну картку тощо) Страховику.

16.8. Зміни та доповнення до умов договору страхування вносяться за взаємною згодою сторін договору на підставі письмової заяви однієї зі сторін шляхом укладення в письмовій формі додаткової угоди до договору страхування протягом п'яти робочих днів з моменту отримання заяви іншою стороною, якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

16.9. Якщо будь-яка зі сторін договору не згодна на внесення змін до договору страхування, в той же строк вирішується питання про дію договору страхування на чинних умовах або про припинення його дії.

16.10. З моменту отримання заяви однією зі сторін договору страхування до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії, договір страхування продовжує діяти на попередніх умовах, якщо інше не передбачене договором страхування.

## **17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

17.1. Спори, що виникають у зв'язку з виконанням умов договору страхування, вирішуються сторонами шляхом переговорів.

17.2. У разі недосягнення згоди шляхом переговорів спори вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

## **18. ЗВІЛЬНЕННЯ СТОРІН ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ**

18.1. Сторони можуть бути звільнені від відповідальності за часткове або повне невиконання зобов'язань за договором страхування, якщо вони стали наслідком дії обставин непереборної сили.

18.2. Під «непереборною силою» розуміються зовнішні та надзвичайні події, що описуються сукупністю таких умов:

- зазначені події настали після набрання чинності договором страхування;
- ці події не визначені в розділі 5 цих Правил;
- ці події виникли незалежно від волі сторін договору, і при цьому їх настанні і подальшій дії сторони договору не могли протистояти за допомогою всіх розумних зусиль і засобів, що могли бути застосовані щодо конкретних проявів непереборної сили;
- часткове або повне невиконання будь-якою зі сторін договору зобов'язань за договором страхування є прямим наслідком дії обставин непереборної сили.

18.3. При настанні дії обставин непереборної сили строк виконання сторонами своїх зобов'язань за договором страхування збільшується відповідно до строку, протягом якого

будуть діяти обставини непереборної сили. Якщо цей період буде тривати понад строк, визначений договором страхування, то будь-яка зі сторін буде вправі відмовитися від подальшого виконання зобов'язань за договором страхування. При цьому жодна зі сторін не буде мати права на відшкодування можливих збитків.

18.4. Сторона договору страхування, для якої стало неможливим виконання зобов'язань за договором внаслідок дії обставин непереборної сили, повинна найбільш швидким з можливих способів сповістити іншу сторону договору про ситуацію, що склалася, а також протягом терміну, визначеному умовами договору страхування, вислати поштою зареєстроване повідомлення щодо дії цих обставин. Повідомлення про дію обставин непереборної сили повинно бути видане відповідним компетентним органом (зокрема, Торгово-промисловою палатою України).

18.5. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення про настання обставин непереборної сили не дає надалі права стороні договору, на яку подіяли ці обставини, посилаючись на них як на підставу для звільнення від відповідальності за невиконання умов договору страхування.

## **19. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

Цими Правилами регламентовано основні умови страхування. За згодою сторін до договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що не суперечать положенням цих Правил та чинному законодавству України.

**БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ**  
**ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ**

1. Базові річні страхові тарифи розраховані виходячи з опцій страхування та наведені в таблиці 1.

**Таблиця 1**

№ пункту Правил страхування	Опція страхування	Базовий річний страховий тариф Тб, % від страхової суми
4.3.1	Стаціонарне лікування	0,125
4.3.2	Амбулаторне лікування	0,140
4.3.3	Невідкладна допомога	0,083
4.3.4	Стоматологія	0,045
4.3.5	Невідкладна акушерська допомога	0,095
4.3.7	Медичне транспортування	0,033
4.6.1	Позапланове повернення через розлад здоров'я	0,014
4.6.2	Повернення додому неповнолітніх дітей, які подорожують разом з Застрахованою особою	0,016
4.6.3	Відвідування близьким родичем	0,015
4.6.4	Позапланове повернення за сімейними обставинами	0,014
4.6.5	Проїзд працівника, який заміщує Застраховану особу	0,012
4.6.8	Репатріація останків	0,017
4.6.9	Відкладення рейсу	0,008
4.6.10	Втрата документів	0,015
4.6.11	Багаж	0,010
4.6.12	Подорож автомобілем	0,25
4.6.13	Юридична допомога	0,20
4.6.14	Адміністративні послуги	0,012
4.6.15	Телефонні переговори	0,010

2. Страховий тариф за договором страхування визначається з урахуванням за необхідності коригувальних коефіцієнтів, що застосовуються до базового річного страхового тарифу, за формулою (1):

$$T = \sum_{1-n} T_{бп} * K_t * K_{ст} * K_{сп} * K_{п} * K_{в} * K_{а} \quad (1)$$

3. При визначенні страхового тарифу за договором страхування до базових річних страхових тарифів можуть застосовуватися нижченаведені коригувальні коефіцієнти:

3.1. Коригувальний коефіцієнт  $K_t$ , що враховує територію дії договору страхування, наведений в таблиці 2.

**Таблиця 2**

Територія дії договору страхування	Коригувальні коефіцієнти, $K_t$
Україна, країни СНД, країни Західної та Східної Європи	0,8 – 1,3
Усі країни світу	1,0 – 1,5

3.2. Коригувальний коефіцієнт Кст, що враховує строк дії договору страхування, наведений в таблиці 3.

**Таблиця 3**

Строк дії договору страхування	Коригувальні коефіцієнти Кст	Строк дії договору страхування	Коригувальні коефіцієнти Кст
до 7 днів включно	0,045	до 3 місяців включно	0,350
до 10 днів включно	0,065	до 4 місяців включно	0,390
до 15 днів включно	0,090	до 5 місяців включно	0,470
до 21 дня включно	0,120	до 6 місяців включно	0,570
до 1 місяця включно	0,170	до 9 місяців включно	0,920
до 2 місяців включно	0,290	до 12 місяців включно	1,000

3.3. Коригувальний коефіцієнт Ксп, що враховує здійснення Застрахованою особою подорожі з метою занять аматорським або професійним спортом, наведений в таблиці 4.

**Таблиця 4**

Вид спорту	Бадмінтон, біатлон, буерний спорт, художня гімнастика, спортивне орієнтування, плавання (крім підводного), городки, радіоспорт, волейбол, лижі, вітрильний спорт, теніс, важка атлетика та (або) інші види спорту	Акробатика, стрибки на батуті, велоспорт (трек, шосе), водні лижі, веслування, легка атлетика, планерний спорт, бейсбол, боротьба, водне поло, лижне двоборство, пожежно-технічні види спорту, стрибки у воду, стрільба, фехтування, фігурне катання та (або) інші види спорту	Бокс, гірськолижний спорт, дельтапланеризм, ковзанярський спорт, підводні види спорту), поло, піші мандрівки у горах, санний спорт, спідвей, хокей (усі види), шорт-трек, альпінізм, баскетбол, бобслей, спортивна гімнастика, кінний спорт, карате, регбі, сучасне п'ятиборство, фрістайл, футбол та (або) інші види спорту
Коригувальні коефіцієнти Ксп для занять аматорським спортом	1,0 – 1,25	1,0 – 1,50	1,0 – 1,75
Коригувальні коефіцієнти Ксп для занять професійним спортом	1,0 – 1,50	1,0 – 2,00	1,0 – 2,50

3.4. Коригувальний коефіцієнт Кп, що враховує працю Застрахованої особи за наймом, наведений в таблиці 5.

**Таблиця 5**

Вид робіт (рід занять)	Водії транспортних засобів, робітники лісового господарства, робітники, зайняті іншою фізичною працею	Члени екіпажу авіаційних та морських суден, шахтарі, особи, зайняті на важких та небезпечних роботах в нафтовій і газовій промисловості, пожежники, працівники охоронних структур тощо
Коригувальні коефіцієнти Кп	1,0 – 1,5	1,0 – 2,0

3.5. Коригувальний коефіцієнт Кв, що враховує вік Застрахованої особи, наведений в таблиці 6.

**Таблиця 6**

<b>Вік Застрахованої особи</b>	60 – 65	66 – 70	71 – 75	76 – 80	понад 80
<b>Коригувальні коефіцієнти Кв</b>	1,0–1,5	1,0–2,0	1,0–3,0	1,0–4,0	1,0–4,5

4. При визначенні величини страхових тарифів Страховик має право застосовувати понижувальний від 0,001 до 1,0 та підвищувальний від 1,01 до 10 коригувальний коефіцієнт (коефіцієнт андерайтера Ка) залежно від страхових ризиків, опцій страхування, включених в обсяг страхового покриття, та різних обставин, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, зокрема:

- величини страхової суми,
- мети подорожі,
- стану здоров'я Застрахованої особи;
- виду активного відпочинку Застрахованої особи;
- рівню фізичної підготовки Застрахованої особи;
- умов та особливостей праці Застрахованої особи за наймом;
- франшизи, встановленої в договорі страхування;
- інших чинників, що впливають на ступінь страхового ризику.

5. Базові страхові тарифи за додатковими умовами медичного страхування осіб, які здійснюють закордонні поїздки, наведені в таблиці 7.

**Таблиця 7**

<b>Строк поїздки, кількість днів</b>	<b>Страховий тариф на один день перебування за кордоном Тдм, % від страхової суми</b>
Від 1 до 7	0,00898
Від 8 до 15	0,00812
Від 16 до 30	0,00716
Від 31 до 90	0,00632
Від 91 до 180	0,00532
Від 181 до 365	0,00450

6. Величина страхового тарифу за додатковими умовами медичного страхування осіб, які здійснюють закордонні поїздки, визначається з урахуванням за необхідності коефіцієнта андерайтера Ка, наведеного в пункті 4 цього додатку, за формулою (2):

$$T_{дм} = T_{дм} * K_{а} \quad (2)$$

7. У разі укладення договору страхування за варіантами, що передбачають здійснення декількох подорожей (умови пунктів 4.10.2 – 4.10.5 Правил добровільного страхування медичних витрат), при страхуванні груп Застрахованих осіб або сімей Страховик має право застосовувати знижки в діапазоні від 0,1% до 50 % від страхового тарифу.

8. Норматив витрат на ведення справи складає до 50 % (включно) від страхового тарифу.

**Актуарій**

**Луць А.О.**

(Свідоцтво № 01 – 024 від 10.01.2017 року)

## **ДОДАТКОВІ УМОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬ ЗАКОРДОННІ ПОЇЗДКИ**

### **1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ**

1.1. Додаткове медичне страхування осіб, які здійснюють закордонні поїздки проводиться на підставі Правил добровільного страхування медичних витрат з урахуванням цих додаткових умов медичного страхування осіб, які здійснюють закордонні поїздки, та Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ПрАТ «СК «ПРОВІДНА».

1.2. **Предметом страхування** є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи щодо оплати вартості медичних послуг внаслідок розладу здоров'я після повернення із закордонної поїздки.

### **2. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК**

2.1. Страховим ризиком, на випадок якого проводиться страхування, є розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок причин, зазначених у пунктах 4.1.1 – 4.1.3 цих Правил, який продовжує існувати на момент її повернення із закордонної поїздки, внаслідок чого Застрахована особа потребує продовження лікування.

2.2. Страховим випадком є подія, передбачена в пункті 2.1 цих Додаткових умов та договорі страхування, що сталася в період дії договору страхування (дії страхового захисту за договором страхування) та не є виключенням зі страхових випадків або обмеженням страхування згідно з цими Правилами, внаслідок якої Застрахована особа отримала медичні послуги, передбачені договором страхування, та продовжує лікування після закінчення закордонної подорожі. Лікування здійснюється у медичних закладах, що визначаються Страховиком, або за згодою останнього за таких умов:

1) медичні послуги під час закордонної поїздки Застрахованої особи були їй надані за участю асистансу, що має із Страховиком відповідний договір;

2) у разі, якщо медичні послуги надавались Застрахованій особі без участі асистансу внаслідок різкого погіршення стану здоров'я або інших об'єктивних причин, Застрахована особа або третя особа (родич, співробітник Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо) повідомили при першій нагоді асистанс про зазначені події;

3) асистанс або медичний заклад, який є його партнером, визнали необхідність продовження лікування Застрахованої особи після її повернення у країну проживання.

### **3. СТРАХОВІ СУМИ. СТРАХОВІ ТАРИФИ**

3.1. Страхова сума встановлюється за згодою сторін при укладенні договору страхування.

3.2. Страхові тарифи за додатковим медичним страхуванням осіб, які здійснюють закордонні поїздки, наведено в додатку<sup>1</sup> до цих Правил страхування .

### **4. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ І СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

4.1. Договір страхування з урахуванням цих додаткових умов повинен укладатися одночасно із договором страхування на строк однієї або декількох закордонних поїздок Застрахованої особи.

4.2. Страховий захист за ризиком розладу здоров'я Застрахованої особи, що продовжує існувати на момент її повернення із закордонної поїздки, діє стосовно зарубіжних подорожей, на які поширюється дія договору страхування:

4.2.1. Щодо однієї закордонної поїздки – для фізичних осіб, які придбали страховий поліс типу «Одноразова подорож» (One Trip);

4.2.2. Щодо декількох закордонних поїздок – для фізичних осіб, які придбали страховий поліс «Багаторазові подорожі» (Multiple Trips);

4.2.3. Щодо закордонної подорожі будь-якої Застрахованої особи, яка є працівником Страхувальника – для Страхувальників – юридичних осіб, які уклали договір страхування типу «Корпоративна картка» (Corporate Card);

4.2.4. Для власників банківських платіжних карток – з урахуванням умов програми страхування «Бізнес-картка» (Business Card), „Банківська картка» (Bank Card) та інших умов конкретних договорів страхування.

## **5. ДІЇ СТОРІН ПРИ НАСТАННІ РОЗЛАДУ ЗДОРОВ'Я ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ**

5.1. У разі настання в період перебування за кордоном розладу здоров'я внаслідок раптового захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку Застрахована особа зобов'язана у порядку, передбаченому в розділі 11 цих Правил та договорі страхування, звернутися до асистансу або Страховика для отримання медичних послуг у визначених ними медичних закладах.

5.2. При цьому якщо стан здоров'я Застрахованої особи потребує лікування у стаціонарних умовах, що може здійснюватись протягом тривалого строку або зі значними витратами, або в країні тимчасового перебування відсутні можливості для надання необхідної медичної допомоги, асистанс організує медичну репатріацію або екстрену медичну репатріацію цієї особи до України для продовження лікування у медичному закладі, визначеному Страховиком.

**Медична репатріація або екстрена медична репатріація здійснюється виключно за наявності таких обставин:**

- 1) якщо стан здоров'я Застрахованої особи це дозволяє;
- 2) за згодою Страховика і асистансу.

5.3. Якщо за висновком асистансу Застрахована особа потребує додаткового амбулаторного лікування після повернення до України, Страховик забезпечує надання відповідних медичних послуг за умови, що надання медичних послуг за кордоном було організоване асистансом, і останній контролював хід надання медичних та інших послуг до моменту виїзду Застрахованої особи із країни тимчасового перебування.

5.4. Копії медичних документів, що підтверджують факт надання за кордоном медичних та інших послуг Застрахованій особі та необхідність продовження лікування після повернення до країни проживання, мають бути надіслані Страховику факсимільним зв'язком не пізніше ніж за 24 години до прибуття Застрахованої особи в Україну, якщо інше не передбачене договором страхування. При цьому оригінали зазначених документів надаються Страховику цією особою (її представником) після прибуття Застрахованої особи до України.

## **6. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ**

6.1. Згідно з цими додатковими умовами Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг, якими Застрахована особа була забезпечена для продовження лікування Страховиком або асистансом.

6.2. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичних послуг, отриманих з метою продовження лікування в Україні, страхова виплата здійснюється Застрахованій особі за умови погодження такого лікування зі Страховиком або асистансом в порядку, передбаченому договором страхування.

6.3. Для здійснення страхової виплати Страховику мають бути надані такі документи:

- 1) заява про страхову виплату;
- 2) оригінали документів, зазначених у пункті 5.4 цих Додаткових умов;

- 3) Звіт медичного закладу про медичні послуги, надані Застрахованій особі;
- 4) Документи, що підтверджують оплату вартості отриманих медичних послуг та їхній зміст;
- 5) Інші документи, передбачені договором страхування.

6.4. Якщо інше не передбачене договором страхування, загальна страхова виплата не може перевищувати:

40 % страхової суми, встановленої договором страхування, у разі надання Застрахованій особі амбулаторних медичних послуг;

100 % зазначеної страхової суми у разі стаціонарного лікування Застрахованої особи.

#### **6.5. Страховик звільняється від зобов'язання організувати і оплатити медичні послуги Застрахованій особі після її повернення до України, якщо:**

6.5.1. Медичні послуги за кордоном були надані Застрахованій особі без залучення асистансу, крім випадку, передбаченого в пункті 2.2.2 цих Додаткових умов;

6.5.2. Застрахована особа під час її перебування за кордоном не дотримувалася приписів медичних закладів, в яких їй було надано медичні та інші послуги;

6.5.3. Застрахована особа звернулася до Страховика з питанням продовжити лікування пізніше, ніж протягом 3 (трьох) днів з моменту повернення із закордонної поїздки, якщо інший строк не передбачений договором страхування;

6.5.4. Страховику не було надано документи, що підтверджують медичні та інші послуги, надані Застрахованій особі за кордоном, а також документи, що підтверджують необхідність продовження лікування Застрахованої особи після її повернення із закордонної поїздки. Ця умова не стосується випадку, коли частину відповідних документів не було надано з вини асистансу.

### **7. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

7.1. Відповідальність Страховика за договором страхування в частині, передбаченій цими додатковими умовами, припиняється у разі:

7.1.1. Закінчення строку дії договору страхування, укладеного за Правилами добровільного страхування медичних витрат, за умови відсутності звернень Застрахованої особи за наданням медичних послуг протягом її перебування за кордоном;

7.1.2. Виконання Страховиком у повному обсязі своїх зобов'язань за договором страхування, укладеним за Правилами добровільного страхування медичних витрат, та за умови відсутності при цьому зобов'язань перед Застрахованою особою згідно з цими додатковими умовами;

7.1.3. Виконання Страховиком у повному обсязі своїх зобов'язань в частині додаткового медичного страхування;

7.1.4. Несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений на письмову вимогу Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачене умовами договору страхування;

7.1.5. 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”;

7.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

7.1.7. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

7.1.8. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

7.2. В частині страхування за цими додатковими умовами договір страхування, укладений на період одноразової поїздки за кордон, може бути достроково припинений на вимогу Страхувальника, крім випадків, коли Застрахована особа перебуває у закордонній поїздки, якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

При цьому Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові платежі за додатковим медичним страхуванням з відрахуванням нормативних витрат на ведення



справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим додатковим медичним страхуванням.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

7.3. Частина сплаченого страхового платежу (ЧСП) за додатковим медичним страхуванням (додатковим страховим покриттям), яку повертає Страховик, визначається за формулою (1):

$$\text{СП} = (1 - \text{н}) * \text{СП} * \frac{\text{п(з)} - \text{п(ф)}}{\text{п(з)}} - \text{СВ} \quad (1),$$

де:

- н** - норматив витрат на ведення справи, визначений при розрахунку страхового тарифу та зазначений у договорі страхування;
- СП** - сума сплаченого страхового платежу за додатковим медичним страхуванням;
- п(з)** - загальна кількість днів перебування Застрахованої особи за кордоном зазначена в договорі страхування;
- п(ф)** - кількість днів фактичного перебування Застрахованої особи за кордоном на момент припинення дії договору страхування;
- СВ** - страхові виплати, здійснені Страховиком за додатковим медичним страхуванням.

7.4. Якщо під час дії договору страхування, укладеного за варіантами One Trip, Multiple Trips, Corporate Card, Business Card або Bank Card, Страховик здійснював (повинен здійснити) страхову виплату за умовами додаткового медичного страхування або має вимоги Застрахованої особи або медичного закладу стосовно здійснення такої виплати, то у разі припинення дії таких договорів на вимогу Страхувальника остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком, здійснюється після врегулювання всіх заявлених Страхувальником страхових випадків: здійснення страхових виплат або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову у здійсненні страхових виплат.

7.5. При достроковому припиненні дії договору страхування на вимогу 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 з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим додатковим медичним страхуванням.

7.6. З моменту, коли одна сторона одержала письмове повідомлення іншої сторони відносно припинення дії договору, дія останнього припиняється.

У цьому документі пропигто, пронумеровано,  
завірено підписом та печаткою ЧО (серія) аркушів

Т.в.о. Голови Правління  
ПРАТ «СК «ПРОВІДНА»

О.О. Баранова

