

“ЗАТВЕРДЖЕНО”

**Рішенням Правління
ПрАТ «Європейське туристичне
страхування»**

від 18 вересня 2017 р.

РЕЄСТРОВАНО


Мен Комісії

Підпис: *Александр О. Максименко*

Дата: 12.10.17

21702275

Голова правління
ПрАТ «Європейське туристичне
страхування»
М.М. Бойчин



П РА В И Л А
добровільного страхування
медичних витрат
(нова редакція)

м. Київ - 2017 р.

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Договір страхування	це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату (надати допомогу, виконати послугу) Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.
Застрахована особа	фізична особа, про страхування якої укладено Договір страхування. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника.
Ліміт відповідальності Страховика	гранична (максимальна) сума виплати страхового відшкодування при настанні страхового випадку, що впливає з умов Договору страхування за окремими видами послуг.
Нешасний випадок	раптова, ненавмисна, короткочасна та непередбачена подія (травматичне пошкодження; випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами, за винятком харчової токсикоінфекції (сальмонельозу, дизентерії), ліками; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом) або поліомієлітом; розриви (поранення) органів або їх вилучення внаслідок невірних медичних маніпуляцій), що фактично відбулась і, внаслідок якої настав розлад здоров'я Застрахованої особи або її смерть.
Раптове захворювання	раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та вимагає невідкладного надання медичної допомоги.
Спеціалізована Служба Страховика	(Асистуюча компанія) – юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика організовує допомогу для Застрахованої особи і координує її дії та осіб, що надають їй допомогу чи послуги, у разі настання страхового випадку.
Страхова виплата	грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.
Страхування медичних витрат	вид страхування, за яким предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям застрахованої особи та медичними витратами застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення застрахованою особою подорожі (поїздки).
Страхова сума	грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний здійснити виплату при настанні страхового випадку.
Страховий акт	документ, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою, і в якому зазначаються обставини, причини настання страхового випадку, розмір страхової виплати та рішення Страховика стосовно здійснення, відмови або відстрочки у страховій виплаті.
Страховий випадок	подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась, і з

настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату шляхом відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) або третім особам понесених ними документально підтверджених витрат за надані медико-санітарні та додаткові послуги, передбачені Договором страхування.

Страховий захист	сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно умов Договору страхування.
Страховий платіж (премія, внесок)	плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно Договору страхування.
Страховий тариф	ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений строк страхування.
Травма	це фізичне пошкодження тіла внаслідок впливу зовнішньої сили, що супроводжується порушенням цілісності і (або) функцій тканин та органів тіла людини і спричиняє найрізноманітніші відкриті та закриті ушкодження.
Третя особа	будь-яка особа, крім Страховика, Страхувальника і Застрахованих осіб.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Приватне акціонерне товариство «Європейське туристичне страхування» (далі - Страховик) відповідно до умов Правил добровільного страхування медичних витрат (далі - Правила) укладає Договори добровільного страхування (далі – Договір страхування) з юридичними особами або дієздатними фізичними особами (далі-Страхувальники).

2.2. Страхувальники можуть укласти із Страховиком Договори страхування про страхування третіх осіб (надалі - Застрахована особа) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством України. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. Якщо Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. **Предметом** договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям застрахованої особи та медичними витратами застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення застрахованою особою подорожі (поїздки).

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

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

4.1. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. По окремих видах страхування та окремих страхових послугах, що вказуються у Договорі страхування,

встановлюються відповідні ліміти страхової суми (ліміти відповідальності), в межах яких здійснюються страхові виплати. Розміри та валюта страхових сум вказуються у Договорі страхування.

4.2. Страхова сума встановлюється за згодою Страховика та Страхувальника при укладенні Договору та зазначається безпосередньо у Договорі страхування.

4.3. У Договорі страхування можуть бути встановлені ліміти відповідальності Страховика по окремому страховому випадку або по групі страхових випадків, по окремих страхових послугах та Програмах страхування, а також по Договору страхування в цілому.

4.4. Страховик може в Договорі страхування встановити франшизу, тобто частину збитків, що не відшкодовується Страхувальнику (Застрахованій особі) згідно умов страхування.

4.5. Сума виплат за Договором страхування не може перевищувати загальну страхову суму, а також окремо встановлених страхових сум або лімітів виплат по окремому страховому випадку або по групі страхових випадків, по Програмах страхування.

4.6. Розмір страхових виплат визначається Страховиком виходячи із суми документально підтвердженого збитку, завданого Страхувальнику внаслідок настання страхового випадку. Умовами договору страхування може бути передбачена фіксована сума страхової виплати у випадку смерті застрахованої особи, але виплата не може перевищувати встановленої страхової суми за договором страхування.

4.7. Договір страхування, по якому була здійснена страхова виплата, продовжує свою дію до кінця строку, при цьому страхова сума за Договором страхування зменшується на суму страхової виплати, якщо інше не обумовлюється Договором страхування.

5. СТРАХОВІ РИЗИКИ

5.1. Страховий ризик (страхова подія) - певна подія, на випадок якої проводиться страхування, і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. Страховими подіями (страховими ризиками) визнаються події, що сталися із Застрахованою особою в період і на території чинності Договору страхування, а саме:

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

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

5.2. Страховим випадком є подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату шляхом відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) або третім особам понесених ними документально підтверджених витрат за надані медико-санітарні та додаткові послуги, передбачені Договором страхування.

5.2.1. За умовами цих Правил, підтвердженням настання страхового випадку є відповідні документи на підтвердження витрат на оплату вартості наданих Застрахованій особі медичних та інших, передбачених Договором страхування послуг, внаслідок настання страхового випадку.

5.3. До послуг, вартість яких організовує, оплачує або відшкодовує Страховик внаслідок настання страхового випадку, відносяться:

5.3.1. швидка медична допомога;

5.3.2. амбулаторно-поліклінічне лікування;

5.3.3. стаціонарне лікування;

5.3.4. екстрена стоматологічна допомога;

5.3.5. екстрена медична евакуація;

5.3.6. репатріація тіла в країну постійного чи переважного проживання у випадку смерті Застрахованої особи за кордоном внаслідок настання страхового випадку;

5.3.7. оплата телефонного зв'язку Страхувальника (Застрахованої особи) з асистуючою компанією або із Страховиком з приводу страхового випадку.

- 5.4. Умовами Договору страхування може бути передбачене також відшкодування витрат на додаткові послуги, необхідність в яких виникає внаслідок настання страхового випадку:
- 5.4.1. переоформлення проїзного документа для передчасного повернення до місця постійного проживання при настанні нещасного випадку або раптового захворювання;
 - 5.4.2. перевезення транспортним засобом до найближчого медичного закладу, якщо цього потребує стан здоров'я Застрахованої особи;
 - 5.4.3. транспортні витрати на супроводжуючу особу при наявності медичної довідки про необхідність супроводу;
 - 5.4.4. проїзд економічним класом в обидва боки однієї особи з числа членів сім'ї Застрахованої особи та проживання цієї особи в готелі не більше строку, визначеного у Договорі страхування, в разі госпіталізації Застрахованої особи строком більше 5 (п'яти) діб у критичному стані і неможливості її евакуації до місця постійного проживання за медичними показниками;
 - 5.4.5. дострокове повернення до країни постійного проживання (проїзд економічним класом) Застрахованої особи у разі смерті членів її сім'ї, або виникнення у країні (у місці) тимчасового перебування обставин, небезпечних для життя та здоров'я: терористичних актів, стихійних явищ природи, військових дій чи народних заворушень;
 - 5.4.6. організація і оплата тимчасового проживання або евакуація неповнолітніх дітей до місця постійного проживання у разі, якщо внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, що трапились з дорослими, діти, які з ними подорожують та застраховані за цим Договором, втрачають можливість нагляду з боку дорослих, а також транспортні витрати на супроводжуючу особу при необхідності супроводу;
 - 5.4.7. передачу термінових повідомлень, що пов'язані із страховим випадком, сім'ї Застрахованої особи, здійснених Застрахованою особою або особою, що представляє її інтереси;
 - 5.4.8. оформлення тимчасових документів, необхідних для повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання, в разі втрати оригіналів цих документів, а саме: паспорту, проїзного документа дитини, у випадку пересування (подорожі) на власному транспортному засобі – посвідчення водія та свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу;
 - 5.4.9. переказ готівки за кордон, якщо у Застрахованої особи, внаслідок настання страхового випадку, виникає нагальна необхідність в отриманні додаткової суми грошей. Виконання цього пункту здійснюється лише за умови дотримання сторонами вимог законодавства в галузі валютного регулювання;
 - 5.4.10. пошук та рятування Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку в горах, на морі, в джунглях або інших віддалених місцевостях;
 - 5.4.11. кремацію та / або поховання тіла Застрахованої особи за кордоном;
 - 5.4.12. сервісне обслуговування із організації та оплати медико-санітарних та супутніх послуг для потерпілих Застрахованих осіб.
- 5.5. Деталізований перелік послуг, вартість яких організовує, оплачує або відшкодовує Страховик, встановлюється у Договорі, умови якого можуть містити довільну частину перерахованих страхових ризиків та можуть комбінуватися і об'єднуватися в окремі програми чи опції страхування.
- 5.6. Умови Договорів добровільного страхування медичних витрат формуються Страховиком на основі Закону України «Про страхування» та цих Правил із включенням та деталізованим описом відповідних програм та опцій страхування.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

- 6.1. Якщо умовами Договору страхування не передбачено інше, Страховик не оплачує і не відшкодовує вартість лікування та послуг, пов'язаних із такими захворюваннями і подіями:
- 6.1.1. лікування хронічних захворювань, вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень;
 - 6.1.2. новоутворення, хвороби ендокринної системи, в тому числі цукровий діабет;
 - 6.1.3. нервові захворювання (крім невритів), психічні захворювання, а також пов'язані з ними травматичні пошкодження;

- 6.1.4. захворювання, що поширюються переважно статевим шляхом, імунодефіцитний стан, СНІД;
- 6.1.5. хвороби крові та кровотворних органів;
- 6.1.6. епідемічні та пандемічні хвороби;
- 6.1.7. гостра та хронічна променева хвороба;
- 6.1.8. вагітність (за винятком позаматкової вагітності), пологи, переривання вагітності, якщо умовами Договору страхування не передбачено іншого;
- 6.1.9. будь-які розлади здоров'я, ускладнення або смерть внаслідок невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічні дії ліків, що не були призначені лікарем, а також побічні дії харчових добавок;
- 6.1.10. захворювання або наслідки (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз;
- 6.1.11. захворювання та розлади органів слуху, крім гострого захворювання органів слуху;
- 6.1.12. грибкові та дерматологічні хвороби, алергічні дерматити будь-якого походження, сонячні опіки першого та другого ступеню;
- 6.1.13. захворювання, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, що призвели до медичних чи додаткових витрат під час подорожі, а також захворювання, що виникли після повернення Застрахованої особи з подорожі;
- 6.1.14. подальше лікування Застрахованої особи, якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання;
- 6.1.15. медичний огляд, що не є наслідком гострого болю, раптового захворювання та/або тілесного ушкодження, надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування, а також надання таких спеціальних послуг, як окрема палата, телефон, телевізор тощо;
- 6.1.16. проведення високотехнологічних маніпуляцій і операцій на серці та судинах, включно ангіографію, ангіопластику, шунтування і т.п.;
- 6.1.17. діагностичні послуги і заходи, включно консультації та лабораторні дослідження, без подальшого лікування чи призначення лікування, а також без встановлення діагнозу, навіть вірогідного;
- 6.1.18. проведення профілактичних вакцинацій, лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;
- 6.1.19. всі види пластичних та косметичних операцій і процедур, всі види протезування, трансплантації органів;
- 6.1.20. стоматологічне лікування, за винятком зняття гострого болю;
- 6.1.21. фізіотерапевтичне лікування та лікування нетрадиційними методами;
- 6.1.22. придбання або ремонт допоміжних засобів (такі як кардіостимулятори, окуляри, контактні лінзи, слухові апарати, інгалятори, протези, милиці, інвалідні візки, вимірювальні прилади тощо); придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування;
- 6.1.23. штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи по запобіганню вагітності;
- 6.1.24. лікування алкоголізму, наркоманії і т.п., включно лікування абстинентного синдрому;
- 6.1.25. медична евакуація, репатріація або поховання організовані без письмового узгодження із Страховиком;
- 6.1.26. самолікування, а також лікування, що здійснюється подружжям, батьками, або дітьми;
- 6.1.27. необхідність у індивідуальному догляді, патронажі та охороні;
- 6.1.28. на продовження лікування Застрахованої особи після закінчення строку чинності Договору страхування, а також не відшкодовуються витрати, які покриваються за рахунок соціального, медичного страхування та іншого забезпечення;
- 6.1.29. послуги та лікування, що можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до закінчення подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування і т.п.;

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

6.1.31. витрати, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування.

6.2. Договором страхування можуть бути передбачені й інші виключення зі страхових випадків.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страховика та Страхувальника. Конкретний строк страхування у відношенні до Застрахованої особи вказується у відповідному Договорі страхування.

7.2. Якщо на дату закінчення строку дії Договору, Застрахована особа ще перебуває поза місцем постійного проживання, і її стан вимагає невідкладної стаціонарної медичної допомоги, але за медичним висновком особа не підлягає репатріації (евакуації) до місця постійного проживання, то Страховик відшкодовує витрати на подальше невідкладне стаціонарне лікування Застрахованої особи у місці тимчасового перебування строком не більше п'ятнадцяти календарних днів, за умови що такі витрати не виходять за межі страхової суми чи встановленого Договором страхування ліміту відшкодування.

7.3. Якщо внаслідок об'єктивних причин подорож Застрахованої особи у зазначений в Договорі страхування строк неможлива, то строк дії Договору може бути перенесений без додаткової оплати на строк до трьох місяців від дати, зазначеної у Договорі страхування. Таке перенесення здійснюється тільки до початку дії Договору страхування за письмовою заявою Страхувальника при наданні: оригіналу Договору страхування; закордонного паспорту (при здійсненні подорожі за кордон); паспорту громадянина України.

7.4. Якщо Договір страхування передбачає багаторазові подорожі протягом строку дії Договору страхування, то Страховик несе відповідальність у межах тієї кількості днів, яка зазначена в Договорі страхування. При кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії Договору.

7.5. Територія дії Договору страхування зазначається у Договорі страхування. Дія страхового захисту поширюється на вказану у Договорі страхування територію.

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

8.2. За взаємною згодою Страхувальника і Страховика Договором страхування може бути передбачено обов'язок Страховика відшкодувати вартість однієї, декількох або всіх послуг, передбачених розділом 5 цих Правил, у відповідності до обраної Програми страхування.

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

8.4. У випадку страхування групи осіб, Договір страхування може бути виданий як на кожного члена групи, так і на всю групу, в цьому випадку до Договору страхування додається список Застрахованих осіб за визначеною Страховиком формою, який складає невід'ємну частину Договору страхування.

8.5. Договір страхування може укладатися лише до початку подорожі, якщо інше не передбачено в ньому. По страхових випадках, які сталися по договору, укладеному після початку подорожі, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати, і відповідно понесені витрати не відшкодовуються.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

- 9.1.1. у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та порядку передбаченому Договором страхування;
- 9.1.2. на дострокове припинення дії Договору страхування згідно розділу 15 цих Правил;
- 9.1.3. ініціювати зміну умов Договору страхування;
- 9.1.4. замінити Застраховану особу в період дії Договору страхування, до настання страхового випадку, за згодою Страховика, на підставі письмової заяви, якщо інше не обумовлено Договором страхування;
- 9.1.5. за письмовою заявою отримати дублікат Договору страхування у випадку втрати оригіналу.

9.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

- 9.2.1. при укладанні Договору надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати про будь-яку зміну страхового ризику;
- 9.2.2. при укладанні Договору страхування повідомити Страховика про інші договори страхування, укладені щодо предмета договору страхування;
- 9.2.3. своєчасно вносити страхові платежі у розмірі та у строки встановлені Договором страхування;
- 9.2.4. своєчасно повідомити Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку та надати необхідні документи у строк, встановлений Договором страхування;
- 9.2.5. надати Страховику всі необхідні документи щодо страхового випадку для прийняття рішення про здійснення страхової виплати або страхового відшкодування;
- 9.2.6. виконувати вказівки Страховика щодо порядку отримання медичних чи інших послуг;
- 9.2.7. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 9.2.8. передати Страховику право вимоги до особи, відповідальної за шкоду, завдану життю та здоров'ю Застрахованої особи;
- 9.2.9. виконувати умови, передбачені Договором страхування;
- 9.2.10. повідомляти Страховика про зміни будь-яких даних Страхувальника (як юридичної, так і фізичної особи), зокрема: найменування, реквізити (місця реєстрації, місце знаходження (місце проживання), даних банківського рахунку, зміни керівників, зміни власників юридичної особи тощо
- 9.2.11. надавати Страховику інформацію та документи, передбачені законодавством України щодо протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

9.3. Страховик має право:

- 9.3.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником для укладання Договору;
- 9.3.2. подавати запити в компетентні органи стосовно інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку;
- 9.3.3. у разі необхідності призначати медичну комісію з метою обстеження Застрахованої особи, а також іншу експертизу стосовно страхової події;
- 9.3.4. здійснювати фіксацію технічними засобами телефонних переговорів та будь-яких інших комунікацій із Страхувальниками (Застрахованими особами);
- 9.3.5. використати квиток Застрахованої особи на зворотний шлях, у разі організації дострокового її повернення в Україну;
- 9.3.6. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Договором та чинним законодавством України;
- 9.3.7. не відшкодувати будь-які непрямі збитки Застрахованої особи;
- 9.3.8. у випадку порушення Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору вимагати дострокового припинення дії Договору.
- 9.3.9. здійснювати заходи та вимагати від Страхувальника надати інформацію, передбачені законодавством України щодо протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї

масового знищення.

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами;

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

9.4.3. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, встановлений Договором страхування. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати неустойки (пені), розмір якої визначається Договором страхування;

9.4.4. не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) за винятком випадків, передбачених законодавством України.

9.5. Умовами Договору страхування можуть передбачатися також інші права і обов'язки Страховика та Страхувальника.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. При настанні страхового випадку, передбаченого умовами цих Правил та Договору страхування, для організації медичної допомоги необхідно зв'язатися з Спеціалізованою Службою Страховика (Асистансом) за номером телефону, адресою електронної пошти або іншими засобами зв'язку, вказаними у Договорі страхування, та повідомити:

10.1.1. Прізвище та ім'я Застрахованої особи;

10.1.2. Номер контактного телефону;

10.1.3. Місце знаходження (країну, місто, готель і т.п.);

10.1.4. Номер Договору страхування;

10.1.5. Повідомити що відбулося і яка потрібна допомога.

10.2. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не має можливості зв'язатися з Спеціалізованою Службою Страховика (Асистансом) або ситуація вимагає прийняття негайного рішення, пов'язаного з необхідністю надання термінової медико-санітарної або іншої допомоги, необхідно **самостійно звернутися в найближчу медичну установу або до лікаря по допомогу та:**

10.2.1. Обов'язково пред'явити Договір страхування (Страховий поліс).

10.2.2. Оплатити, якщо буде потрібно, надані медико-санітарні послуги

10.2.3. Одержати в лікаря чеки, квитанції і т.п. належним чином оформлені документи, що підтверджують факт захворювання чи нещасного випадку й суму медичних витрат

10.2.4. Подати Страховику заяву про виплату страхового відшкодування й документи, передбачені Договором страхування.

10.3. В разі стаціонарного лікування Страхувальник (Застрахована особа) або інша довірена особа зобов'язані повідомити Асистуючу компанію Страховика та узгодити витрати протягом строку, зазначеного у Договорі страхування, з моменту госпіталізації і до моменту оплати витрат.

10.4. Якщо вартість лікування (амбулаторного чи стаціонарного) дорівнює або перевищує суму, зазначену у Договорі страхування, - письмово узгодити витрати з Асистуючою компанією або Страховиком до початку лікування.

Під письмовим узгодженням слід розуміти надсилання повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом.

10.5. У будь-якому випадку Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана повідомити про настання страхового випадку не пізніше 30 календарних днів від дати настання страхової події.

10.6. У випадку недотримання строків повідомлення Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен обґрунтувати це у письмовій формі, на вимогу Страховика.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. Якщо Застрахована особа користувалася послугами, організованими через Спеціалізовану Службу Страховика, розрахунки за надані послуги можуть здійснюватися без участі Застрахованої особи.

11.2. У випадку наданих їй медичних або додаткових послуг самостійної оплати Застрахованою особою, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі на підставі наступних документів, якщо інше не обумовлено Договором страхування:

11.2.1. заяви на отримання страхової виплати за встановленою Страховиком формою;

11.2.2. Договору страхування;

11.2.3. довідки-рахунку з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, переліком наданих послуг, загальною сумою до виплати;

11.2.4. рецептів, виписаних лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;

11.2.5. деталізованих рахунків за інші послуги з розбивкою їх за датами та вартістю, загальною сумою до виплати;

11.2.6. документів, що підтверджують здійснення витрат, передбачених Договором страхування;

11.2.7. деталізованих рахунків за телефонні розмови (факсимільні повідомлення) на яких зазначено номер телефону, дату, час та вартість кожної розмови;

11.2.8. документів, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, банківські квитанції з зазначеною сумою на переказ тощо);

11.2.9. копії закордонного паспорту (чи дитячого проїзного документу) Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю про перетин Державного кордону України;

11.2.10. копії свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

11.2.11. копій паспорта та довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру;

11.2.12. У випадку звернення Страхувальника з приводу пошкодження внаслідок дорожньо-транспортної події або поломки легкового автомобіля, додатково Страховику надається висновок автоотоварознавчої експертизи.

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

11.4. Усі документи повинні бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу та контактний телефон установи (організації), що видала документ.

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

11.6. Документи надаються Страховику безкоштовно у формі оригінальних або нотаріально завірених примірників чи просто копій, за умови надання Страховику можливості звірки цих копій з оригінальним примірником документу. При цьому рахунки (фактури, інвойси та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери тощо) надаються в оригіналі.

11.7. Заява на страхову виплату подається Страховику не пізніше ніж через 30 календарних днів після закінчення терміну дії Договору страхування. Інші необхідні та належним чином оформлені документи щодо страхової події можуть бути надані Страховику протягом трьох років від дати настання страхової події. Документи направляються безпосередньо в офіс Страховика.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

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

12.2. Страхові виплати щодо відшкодування самостійних витрат Страхувальника (Застрахованої особи) за надані їй медичні або додаткові послуги, передбачені Договором страхування, здійснюються на території України виключно в гривнях. Перерахунок витрат, здійснених у іноземній валюті, а також франшизи та страхових сум, зазначених у іноземній валюті, в гривні здійснюється за курсом НБУ на дату настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

12.3. Страховик здійснює страхову виплату протягом 10 (десяти) банківських днів, після прийняття рішення про здійснення страхової виплати, якщо інше не передбачено Договором страхування.

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

12.5. Страхова виплата здійснюється будь-яким не забороненим чинним законодавством України способом.

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

13.1. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, якщо інший строк не передбачено Договором страхування, і оформляється страховим актом за формою, встановленою Страховиком.

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

13.3. Про відмову у здійсненні страхової виплати або прийняття рішення про відстрочку виплати Страховик письмово повідомляє Страхувальника протягом 10 (десяти) робочих днів від дати прийняття рішення про відмову у страховій виплаті з викладенням мотивів прийнятого рішення.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.1. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати у разі:

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

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

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

14.1.4. несвоєчасного повідомлення Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин або порушення термінів узгодження самостійних витрат на лікування, а також невчасне подання документів Страховику для отримання страхової виплати (страхового відшкодування), якщо письмове обґрунтування причин такого несвоєчасного повідомлення, передбачене пунктом 10.6 цих Правил, не буде визнане Страховиком поважним;

- 14.1.5. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором;
- 14.1.6. невиконання вказівок Страховика в процесі урегулювання страхової події;
- 14.1.7. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;
- 14.1.8. здійснення лікувального відпочинку, реабілітаційного, санаторно-курортного та оздоровчого лікування, а також спа-процедур;
- 14.1.9. захворювання, які є наслідком психічної реакції на військові події, внутрішні заворушення, терористичний акт, авіакатастрофу або побоювань, пов'язаних із такими подіями;
- 14.1.10. хронічних, психічних захворювань, навіть якщо вони проявляються періодично;
- 14.1.11. страхування осіб у віці, як зазначено у Договорі страхування, без додаткового платежу (націнки);
- 14.1.12. якщо Договір страхування укладено після початку подорожі у відповідності до умов п. 8.5 цих Правил.
- 14.2. Страховик також не визнає страховими випадками події, які сталися внаслідок:**
- 14.2.1. громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану; дії ядерного інциденту чи іонізуючого випромінювання; застосування ядерної, хімічної чи біологічної зброї;
- 14.2.2. вчинення самогубства або замаху на самогубство Застрахованою особою (за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб);
- 14.2.3. здійснення або при спробі здійснення Застрахованою особою протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами;
- 14.2.4. вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, якщо інше не зазначено у Договорі страхування;
- 14.2.5. активної участі у війні (оголошена чи неоголошена), громадянській війні, бойових або військових діях;
- 14.2.6. нараження Застрахованої особи на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя);
- 14.2.7. виконання Застрахованою особою будь якого виду фізичної роботи, заняття професійним спортом або активним (спортивним) відпочинком, таким як: альпінізм, підводне плавання, спелеологія, спортивні стрибки у воду, будь які форми польотів, зимові види спорту, участь в змаганнях, автогонках, а також із відпочинком з підвищеним рівнем ризику, зокрема: з використанням механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, велосипедах, пішохідним туризмом та іншими аналогічними видами відпочинку, якщо такі ризики не були оплачені додатковою страховою премією.
- 14.3. Страховик не здійснює страхові виплати, пов'язані з відшкодуванням моральної шкоди та шкоди, завданої репутації Застрахованої особи.
- 14.4. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству України.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 15.2. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:
- 15.2.1. закінчення строку дії;
- 15.2.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 15.2.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

15.2.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України “Про страхування”.

15.2.5. ліквідації Страховика в порядку, встановленому чинним законодавством України;

15.2.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

15.2.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

15.3. Якщо Страхувальник прострочив внесення страхового платежу і не сплатив його протягом 10 (десяти) робочих днів після пред’явлення Страховиком письмової вимоги про сплату страхового платежу, Страховик може відмовитися від Договору страхування, якщо інше не встановлено Договором страхування.

15.4. Страхувальник або Страховик зобов’язаний повідомити іншу сторону про свій намір відмовитися від договору страхування не пізніше, як за 30 (тридцять) календарних днів до дня припинення Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

15.5. Якщо Страхувальник відмовився від Договору страхування, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактично здійснених Страховиком страхових виплат. Якщо відмова Страхувальника від Договору страхування обумовлена порушенням умов Договору страхування Страховиком, Страховик повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

15.6. Якщо Страховик відмовився від Договору страхування, Страховик повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю. Якщо відмова Страховика від Договору обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактично здійснених Страховиком страхових виплат.

15.7. Дія Договору не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

15.8. Всі зміни та доповнення до умов Договору страхування вносяться за згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін, та оформляються письмово додатковим документом, що стає невід’ємною частиною Договору страхування з моменту його підписання Страхувальником та Страховиком.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. Спори за Договором страхування між Страхувальником та Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

16.2. Якщо Страховик та Страхувальник під час переговорів не дійшли до згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

17. СТРАХОВІ ТАРИФИ

17.1. Страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків.

17.2. Страхові платежі визначаються Страховиком з урахуванням строку та умов страхування відповідно до страхових тарифів. В залежності від віку, кількості Застрахованих осіб, мети здійснення подорожі, інших обставин та умов страхування Страховик застосовує коригуючі коефіцієнти. Страхові платежі наведені у Додатку №1 до цих Правил.

17.3. Страховий платіж сплачується Страхувальником у строк, вказаний у Договорі страхування.

ОСОБЛИВІ УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ, А ТАКОЖ ВИТРАТ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НЕВІДКЛАДНОЮ ДОПОМОГОЮ ПІД ЧАС ПОДОРОЖІ

Ці Особливі умови добровільного страхування медичних витрат, а також витрат, пов'язаних з невідкладною допомогою під час подорожі ПАТ «Європейське туристичне страхування» (надалі - Особливі умови) є Додатком до Правил добровільного страхування медичних витрат (надалі - Правила) та розроблені відповідно до норм Закону України „Про страхування” та Цивільного Кодексу України і регулюють правовідносини між суб'єктами договору страхування під час його укладання та в період його дії.

1. ВИТРАТИ, ЩО ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК

Відповідно до цих Особливих умов Страховиком відшкодовуються витрати на такі види невідкладної допомоги за умови, якщо вони включені до умов Договору страхування та погоджені із Спеціалізованою Службою Страховика або Страховиком:

1.1. ОПЦІЯ: «Невідкладні медичні послуги», викликані раптовим погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи, що становить загрозу її життю та здоров'ю, у зв'язку з гострим захворюванням або нещасним випадком, а саме:

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

1.1.2. організація та оплата вартості послуг з медичного обслуговування та лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах, включно із обстеженнями в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу, консультаціями профільних лікарів;

1.1.3. організація та оплата вартості послуг пов'язаних із стаціонарним лікуванням, тобто: консультації лікарів, діагностика, лікування, невідкладні операції, які виконуються негайно, або протягом 24 годин після госпіталізації з метою рятування життя Застрахованої особи, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі. При цьому, Страховик сплачує вартість лікування за місцем тимчасового перебування Застрахованої особи у межах своєї відповідальності (страхової суми), встановленої Договором, лише до того часу, коли стан здоров'я Застрахованої особи, за рішенням лікаря, дозволить евакуювати її до місця (країни) постійного проживання;

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

1.1.5. оплата вартості невідкладної стоматологічної допомоги на суму в межах встановленої умовами конкретного Договору добровільного страхування медичних витрат ліміту, а саме: стоматологічний огляд; рентгенівське дослідження; видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку;

1.1.6. організація, при необхідності, та оплата вартості послуг з транспортування потерпілої Застрахованої особи до лікувального закладу доступним способом, крім засобів повітряного транспорту, якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє пересуватися самостійно;

1.1.7. організація та оплата лікування Застрахованої особи у стаціонарі строком до 15 діб після закінчення періоду страхування за наслідками страхового випадку, який стався в період чинності договору страхування, якщо це необхідно за медичними показаннями;

1.1.8. медичний контроль стану здоров'я потерпілої Застрахованої особи та інформування членів її сім'ї не більше 1-го разу на добу (по запиті), якщо Застрахована особа знаходиться на стаціонарному лікуванні;

1.1.9. організація та оплата вартості комплексу послуг, пов'язаних із транспортуванням та медичним супроводом Застрахованої особи, що знаходиться на стаціонарному лікуванні, із тимчасового місця перебування до лікувального закладу, найближчого до місця постійного проживання за наявності письмових медичних показань про необхідність подальшого стаціонарного лікування. Медична евакуація Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Страховиком. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування та реабілітацію Застрахованої особи після її повернення до постійного проживання. Якщо лікар, уповноважений Страховиком, вважає, що евакуація Застрахованої особи можлива, а Страхувальник (Застрахована особа) відмовляється від неї, Страховик негайно припиняє оплату вартості послуг з лікування Застрахованої особи;

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

1.1.11. оплата вартості ритуальних послуг з поховання або кремації тіла Застрахованої особи в країні за місцем смерті. Поховання за кордоном тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Страховиком за умови пред'явлення Страховику офіційних дозволів на таке поховання. У випадку поховання тіла Застрахованої особи в країні за місцем смерті, Страховик здійснює виплату в межах ліміту страхової виплати, встановленого конкретним договором страхування медичних витрат;

1.1.12. компенсація вартості послуг телефонного зв'язку Застрахованої особи або особи, що представляє її інтереси, із Страховиком або асистуючою компанією Страховика з приводу повідомлення про страховий випадок. Максимальна сума відшкодування встановлюється Страховиком у конкретному Договорі страхування медичних витрат.

1.1.13. організація та оплата вартості амбулаторного та/або стаціонарного лікування на суму, обмежену у Договорі страхування медичних витрат, внаслідок раптового ускладнення протікання вагітності або нещасного випадку, що загрожує життю та здоров'ю застрахованої вагітної особи із строком вагітності, який обмежений Договором страхування;

1.1.14. організація та оплата вартості медичної допомоги на суму, обмежену у Договорі страхування медичних витрат, при передчасних пологах до 7-го місяця вагітності Застрахованої особи та по догляду за новонародженим;

1.1.15. організація та оплата медичної допомоги на суму, обмежену у Договорі страхування медичних витрат, при захворюваннях або травмах Застрахованою особою в стані алкогольного, сп'яніння;

1.1.16. організація і оплата лікування дайверів з використання барокамери;

1.2. ОПЦІЯ: «Невідкладні адміністративні послуги», а саме:

1.2.1. компенсація вартості додаткових умов комфорту (додаткове крісло, вільне місце для ніг і т.п.) при транспортуванні Застрахованої особи в Україну внаслідок травми чи захворювання, якщо такі умови письмово рекомендовані лікарем;

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

1.2.3. компенсація витрат у сумі, встановленій умовами Договору страхування, на перебування Застрахованої особи за кордоном після закінчення строку дії Договору, якщо її повернення до країни постійного проживання неможливе відразу після виписки із лікарні;

1.2.4. компенсація витрат у сумі, встановленій умовами Договору страхування, на проживання в готелі одного супутника Застрахованої особи за кордоном після закінчення строку дії Договору, якщо Застрахована особа перебуває на стаціонарному лікуванні;

1.2.5. компенсація вартості проїзду економічним класом в обидва кінці та вартості проживання в готелі строком до 5-ти діб у сумі, встановленій умовами Договору страхування, для одного із повнолітніх близьких родичів Застрахованої особи, якщо тривалість її лікування в стаціонарі в країні тимчасового перебування перевищує 5 діб;

- 1.2.6. компенсація витрат на проживання в готелі дітей Застрахованої особи віком до 16 років у разі її госпіталізації у сумі, встановленій умовами Договору страхування;
- 1.2.7. компенсація витрат на дострокове повернення до країни постійного проживання та, при необхідності, супровід дітей Застрахованої особи віком до 16 років у разі її госпіталізації або смерті;
- 1.2.8. компенсація вартості проїзду до країни постійного проживання одного супутника Застрахованої особи у випадку її госпіталізації або смерті;
- 1.2.9. компенсація витрат на пошук та рятування Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку в горах, на морі, в джунглях або інших віддалених місцевостях, включаючи при можливості використання, транспортування засобами повітряного транспорту. Максимальний розмір страхової виплати (ліміт відповідальності) за цим пунктом встановлюється умовами Договору страхування медичних витрат.
- 1.2.10. компенсація витрат на пошук та відправлення багажу Застрахованої особи за належною адресою у випадках, якщо перевізник помилково відправив його за іншою адресою або якщо Застрахована особа госпіталізована у тяжкому стані на строк більше ніж 14 днів.

1.3. ОПЦІЯ: «Невідкладні юридичні послуги», а саме:

- 1.3.1. компенсація витрат вартості заміни втраченого закордонного паспорта Застрахованої особи у разі його раптової втрати або крадіжки під час перебування за кордоном. Максимальна сума таких витрат визначається у Договорі страхування;
- 1.3.2. компенсація витрат на допомогу у випадках виникнення термінової необхідності у порушенні справи щодо захисту прав Застрахованої особи за кордоном, коли невжиття термінових заходів може призвести або до ускладнення такого захисту, або до втрати можливості захисту прав та законних інтересів Застрахованої особи;
- 1.3.3. компенсація вартості послуг адвоката у випадках, якщо Застрахована особа потребує невідкладної юридичної допомоги.
- 1.3.4. Максимальна вартість послуг, зазначених у п. 1.3.2 та 1.3.3 визначається у Договорі страхування. Решту сплачує Страхувальник (Застрахована особа). При цьому, Страховик не відшкодовує витрати на:
- 1.3.5. консультації, юридичне супроводження та захист у спорах і справах за податковим, трудовим законодавством, а також у справах із ДТП;
- 1.3.6. будь-які види юридичної допомоги, яка не є невідкладною та не обумовлена надзвичайними подіями, передбаченими Договором страхування.
- 1.3.7. компенсація витрат на юридичну допомогу (окрім судових витрат), зазначену у Договорі страхування, які за змістом не суперечать змісту Правил страхування, цих Особливих умов та чинного законодавства України.

1.4. ОПЦІЯ: «Невідкладний автомобільний асистанс для осіб, що подорожують на власних транспортних засобах», тобто компенсація вартості послуг та витрати, спричинених ДТП, раптовою несправністю або зловмисними діями третіх осіб щодо власного транспортного засобу, на якому подорожує Застрахована особа, а саме:

- 1.4.1. компенсація вартості доставки Застрахованих за цією програмою осіб - водія та пасажирів до місця призначення у країнах Європи або, в разі необхідності, повернення їх в Україну або країну (місце) постійного проживання;
- 1.4.2. компенсація вартості послуг іншого водія для доставки Застрахованих осіб за цією умовою пасажирів до найближчого готелю у випадку, якщо Застрахована особа за цією програмою водій автомобіля раптово та непередбачено втратив здатність керувати транспортним засобом внаслідок різкого погіршення стану здоров'я або гострого захворювання та серед пасажирів немає жодної особи, яка має право керувати цим транспортним засобом. Максимальна сума таких витрат визначається у Договорі страхування;
- 1.4.3. компенсація вартості послуг з невідкладного правового захисту (залучення юриста або адвоката) в разі ДТП за участі автомобіля, на якому Застрахована за цією програмою особа виїхала за межі України або країни свого постійного проживання. Максимальна сума

таких витрат визначається у Договорі страхування. Решту вартості послуг з правового захисту сплачує Застрахована особа;

1.4.4. компенсація вартості евакуації транспортного засобу, що раптово став непридатним до руху, до найближчої станції технічного обслуговування або паркінгу та, в разі необхідності, дрібного ремонту і доставки потрібних для такого ремонту запасних частин за умови, що це зробить транспортний засіб, на якому подорожує Застрахована особа, придатним до подальшої експлуатації. Максимальна сума таких витрат визначається у Договорі страхування.

1.4.5. компенсація вартості проживання протягом однієї доби водія та не більше трьох пасажирів в готелі на час ремонту автомобіля, якщо для ремонту раптової поломки автомобіля потрібно більше 24 годин. Максимальна сума таких витрат визначається у Договорі страхування.

1.5. **ОПЦІЯ: "Бізнес-картка"**. За цією опцією передбачається компенсація витрат Застрахованої особи на:

1.5.1. перекладача, якщо він необхідний для надання Застрахованій особі невідкладної допомоги, передбаченої договором страхування;

1.5.2. передачу термінових службових повідомлень та розпоряджень, пов'язаних із неможливістю виконання Застрахованою особою своїх службових обов'язків у від'їзді за кордоном, що виникла раптово та непередбачено внаслідок раптового гострого захворювання Застрахованої особи або нещасного випадку;

1.5.3. виїзд та повернення іншої відповідальної особи для заміщення Застрахованої особи в разі виникнення загрози зриву важливих ділових переговорів або порушення умов міжнародних бізнес-контрактів, якщо Застрахована особа не в змозі виконувати службові обов'язки або завдання під час закордонного від'їзду внаслідок гострого захворювання чи нещасного випадку.

1.5.4. Усі вищезазначені додаткові витрати за Опцією „Бізнес-картка" відшкодовуються лише у разі їх попереднього узгодження із Страховиком. Договором страхування можуть бути передбачені гарантії сплати додаткових послуг за погодженням із Страхувальником.

1.5.5. Максимальна сума таких витрат та порядок відшкодування визначається у Договорі страхування.

2. ІНШІ УМОВИ

2.1. На підставі Правил страхування та цих Особливих умов Страховик формує Програми страхування із включенням до них всього переліку страхових випадків та послуг, або частини із них, у будь-якій комбінації. Програми страхування є складовою частиною Договорів страхування.

2.2. У всьому, що не передбачено цими Особливими умовами, сторони керуються умовами чинного законодавства України, Правил добровільного страхування медичних витрат та Договорів страхування.

3. СТРАХОВІ ТАРИФИ

2.3. Під час страхування у відповідності до Особливих умов добровільного страхування медичних витрат, а також витрат, пов'язаних з невідкладною допомогою під час перебування за кордоном застосовуються базові страхові тарифи, наведені в таблиці. Реальний страховий тариф за Договором страхування обчислюється шляхом множення базового страхового тарифу на коригуючі коефіцієнти.

Базові річні страхові тарифи

№ п/п	ОПЦІЯ	Тариф, %
1	Невідкладні медичні послуги	1,80
2	Невідкладні адміністративні послуги	0,25
3	Невідкладні юридичні послуги	0,75
4	Невідкладний автомобільний асистанс для осіб, що	0,40

	подорожують на власних транспортних засобах	
5	Бізнес-картка	0,20

Під час укладання Договору страхування на строк до одного року розмір тарифу обчислюється виходячи з розміру річного страхового тарифу прямо пропорційно кількості днів дії Договору страхування.

Залежно від стану здоров'я та віку Застрахованих осіб, території дії Договору страхування, Програми страхування, строку та умов подорожі допускається використання інших коригуючих коефіцієнтів, добуток яких знаходиться у діапазоні 0,1-7,0. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою Сторін. Норматив витрат на ведення справи становить 40% від страхової премії.

Актуарій
Свідоцтво № 01-008
від «02» лютого 2012р.



/Я.В.Яценко/

