

ЗАТВЕРДЖЕНО:
Загальними Зборами Учасників
Протокол № 2 від 28.10.2014 року
ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «БАЗА КАПІТАЛУ»



Директор
В.Л. ЛИСИЦЯ
2014 року

ПРАВИЛА
добровільного страхування
медичних витрат

м. Київ – 2014 р.

1. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

Асистант – установа, яка представляє інтереси Страховика, і до якої повинна звертатись Застрахована особа під час перебування за кордоном або подорожі по Україні для отримання медичних інших послуг, у разі раптового захворювання, нещасного випадку або іншого страхового випадку.

Близькі родичі Застрахованої особи – жінка/ чоловік Застрахованої особи, її діти (в тому числі синовлені), її матір, батько, рідна сестра чи брат, які спільно проживають з Застрахованою особою.

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

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

Країна постійного проживання – країна, в якій Застрахована особа проживає в цілому не менше як 183 дні в календарному році.

Ліміт відповідальності Страховика – це грошова сума, в межах страхової суми, в рамках якої Страховик, відповідно до умов договору страхування зобов'язаний провести виплату страхового відшкодування.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, короткочасна, ненавмисна та незалежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи) подія (травматичне пошкодження, випадкове отруєння, тощо), що фактично відбулась, і яка призвела до розладу здоров'я або смерті Застрахованої особи.

Програма страхування – визначений перелік послуг, витрати на які відшкодовує Страховик в разі настання страхового випадку. Програма страхування обирається Страхувальником при укладенні договору страхування.

Раптове захворювання – хвороба, що настала несподівано, загрожує життю Страхувальника (Застрахованої особи) і потребує невідкладної медичної допомоги.

Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов страхування при настанні страхового випадку.

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

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

Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Страхувальникові, Застрахованій особі або іншій третій особі.

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

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

Страхувальник – юридична особа чи дієздатна фізична особа, які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування та законодавства України.

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

Гранична сума – грошова сума, яка передбачена договором страхування в межах якої здійснюється відшкодування, якщо понесені витрати не були погоджені з Асистантом або Страховиком.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. На підставі цих Правил Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «БАЗА КАПІТАЛУ» (надалі – Страховик) укладає договори страхування медичних витрат (надалі – договори страхування) з юридичними та дієздатними фізичними особами.

2.2. За договорами страхування, укладеними на підставі цих Правил, Страховик гарантує оплату передбачуваних витрат в разі раптового захворювання або нещасного випадку під час перебування за

кордоном або під час поїздки по території України, в залежності від умов, визначених договором страхування.

2.3. Страхувальник має право укладати договори страхування в інтересах третіх осіб (надалі – Застраховані особи), які можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно умов договору страхування.

2.4. Якщо договір страхування укладено Страхувальником відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою.

2.5. Застрахованими особами можуть бути фізичні особи, що проживають в Україні або громадяни інших держав, що здійснюють подорож на території України або з території України. Зазначені особи мають бути на момент від'їзду не молодші 1-го та не старші 75 років, якщо інше не передбачене договором страхування.

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 такої її додатковими витратами які, безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення застрахованою особою подорожі (поїздки).

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

4.1. Розмір страхової суми визначається за згодою між Страхувальником і Страховиком при укладанні договору страхування. За бажанням Страховика страхова сума в період дії Договору страхування може бути збільшена, в таких випадках укладається додаткова угода до Договору страхування або укладається новий Договір страхування на строк, який залишився до закінчення Договору.

4.2. Розмір страхової суми погоджується між Страховиком і Страхувальником при укладанні договору страхування в національній валюті України або в вільноконвертованій валюті, з врахуванням вимог консульств іноземних держав, на територію яких планується здійснення подорожі. Конкретний розмір страхової суми визначається в договорі страхування.

4.3. Договором страхування можуть бути передбачені окремі ліміти відповідальності для програм страхування, певних видів медичних витрат, а також для визначених станів або захворювань. Договором страхування може бути передбачена частина збитків, що не відшкодовується Страховиком - франшиза.

4.4. Франшиза може бути умовною чи безумовною і встановлюватися у відсотках до страхової суми чи в абсолютному розмірі.

4.5. При умовній франшизі Страховик не несе відповідальності за збиток, що не перевищує величину франшизи, але відшкодовує збиток цілком при перевищенні ним величини франшизи.

4.6. При безумовній франшизі Страховик в усіх випадках відшкодовує збиток за вирахуванням величини франшизи.

5. СТРАХОВІ РИЗИКИ

5.1. Страховими ризиками, на випадок яких проводиться страхування, залежно від умов договору страхування є:

5.1.1. Раптове захворювання Застрахованої особи або розлад здоров'я, що стався несподівано і становить загрозу для її життя.

5.1.2. Травми, тілесні ушкодження, розлад здоров'я Застрахованої особи у зв'язку з нещасним випадком.

5.1.3. Смерть Застрахованої особи у зв'язку з раптовим захворюванням або нещасним випадком.

5.2. Страховими випадками визнаються події з переліку відповідно до пункту 5.1 цих Правил, що сталися під час дії договору страхування, документально підтверджені, і з настанням яких виникає необхідність оплати витрат на надання Застрахованій особі медичних, медично-транспортних та інших послуг з переліку, встановленому в договорі страхування відповідно до обраної Страхувальником Програми страхування.

5.3. Програма страхування може включати відшкодування наступних видів витрат при настанні страхового випадку:

5.3.1. Послуги швидкої медичної допомоги, в тому числі на місці виникнення нещасного випадку чи раптового захворювання.

5.3.2. Транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого медичного закладу, якщо це необхідно за медичними показаннями, виходячи зі стану Застрахованої особи.

5.3.3. Надання стаціонарної допомоги в медичних закладах. При станах Застрахованої особи, що потребують екстреної госпіталізації та/або оперативного втручання, оплачуються: діагностичні дослідження, необхідні для встановлення діагнозу та призначення лікування; лікувальні процедури, включаючи оперативне втручання; медикаментозне лікування; винагорода медичному персоналу; вартість перебування в палатах (стандартного рівня комфортності), в тому числі реанімаційних; харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі.

5.3.4. Медична евакуація, включаючи витрати на супроводжуючу особу (якщо необхідність евакуації та/або супроводу підтверджується необхідними медичними документами), до місця постійного проживання або найближчого до місця проживання лікувального закладу. В разі репатріації Застрахована особа здає невикористаний зворотній квиток Страховику.

5.3.5. Транспортування (репатріація) тіла Застрахованої особи в разі її смерті внаслідок страхового випадку до місця постійного проживання (за винятком вартості поховання або похорону, якщо інше не вказано в договорі страхування).

5.3.6. Надання амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем. При станах, що потребують екстреної амбулаторної допомоги, Страховик оплачує вартість послуг лікаря, необхідних діагностичних процедур, засобів перев'язки та фіксації, медикаментів, призначених лікарем.

5.3.7. Оплата медикаментів, придбаних в аптеці за рецептом лікаря.

5.3.8. Невідкладна стоматологічна допомога. При виникненні гострої зубної болі або у випадку необхідності послуг стоматолога при травмі Застрахованої особи забезпечується і оплачується екстрена стоматологічна допомога, в межах ліміту відповідальності Страховика, зазначеного в договорі страхування.

5.3.9. Послуги зв'язку при настанні страхового випадку. Відшкодовується вартість 5-хвилинної телефонної розмови, якщо інше не вказано в договорі страхування.

5.3.10. Візит третьої особи, якщо тривалість перебування Застрахованої особи у стаціонарі перевищує 10 днів. Якщо тривалість перебування у стаціонарі Застрахованої особи, яка подорожувала за кордоном поодиночці, перевищує 10 днів та її стан є критичним, Страховик оплачує родичу або будь-якій особі, яку вкаже Застрахована особа, авіаквиток в обидва кінці для відвідування хворого (відшкодовується вартість квитків в економічному класі та проживання в готелі не більш, ніж 4 доби, вартістю не більше 50 доларів США за добу, якщо інше не вказано в договорі страхування).

5.3.11. Продовження строку перебування Застрахованої особи за кордоном. Якщо внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку виїзд Застрахованої особи має бути організовано пізніше за приписом лікаря, Страховик відшкодовує вартість проживання Застрахованої особи в готелі (не більше, ніж за 4 доби, вартістю до 50 доларів США за добу, якщо інше не вказано в договорі страхування).

5.3.12. Евакуація дітей Застрахованої особи. Якщо внаслідок екстреної госпіталізації або смерті Застрахованої особи залишились без нагляду її неповнолітні діти, Страховик оплачує витрати на дострокове повернення дітей до місця постійного проживання (оплачуються авіаквитки в економічному класі або залізничні квитки першого класу). При цьому Страховик має право використати їх зворотній квиток.

5.3.13. Заміна Застрахованої особи, якщо вона не в змозі виконувати завдання по відрядженню внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку. Якщо Застрахована особа евакуйована в країну постійного проживання, Страховик оплатить особі, яку вкаже Страховальник, авіаквитки в економічному класі або залізничні квитки першого класу в обидві боки для того, щоб така особа могла продовжити виконання виробничого завдання, покладеного на Застраховану особу, за умови, що така подорож має виключно діловий характер.

5.4. Перелік страхових випадків та витрат, що відшкодовуються Страховиком, встановлюється в договорі страхування відповідно до обраної Страховальником Програми страхування. Базовими Програмами страхування є:

5.4.1. Програма А - передбачає відшкодування витрат згідно пунктів 5.3.1-5.3.5 цих Правил.

- 4.2. Програма В - передбачає відшкодування витрат згідно Програми А, а також пунктів 5.3.6-5.3.9 цих Правил.
- 4.3. Програма С - передбачає відшкодування витрат згідно Програми В, а також пунктів 5.3.10-5.3.13 цих Правил.
5. Договором страхування за згодою сторін може бути обрана будь-яка з базових програм у повному обсязі або передбачені окремі види послуг з переліку, зазначеному у пункті 5.3 цих Правил.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

6.1. Страхуваними випадками не визнаються події, які сталися внаслідок:

- 6.1.1. Вчинення чи спроби вчинення Застрахованою особою протиправних дій.
- 6.1.2. Будь-який дій, здійснених Застрахованою особою у стані чи внаслідок алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння.
- 6.1.3. Отримання тілесних або інших ушкоджень здоров'я при самолікуванні або при лікуванні особою, що не має відповідної медичної освіти.
- 6.1.4. Вчинення Застрахованою особою самогубства, спроби самогубства або навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень.
- 6.1.5. Польоту Застрахованої особи на літальному апараті, крім випадків польоту на літальному апараті цивільної авіації, керованого професійним пілотом.
- 6.1.6. Керування Застрахованою особою наземним, водним, підводним транспортним засобом без відповідного посвідчення на право керування.
- 6.1.7. Виконання Застрахованою особою будь-якої фізичної роботи, яка пов'язана з професійною або підприємницькою діяльністю, або роботи за наймом, якщо страхування цього ризику спеціально не обумовлене в договорі страхування.
- 6.1.8. Заняття Застрахованою особою всіма видами спорту на професійному рівні або такими видами спорту на любительському рівні, як автототоспорт, альпінізм, скелелазіння, спелеологія, гірськолижний спорт, підводне плавання, кінний спорт, велоспорт, якщо страхування цього ризику спеціально не обумовлене в договорі страхування.
- 6.1.9. Прямої чи непрямої дії радіоактивного випромінювання, хімічного або бактеріологічного забруднення.
- 6.1.10. Хронічних захворювань, а також захворювань чи травм, що виникли до початку дії договору страхування, крім випадків ліквідації гострої смертельної небезпеки або цілеспрямованих заходів по ліквідації гострого болю.
- 6.1.11. Захворювань або погіршення здоров'я, якщо поїздка за кордон була протипоказана Застрахованій особі за станом здоров'я.
- 6.1.12. Захворювань, які виникли в результаті не виконання вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень.
- 6.1.13. Нервових, психічних захворювань, а також пов'язаних з ними травматичних ушкоджень.
- 6.1.14. Онкологічних та онкогематологічних захворювань.
- 6.1.15. Хвороб, що передаються статевим шляхом, СНІДу та його наслідків.

Страховик не оплачує витрати на:

- 6.1.16. Лікування у випадку, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування, а також витрати у зв'язку з погіршенням стану здоров'я чи смертю Застрахованої особи внаслідок такого лікування.
- 6.1.17. Лікування, що здійснено поза межами території страхування.
- 6.1.18. Пластичну хірургію, будь-яким протезуванням (включаючи зубне та очне).
- 6.1.19. Стоматологічні послуги, за винятком знеболюючого лікування або лікування наслідків нещасного випадку.
- 6.1.20. Профілактичні щеплення, придбання та ремонт протезів та ортопедичних апаратів, оптичних коректорів зору (окулярів, оправ до них, лінз і т.п.).
- 6.1.21. Лікування сонячних опіків та алергічних реакцій на сонячне випромінювання.
- 6.1.22. Фізіотерапевтичне лікування та лікування нетрадиційними методами.
- 6.1.23. Проведення курсу лікування на бальнеологічних і лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку чи інших подібних закладах.
- 6.1.24. Надання послуг, що з медичного погляду не є необхідними при наданні невідкладної медичної допомоги, або з лікуванням, не призначеним лікарем.

- 6.1.25. Амбулаторне або стаціонарне лікування Застрахованої особи після дати, коли на думку лікаря, стає можливою (за медичними показаннями) медична евакуація Застрахованої особи до місця постійного проживання.
- 6.1.26. Витрати на медичну евакуацію Застрахованої особи у випадку незначних захворювань або травм.
- 6.1.27. Страховик до розгляду не приймає і не відшкодовує:
- 6.1.28. Витрати, пов'язані з подією, що мала місце до початку дії договору страхування чи після його закінчення або на території іншій, ніж територія страхування.
- 6.1.29. Вимоги про відшкодування моральної або непрямую шкоди.
- 6.1.30. Збитки, заподіяні професійною помилкою лікаря.
- 6.2. Страховик має право виключити зі страхового покриття існуючі раніше хронічні захворювання, явні симптоми яких проявлялися протягом попередніх 5 років або із приводу яких здійснювалося лікування протягом того ж строку.
- 6.3. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення та обмеження страхування.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

Договір страхування може бути укладено строком від декількох днів до одного року, або на інший строк за згодою сторін.

Договір страхування діє тільки у період, що вказаний у ньому, і тільки на території, що вказана у ньому, якщо інше не обумовлено договором страхування.

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

Днем сплати страхового платежу вважається:

При безготівковому розрахунку - день надходження грошових коштів на рахунок Страховика.

При готівковому розрахунку - день внесення готівки до каси Страховика.

Строк дії договору страхування починається з 00 годин дати, вказаної як початок періоду страхування, але не раніше, ніж Застрахована особа в'їде на територію дії договору страхування.

Строк закінчення дії договору страхування настає в момент виїзду Застрахованої особи з території дії договору страхування, але не пізніше 24 годин 00 хвилин дати, вказаної як останній день дії договору страхування.

При укладанні договору страхування на період 30 днів і більше Страховик несе відповідальність тільки в межах тієї кількості днів (ліміту), яка визначена в договорі страхування в графі "Кількість днів". При кожному в'їзді на територію страхування цей строк автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території страхування. Відповідальність Страховика припиняється при використанні ліміту, встановленого в графі „Кількість днів”.

Територією дії договору страхування може бути, якщо інше не вказано в договорі страхування:

Територія України, за виключенням місця постійного проживання Застрахованої особи.

Будь-яка країна світу або географічна територія, вказана у договорі страхування, за виключенням країни, громадянином якої є Застрахована особа, країна її проживання, Україна, зон збройного конфлікту та зон, що знаходяться під санкцією ООН.

8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховикові письмову заяву за формою, встановленою Страховиком.

Страхувальник може укласти договір страхування індивідуально або на групу Застрахованих осіб, які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. При укладанні договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний дати свою згоду на надання Страховикові інформації медичними працівниками та іншими особами, яким у зв'язку з виконанням своїх професійних обов'язків стане відомо про обставини настання, результати медичного обстеження та лікування Застрахованої особи з приводу захворювання, травми або іншого розладу здоров'я.

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

У випадку втрати Страхувальником договору страхування в період дії договору страхування, Страховик, на підставі письмової заяви Страхувальника видає дублікат договору, після чого втрачений

договір вважається недійсним і виплати за ним не проводяться. При повторному загубленні договору в період його дії Страховик стягує зі Страхувальника грошову суму у розмірі вартості його виготовлення.

При укладанні договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника баланс або довідку про фінансовий стан, підтверджені аудитором (аудиторською фірмою), та інші документи, необхідні для оцінки страховиком страхового ризику.

В договорі страхування Страхувальником та Страховиком може бути передбачено, що окремі положення цих Правил страхування не включаються в договір і не діють в конкретних умовах страхування, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

Страхувальник має право:

- 6.1.31. Достроково припинити дію Договору страхування на умовах розділу 15 цих Правил.
- 6.1.32. На відшкодування Страховиком витрат, спричинених страховим випадком, але не більше страхової суми, з врахуванням умов договору страхування.
- 6.1.33. За домовленістю із Страховиком внести зміни до умов діючого договору, про що укладається додаткова угода з врахуванням умов розділу 17 цих Правил.
- 6.1.34. Отримати дублікат договору страхування у випадку його втрати.
- 6.1.35. Оскаржити відмову Страховика у виплаті страхового відшкодування в судовому порядку.

Страхувальник зобов'язаний:

- 6.1.36. Своєчасно вносити страхові платежі.
- 6.1.37. При укладанні договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.
- 6.1.38. При укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього предмета договору страхування.
- 6.1.39. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 6.1.40. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами договору страхування.
- 6.1.41. Надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я особи, щодо якої укладається договір страхування.

Страховик має право:

- 6.1.42. Достроково припинити дію договору страхування, у разі неналежного невиконання Страхувальником своїх обов'язків.
- 6.1.43. До укладання договору страхування вимагати результатів медичного обстеження Застрахованої особи та інші документи, необхідні для оцінки стану здоров'я Застрахованої особи та ймовірності настання страхового випадку для конкретного ризику.
- 6.1.44. Відмовити в укладанні договору страхування на основі результатів попереднього анкетування та медичного обстеження.
- 6.1.45. Перевіряти надану Страхувальником та Застрахованою особою інформацію, а також виконання ними умов договору.
- 6.1.46. Надсилати запити до компетентних органів та установ про надання інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку. До компетентних органів та установ, за умовами цих Правил відносяться: медичні заклади та установи, які надають послуги Асистанту та інші органи та установи, які можуть надати відомості та підтвердити факт настання страхового випадку.
- 6.1.47. Відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках передбачених Правилами.
- 6.1.48. Заявляти зворотні вимоги до Страхувальника (Застрахованої особи) на суму сплачених Страховиком страхових виплат, які не підлягали сплаті згідно з умовами договору страхування, якщо це передбачено договором страхування.

Страховик зобов'язаний:

- 6.1.49. Ознайомити Страхувальника з Правилами та умовами страхування.

- 6.1.50. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 6.1.51. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхової суми (її частини) згідно з розділом 11 та розділом 12 цих Правил. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхової суми (її частини) шляхом сплати Страхувальникові пені, розмір якої визначається умовами договору страхування або законом.
- 6.1.52. Відшкодувати витрати понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання та зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору страхування.
- 6.1.53. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості майна переукласти із ним договір страхування.
- 6.1.54. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.
- 9.5. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.
- 9.6. Застрахована особа має право:
- 9.6.1. На відшкодування за медичні послуги, які були надані у відповідності з договором страхування.
- 9.6.2. При втраті Медичної картки одержати дублікат Медичної картки відповідно до п.8.14. цих Правил.
- 9.7. Застрахована особа зобов'язана:
- 9.7.1. Проходити лікування тільки в лікувальних закладах, визначених Страховиком.
- 9.7.2. В разі необхідності отримання медичних послуг в лікувальному закладі, не передбаченому договором страхування, узгодити це зі Страховиком до отримання цих послуг, а у випадках звертання Застрахованої особи за екстреною медичною допомогою повідомити Страховика про таке звертання не пізніше 48 годин з моменту, як тільки з'явиться можливість це зробити.
- 9.7.3. Дотримуватися вимог умов договору страхування, розпоряджень лікаря, внутрішнього розпорядку медичного закладу при одержанні медичної допомоги.
- 9.7.4. Забезпечити збереження особистих страхових полісів, сертифікатів, Медичних карток та не передавати їх іншим особам з метою одержання ними медичних послуг.
- 9.7.5. Надати Страховику право на ознайомлення з медичною документацією та отримання інформації від лікарів та інших осіб, що надають медичні послуги, з будь-яких медичних та інших закладів для вирішення питань, пов'язаних з виконанням договору страхування та оплатою наданих Застрахованій особі послуг.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, Страхувальник (Застрахована особа), зобов'язаний протягом 48 годин після настання такої події (або при першій можливості, у випадку, коли змоги повідомити Страховика або Асистанта не було) повідомити Страховика або Асистанта за телефоном(ами), що вказаний в договорі страхування, якщо договором страхування не визначено іншого способу повномочення. Інформація повинна містити:

- Прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- Назву страхової компанії;
- Номер, серію договору страхування, строк його дії ;
- Програму страхування та страхову суму;
- докладний опис обставин чи характер необхідної допомоги;
- Контактний телефон та адресу місцезнаходження Застрахованої особи або адресу лікувального закладу, якщо Застрахована особа вже знаходиться на лікуванні.
- За запитом Асистанта надіслати факсокопію полісу.

10.2. Страхувальник після повідомлення інформації, повинен узгодити з Асистантом наступні свої дії.

У будь-якому випадку, потрапивши до лікаря чи клініки, Страхувальник (Застрахована особа) має пред'явити договір страхування.

10.3. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) самостійно не може повідомити про те, що сталося, Асистанта чи Страховика, це може зробити інша особа (родич, керівник туристичної групи, працівник медичного закладу і т.д.)

10.4. При страхуванні за програмою, що передбачає страховий захист при багаторазових поїздках за кордон, Страхувальник (Застрахована особа) на запит Асистанта або Страховика має підтвердити дійсність договору страхування шляхом надання факсокопій відміток прикордонних служб в закордонному паспорті про перетин кордону.

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

11.1. Для компенсації вартості наданих Застрахованим особам медичних послуг медичні заклади або Асистант надають Страховику рахунки, акти виконаних робіт та іншу документацію стосовно страхового випадку.

11.2. Для одержання відшкодування вартості самостійно оплачених Страхувальником (Застрахованою особою) медикаментів, медичних та інших послуг (в обсязі та межах, визначених договором страхування), Страхувальник (Застрахована особа) подає Страховику заяву про виплату, договір страхування, документи, що підтверджують особу заявника (паспорт/посвідчення) та документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а саме:

- Квитанції, чеки, рахунки про оплату одержаного лікування, медикаментів, послуг медичного транспорту, послуг репатріації та ритуального перевезення, послуг зв'язку та ін.;
- Медичні довідки, з зазначенням прізвища пацієнта, встановленим діагнозом;
- Дані про проведені лікувальні процедури та дати їх проведення, рецепти з печаткою лікаря та найменуванням призначених ліків тощо.

11.3. З урахуванням характеру події, що відбулась, Страховик має право запросити додаткові документи, які підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, розмір витрат та виконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов договору, але ненадання цих документів не дає права Страховику відмовити Страхувальнику у виплаті страхового відшкодування.

11.4. Страховик має право перевіряти надану інформацію та направити до Застрахованої особи власного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

11.5. Ненадання Страхувальником зазначених документів не дає права Страховику відмовляти у виплаті страхового відшкодування.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. У разі настання страхового випадку Страховик відшкодовує витрати, що передбачені договором страхування:

- Безпосередньо Асистанту для подальшої оплати Асистантом рахунків за надані Застрахованій особі медичні, транспортні, юридичні та інші послуги.
- Страхувальникові (Застрахованій особі), якщо оплата послуг була здійснена самостійно Страхувальником (Застрахованою особою).

12.2. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатив послуги у країні перебування, Страховик відшкодовує ці витрати після повернення Застрахованої особи в Україну у національній валюті по курсу НБУ на день здійснення витрат (за вирахуванням франшизи). Договором страхування може бути передбачена гранична сума, в межах якої здійснюється відшкодування, якщо понесені витрати не були погоджені з Асистантом або Страховиком.

12.3. Страхове відшкодування виплачується Страховиком у межах страхової суми та лімітів відповідальності, зазначених у договорі страхування. Страхове відшкодування не може перевищувати розміру прямих витрат, яких зазнав Страхувальник (Застрахована особа).

12.4. При визначенні розміру страхового відшкодування вираховується франшиза, що зазначена в договорі страхування.

У випадку, коли сума витрат перевищує страхову суму, вказану у договорі страхування, Страховик, в першу чергу, сплачує витрати на лікування, а у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи) - витрати на перевезення тіла померлого у країну постійного проживання.

12.5. Відшкодування Страховиком медичних та інших витрат здійснюється після перевірки всіх поданих документів в строк згідно розділу 13 цих Правил.

- 12.6. Страхове відшкодування може одержати також інша особа за письмовим розпорядженням Страхувальника (Застрахованої особи), оформленим згідно законодавства.
- 12.7. Належну виплату страхового відшкодування Страховик здійснює через свою касу або в безготівковому порядку відповідно до бажання Застрахованої особи (Страхувальника, законного спадкоємця), про що зазначається у заяві про виплату.
- 12.8. За кожний день затримки виплати, що сталася з вини Страховика, сплачується пеня в розмірі, визначеному договором страхування.

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

- 6.2. Протягом 10 (семи) робочих днів з дня отримання всіх належним чином засвідчених документів і відомостей про обставини настання страхового випадку, згідно розділу 11 цих Правил, Страховик приймає рішення про виплату (або відмову у виплаті) страхового відшкодування та складає страховий акт.
- 6.3. Про відмову в страховій виплаті Страховик повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) або законного спадкоємця у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття рішення.
- 6.4. Відмова у виплаті страхового відшкодування може бути оскаржена Страхувальником в судовому порядку.
- 6.5. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою, спадкоємцем) документів, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим та складання страхового акту продовжується на період отримання Страховиком необхідних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 календарних днів. Таке продовження відбувається шляхом прийняття відповідного рішення Страховиком та повідомлення Страхувальника протягом 3 робочих днів з моменту прийняття такого рішення.
- 6.6. Всі виплати по страховим випадкам проводяться протягом 30 робочих днів, після прийняття відповідного рішення та складання Страхового акту, за умови отримання Страховиком всіх необхідних для цього документів згідно з цими Правилами, підписання їх всіма зацікавленими сторонами, якщо інше не вказано в договорі страхування.
- 6.7. Негативний фінансовий стан Страховика не є підставою для відмови у виплаті страхового відшкодування Страхувальникові.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

- 14.1. Підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є:
- 6.7.1. Навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена підстава не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації.
- 6.7.2. Вчинення Страхувальником або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку.
- 6.7.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку.
- 6.7.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.
- 6.7.5. Одержання відповідного відшкодування збитку від особи, винної у заподіянні цього збитку.
- 6.7.6. Інші випадки, передбачені законом.
- 14.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.
- 14.3. Рішення про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком у строк не більший передбаченого правилами страхування та повідомляється Страхувальникові в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

14.4. Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

15.1.1. Закінчення строку дії договору страхування.

15.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

15.1.3. Смерті Застрахованої особи. Якщо договір страхування було укладено відносно декількох осіб одночасно, то у разі смерті однієї Застрахованої особи договір припиняє дію тільки відносно цієї особи.

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

15.1.5. Реорганізація 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».

15.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

15.1.7. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

15.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

15.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.

15.3. Про намір достроково припинити дію договору страхування сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

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

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

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

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

15.8. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі були здійснені в безготівковій формі за умови дострокового припинення договору страхування.

15.9. В усіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику страхові поліси та Медичні картки, що були видані Застрахованим особам.

16. СТРАХОВИЙ ТАРИФ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

16.1. Розмір страхової премії визначається залежно від розміру страхової суми на підставі страхового тарифу, що визначається у Додатку 1 до цих Правил, з урахуванням результатів оцінки імовірності настання страхового випадку для конкретного ризику.

16.2. Конкретний розмір страхової премії визначається у договорі страхування та залежить від обраних умов страхування.

16.3. Страхова премія сплачується Страхувальником повністю одноразово, якщо інше не передбачене договором страхування.

16.4. Страхувальник може сплатити страхову премію готівкою у касу Страховика або використати безготівкові форми розрахунків.

16.5. Страхувальники вносять платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент - іноземною вільноконвертованою валютою або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

16.6. Якщо страховий випадок наступив до сплати чергового страхового внеску, Страховик має право при визначенні розміру страхової виплати вирахувати суму несплаченого страхового внеску.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Зворотній переклад термінів не іноземного походження з української мови на іншу (ділову) мову, зроблений за власної ініціативи Страхувальника не має юридичної сили, якщо протилежне не передбачено чинним законодавством.

17.2. Україномовні редакції цих Правил, страхових медичних програм, договору страхування, заяв мають пріоритет перед відповідними іншомовними редакціями таких документів, за виключенням перекладів, посвідчених Страховиком.

17.3. Страховик гарантує дотримання лікарської таємниці у відповідності до чинного законодавства України.

17.4. Страховик має право на ознайомлення з медичною документацією Застрахованої особи, що містить інформацію стосовно її історії хвороби, фізичного та психічного стану, діагнозу, перебігу лікування та прогнозів його результатів, а також використовувати цю інформацію для вирішення питань, пов'язаних з виконанням договору страхування, оплатою наданих Застрахованій особі послуг, захистом прав Застрахованої особи.

17.5. Будь-які зміни до умов договору страхування вносяться лише за письмовою згодою сторін.

17.6. Про намір внести зміни до умов договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за два тижня до запропонованого строку внесення змін.

17.7. Зміни до умов договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого договору страхування.

17.8. Договір страхування вважається недійсним з часу його укладання у випадках, передбачених Цивільним Кодексом України. Крім того, відповідно до Закону України «Про страхування» договір страхування визнається недійсним, якщо він укладений після настання страхового випадку. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

18.1. Спори, що виникають в процесі виконання умов договору страхування, вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

18.2. Суміжні термінологічні спори, тобто спори стосовно трактування термінів і спеціальних понять (включаючи формулювання результатів профілактичного огляду, профілю захворювання, діагнозу, назви/виду медичної допомоги, класифікацію ушкоджень, травм, уражень організму Застрахованої особи, тощо), які мають відношення до майнових інтересів Страхувальника, Застрахованої особи або Страховика, підлягають урегулюванню і вирішенню на підставі відповідних тлумачень поданих в офіційних спеціалізованих виданнях (довідники, словники, класифікатори) або згідно до роз'яснень компетентного державного чи міжнародного органу.

19. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

19.1. Будь-які зміни до умов договору страхування вносяться лише за письмовою згодою сторін.

19.2. Про намір внести зміни до умов договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за два тижня до запропонованого терміну внесення змін.

19.3. Зміни до умов договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого Договору страхування.

19.4. Додаткова угода до договору страхування є його невід'ємною частиною.

20. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

20.1. Страховик несе матеріальну відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами договору страхування.

20.2. У випадку порушення Застрахованою особою медичних розпоряджень і рекомендацій лікарського персоналу, а також недотримання правил внутрішнього розпорядку встановлених у медично-

закладі, медичний заклад має право припинити обслуговування Застрахованої особи, зробивши відповідну позначку в листі непрацездатності та/або історії хвороби амбулаторного або стаціонарного хворого. При цьому Страховик має право припинити договір страхування у відношенні даного застрахованого в порядку, передбаченому договором страхування.

Базові добові тарифи для програми страхування А.

Період страхування	Денна (добова) страхова премія в залежності від страхової суми, EUR / USD						
	5 000 EUR/USD	10 000 EUR/USD	15 000 EUR/USD	30 000 EUR/USD	50 000 EUR/USD	70 000 EUR/USD	100 000 EUR/USD
1-5 днів	0,008%	0,005%	0,004%	0,003%	0,002%	0,002%	0,002%
6-15 днів	0,007%	0,005%	0,004%	0,003%	0,002%	0,002%	0,001%
16-30 днів	0,006%	0,004%	0,003%	0,002%	0,002%	0,002%	0,001%
31-60 днів	0,005%	0,004%	0,003%	0,002%	0,002%	0,001%	0,001%
61-90 днів	0,005%	0,003%	0,002%	0,002%	0,001%	0,001%	0,001%
91-365 днів	0,004%	0,003%	0,002%	0,002%	0,001%	0,001%	0,001%

Вартість страхування за іншими програмами визначається шляхом множення страхового тарифу за програмою А на корегуючий коефіцієнт:

Назва програми	Коефіцієнт
Програма В	1,15-1,25
Програма С	1,35-1,45

В залежності від факторів, що збільшують чи зменшують ризик, використовуються наступні коефіцієнти до базового страхового тарифу:

Коефіцієнт урахування додаткових опцій

21. Додаткові опції страхування	22. Коефіцієнти підвищення страхового тарифу
Страхування на випадок захворювань/травм внаслідок заняття спортом на аматорському рівні	1,5 – 2,0
Страхування на випадок захворювань/травм внаслідок заняття професійним спортом	1,5-3,0
Страхування на випадок захворювань/травм внаслідок заняття фізичною працею за кордоном	1,5-3,0

Коефіцієнт урахування території страхування

Територія дії договору страхування	Коефіцієнт
Україна	1,0
Країни Європи	1,2
Єгипет, Ізраїль, Марокко, Туніс та Туреччина	1,2
Весь світ	1,8

Коефіцієнт урахування кількості поїздок протягом періоду страхування

Кількість поїздок протягом дії договору страхування	Франшиза (безумовна), EUR/USD	Коефіцієнт
Одноразова поїздка	0,0	1,0
	50,0	0,8
Багаторазові подорожі (переривчасте страхування)	0,0	1,3
	50,0	1,0

Кінцевий розмір страхового тарифу залежить від об'єктивних чинників, які суттєво впливають на ступінь страхового ризику для конкретної Застрахованої особи (віку, роду професійної діяльності та побічних занять, обрана програма страхування тощо) та загальних ризикових факторів (кількості Застрахованих осіб; виду транспорту, яким вони подорожують; політичних, економічних, соціальних, епідеміологічних факторів в країні, що є метою подорожі Застрахованої особи; її географічного розташування відносно основних материків та віддаленості від України, ступінь розвитку та доступність медичної допомоги в регіоні та інших факторів), та розраховується за допомогою підвищувальних (від 1,0 до 5,0) та понижуючих (від 1,0 до 0,4) корегувальних коефіцієнтів шляхом множення корегувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

У будь-якому випадку при застосуванні корегувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 20% від страхової суми.

Норматив витрат Страховика на ведення справи, визначений при розрахунках страхових тарифів, становить 30% від величини страхового тарифу.

Актуарій

Підпис

Мираний І.М.
П.І.Б.
сф. 007 015
6.12.12

Директор
ТДВ «СК «БАЗА КАПІТАЛУ»»

Прохито, пронумеровано та
скріплено печаткою на «АРКАКАПІТАЛУ»



ДЕРЖАВНЕ	СВІДОЦТВО	ПРО	ПРИЗНАЧЕННЯ	НА	ПОВНОВАЖЕННЯ	НА	ПОВНОВАЖЕННЯ	НА	ПОВНОВАЖЕННЯ
Телева Жанна Дмитрівна									
Підпис					М. Ташко				
19.02.2015					2115044				

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ № _____ / _____

(комплексний договір добровільного страхування медичних витрат під час поїздки за кордон та добровільного страхування від нещасних випадків)

м. _____

« _____ » _____ 201__ р.

ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «БАЗА КАПІТАЛУ», Ліцензії _____, № _____ від _____ р., в особі _____, який діє на підставі _____, надалі Страховик, з однієї сторони, та

_____ надалі Страхувальник, в особі _____, який діє на підставі _____, з іншої сторони, разом надалі Сторони, керуючись Законом України «Про страхування» від 07.03.1996 року № 85/96-ВР (із змінами та доповненнями), у відповідності до додатку «Особливі умови добровільного страхування медичних витрат під час поїздки за кордон» від 26.04.2006р. до «Правил добровільного страхування медичних витрат» від 26.04.2006р., та у відповідності до «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» від _____ р. (надалі - Правила), уклали Договір страхування (надалі - Договір чи Договір страхування) про наступне:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 1.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), пов'язані із життям та здоров'ям Застрахованої особи, та відшкодуванням витрат за медичні послуги, надані Застрахованій особі під час її поїздки за кордон медичними закладами та асистуючими компаніями згідно програм та умов даного Договору страхування, що не суперечать закону.
- 1.2. Застрахованими особами за Договором є працівники Страхувальника, які виїжджають у відрядження за кордон;
 - 1.2.1. мета поїздки – робота;
 - 1.2.2. група ризику - _____.
- 1.3. Перелік Застрахованих осіб (Додаток №1 до Договору) є невід'ємною частиною Договору.
- 1.4. Вигодонабувачами за Договором є Застраховані особи або особи згідно закону.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. **Страховими ризиками** за цим Договором страхування є:

- 2.1.1. Раптове гостре захворювання Застрахованої особи, що сталося несподівано і становить загрозу для її життя і здоров'я та потребує невідкладної медичної допомоги;
- 2.1.2. Розлад здоров'я, тілесні ушкодження Застрахованої особи, які настали у зв'язку з нещасним випадком та становлять загрозу для її життя і здоров'я та потребують невідкладної медичної допомоги;
- 2.1.3. Первинна інвалідність Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- 2.1.4. Травмування Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- 2.1.5. Смерть Застрахованої особи у зв'язку з раптовим гострим захворюванням або нещасним випадком;
- 2.1.6. Додаткові витрати, визначені Програмами даного Договору страхування, та які нерозривно пов'язані з настанням страхового випадку.

2.2. **Страховими випадками** за цим Договором є:

- 2.2.1. виникнення в період дії Договору страхування витрат Страхувальника (Застрахованої особи) під час поїздки за кордон за оплату вартості наданих йому невідкладних медичних послуг та додаткових витрат, передбачених Договором страхування, якщо ці послуги були надані Застрахованій особі у зв'язку з надзвичайними подіями згідно з п. 2.1. Договору;
- 2.2.2. події згідно з пп. 2.1.3. – 2.1.5. Договору страхування, що відбулись після набуття ним чинності та документально підтверджені компетентними органами (медичними закладами, правоохоронними органами).

2.3. **Вищезазначені події не є страховими випадками, якщо вони сталися в результаті:**

- 2.3.1. здійснення Застрахованою особою навмисного правопорушення, що призвело до настання події;
- 2.3.2. вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних або токсичних речовин;
- 2.3.3. навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;
- 2.3.4. самогубства або замаху на самогубство Застрахованої особи;
- 2.3.5. участі у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту);
- 2.3.6. участі у військових діях, народних заворушеннях, повстаннях, терористичних актах;
- 2.3.7. прямої чи непрямої дії радіоактивного випромінювання, хімічного, бактеріологічного забруднення;
- 2.3.8. керування Застрахованою особою наземним або водним транспортом без відповідного посвідчення або у стані алкогольного, наркотичного, чи токсичного сп'яніння, або передача керування особою, яка не має відповідного посвідчення або перебуває у стані алкогольного, наркотичного, чи токсичного сп'яніння;
- 2.3.9. виконання небезпечної роботи за наймом (на виробництві з підвищеною небезпекою, будівельні та підземні роботи, роботи на установках по видобутку нафти тощо), заняття спортом на професійному чи аматорському рівні, включаючи спортивні змагання та тренування, та небезпечними видами спорту (за винятком сплати Страхувальником додаткової страхової премії);
- 2.3.10. спроби Застрахованої особи у встановленні рекордів швидкості або участі у такого роду змаганнях;
- 2.3.11. ускладнення, наслідки захворювання, загострення захворювання, яке було встановлено у Застрахованої особи до початку дії Договору

страхування, якщо це не становить загрозу життю Застрахованої особи;

2.3.12. перельоту на літаку, що не входить до числа офіційно зареєстрованих або спеціальних рейсів, зареєстрованих у Міжнародному Реєстрі авіарейсів;

2.3.13. участі Застрахованої особи у автоперегонах або інших змаганнях (чи підготовці до них) на землі, воді або у повітрі в якості водія, капітана, пілота чи їх помічника, а також наїзника на тваринах;

2.3.14. виконання обов'язків піротехніка, професійного водолаза, фокусника або дресирувальника тварин (за винятком сплати Страхувальником додаткової страхової премії);

2.3.15. участі Застрахованої особи у таких небезпечних для життя видах діяльності як стрибки з парашутом (як із літаків, так і з веж (вольтижування), стрибки з використанням еластичного троса, походи в екстремальних умовах, участь у пошукових або інших експедиціях у зони з екстремальними природнокліматичними умовами або в географічно віддалені регіони;

2.3.16. полювання;

2.3.17. керування мотоциклом з об'ємом циліндра більше 125 см.куб., квадрациклами, картами та іншими екстремальними (на розсуд Страховика) транспортними засобами.

3. ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

3.1. ПРОГРАМА А: Невідкладні медичні послуги

При раптовому гострому захворюванні або нещасному випадку відшкодовуються витрати на отримані невідкладні медичні послуги:

- Невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах (оплата консультацій, діагностичних та лікувальних процедур, в т.ч. оперативних (екстрених, термінових) втручань, медикаментів, перев'язувальних матеріалів, засобів фіксації, перебування в палаті, харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі);
- Невідкладної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (оплата консультацій, діагностичних та лікувальних процедур, медикаментів, перев'язувальних матеріалів, засобів фіксації);
- Оплату ліків, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану здоров'я, придбаних за рецептом лікаря та на підставі пред'явленого рецепту і підтвердження про оплату;
- Необхідної, призначеної лікарем заміни окулярів, зіпсованих в результаті нещасного випадку, що призвів до травмування Застрахованої особи – до 100 у.о. по курсу НБУ на дату заміни;
- Невідкладної стоматологічної допомоги – до 150 у.о. по курсу НБУ на дату надання допомоги;
- Невідкладної пологової допомоги до 7-го місяця вагітності;
- Медичних перевезень;
- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого лікаря або лікувального закладу;
- медичної евакуації/репатріації з-за кордону до лікарні, найближчої до міжнародного аеропорту або найближчої до пункту перетину кордону у країні постійного проживання;
- репатріації до постійного місця проживання, включаючи витрати на супроводжуючу особу при наявності медичної довідки про необхідність супроводжування (якщо ця необхідність підтверджується відповідними документами);
- репатріації тіла, якщо смерть настала внаслідок раптового гострого захворювання або нещасного випадку.

Якщо має місце репатріація, невикористаний зворотний квиток здається Страховику.

3.2. ПРОГРАМА А+: Невідкладні медичні послуги (обмежена Програма)

При раптовому гострому захворюванні або нещасному випадку відшкодовуються витрати на отримані невідкладні медичні послуги:

- Невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах (оплата консультацій, діагностичних та лікувальних процедур, в т.ч. оперативних (екстрених, термінових) втручань, медикаментів, перев'язувальних матеріалів, засобів фіксації, перебування в палаті, харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі);
- Невідкладної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (оплата консультацій, діагностичних та лікувальних процедур, медикаментів, перев'язувальних матеріалів, засобів фіксації);
- Невідкладної стоматологічної допомоги – до 150 у.о. по курсу НБУ на дату надання допомоги;
- Медичних перевезень;
- медичної евакуації/репатріації з-за кордону до лікарні, найближчої до міжнародного аеропорту або найближчої до пункту перетину кордону у країні постійного проживання;
- репатріації тіла, якщо смерть настала внаслідок раптового гострого захворювання або нещасного випадку.

Якщо має місце репатріація, невикористаний зворотний квиток здається Страховику.

Страховик не відшкодовує витрати, пов'язані з:

- хворобами крові та кров'яних органів;
- захворюваннями органів слуху та розладами слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води тощо);
- грибковими та дерматологічними хворобами;
- алергічними дерматитами.

Застрахованим особам віком понад 60 років Страховик відшкодовує витрати на отримані невідкладні медичні послуги в розмірі, що не перевищує 3 000,00 у.о., по курсу НБУ на дату надання медичних послуг.

3.3. ПРОГРАМА В: Адміністративні послуги

Додатково до витрат за Програмою А відшкодовуються витрати на отримані адміністративні послуги:

- Візит третьої особи, що мешкає в Україні, коли тривалість перебування Застрахованої особи у стаціонарі перевищує 10 діб і жоден із повнолітніх членів сім'ї не супроводжує її під час поїздки (оплата вартості квитків економічного класу, проживання в готелі - 50 у.о. (по курсу НБУ на дату заселення в готель) за добу, але не більше 4 діб). Ці витрати відшкодовуються у разі погодження візиту зі Страховиком;
- Дострокове повернення (проїзд економічним класом) Застрахованої особи у разі смерті найближчих родичів (чоловіка, дружини, дітей, батьків) до пункту перетину кордону у країні постійного проживання;
- Транспортування дитини (дітей) Застрахованої особи віком до 14 років до місця постійного проживання, якщо Застраховану особу госпіталізовано до лікарні за відсутності іншого дорослого (віком понад 18 років) близького родича. Страховик має право використати зворотні квитки дитини (дітей);
- Передача термінових повідомлень, пов'язаних зі страховим випадком.

3.4. ПРОГРАМА АС: Нещасний випадок

Страховим випадком за цією Програмою є наступні події, що відбулись після набуття чинності Договором страхування та документально підтверджені компетентними органами (медичними закладами, правоохоронними органами):

- Первинна інвалідність Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- Травмування Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- Смерть Застрахованої особи у зв'язку з нещасним випадком.

3.5. ПРОГРАМА С: Юридичні послуги

Додатково до витрат за Програмою В відшкодовуються витрати на:

- Надання Застрахованій особі консультаційної допомоги по захисту її прав у випадках порушення проти неї адміністративної або кримінальної справи:
 - Надання назв, номерів телефонів, адрес и годин роботи юристів та юридичних фірм в закордонних країнах;
 - Організація послуг адвоката в разі пред'явлення Застрахованій особі судового позову під час її перебування за кордоном (при умові самостійної оплати вартості послуг адвоката Застрахованою особою)
- Організацію послуг адвоката в адміністративних процесах, якщо за кордоном Застрахованій особі пред'явлено судовий позов. Ця гарантія не надається у випадках, якщо судовий позов пов'язаний:
 - з карними діями Застрахованої особи;
 - з професійною діяльністю Застрахованої особи;
 - з використанням транспортних засобів.
- Організацію пошуку та повернення загубленого багажу, що належить Застрахованій особі, якщо його було втрачено під час перевезення професійними перевізниками на підставі офіційних документів, які оформлюються перевізником;
- Організацію передачі термінових повідомлень, пов'язаних зі страховим випадком;
- Надання допомоги у разі втрати особистих документів Застрахованої особи – на суму до 200 EUR для отримання тимчасових документів, що посвідчують особу. Ці витрати відшкодовуються на підставі документів з відповідних державних органів країни перебування про настання такої події із Застрахованою особою та про відсутність до нього претензій кримінального характеру.

3.6. ПРОГРАМА D: Автотехнічна допомога

Додатково до витрат за Програмою С відшкодовуються витрати, пов'язані з ДТП, аварією, крадіжкою транспортного засобу, на якому подорожує Застрахована особа, у зв'язку з:

- Організацією доставки Застрахованих осіб - водія і пасажирів до місця призначення у країнах Європи або повернення в Україну;
- Наданням та оплатою послуг іншого водія (тільки у країнах Європи) у випадку, якщо Застрахована особа, у зв'язку із розладом стану здоров'я, не здатна керувати транспортним засобом;
- Правовим захистом в разі ДТП із Застрахованою особою;
- Буксируванням транспортного засобу, непридатного до руху, до найближчої станції технічного обслуговування або автостоянки (відшкодовується вартість послуги до 300 EUR) та ремонт і доставка запасних частин за умови, що це зробить транспортний засіб, на якому подорожує Застрахована особа, придатним до експлуатації (відшкодовується вартість даної послуги до 300 EUR). Доцільність ремонту визначається Страховиком або Асистуючою компанією.
- Поверненням (проїзд в економічному класі) Застрахованої особи до місця постійного проживання;
- Розміщення пасажирів в готелі на час ремонту – до 2 (двох) діб з оплатою до 50 EUR за добу.

3.7. Програми страхування, які діють відносно кожної Застрахованої особи, зазначені в Переліку Застрахованих осіб (Додаток №1 до Договору).

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Не підлягають відшкодуванню витрати:

4.1.1. у розмірі, меншому за франшизу;

4.1.2. пов'язані з хронічними захворюваннями (лікування, оперативні втручання, придбання медикаментів) та наслідками таких захворювань, які існували на момент укладання Договору страхування, крім випадків, коли це становить загрозу життю Застрахованої особи (за наявності довідки медичного закладу);

- 4.1.3. проведення консультацій, обстежень, інших діагностичних заходів, лікування та операцій, які виходять за рамки невідкладної медичної допомоги та можуть бути проведені в Україні, або в країні постійного проживання Застрахованої особи;
- 4.1.4. на лікування нервових та психічних захворювань: інсульту мозкового, пухлини головного та спинного мозку, епілепсії, шизофренії;
- 4.1.5. на лікування захворювань, не вилікуваних на день початку поїздки і які з медичної точки зору є протипоказанням для поїздки за кордон;
- 4.1.6. на лікування онкологічних захворювань;
- 4.1.7. пов'язані з лікуванням СНІДу та його наслідків;
- 4.1.8. пов'язані з лікуванням венеричних захворювань та захворювань, що передаються статевим шляхом;
- 4.1.9. на відшкодування вартості ліків, що придбані без рецепта лікаря, та оплати профілактичних, вітамінних та загальнозміцнюючих препаратів;
- 4.1.10. на водолікування, геліотерапію та косметичне лікування, якщо воно не обумовлене травмою, одержаною в результаті нещасного випадку в період дії Договору страхування;
- 4.1.11. проведенням курсу лікування на бальнеологічних та лікувальних курортах, в санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку та в інших подібних установах;
- 4.1.12. коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;
- 4.1.13. на придбання та ремонт допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів тощо), якщо вони не обумовлені травмою, отриманою в результаті нещасного випадку у період дії Договору страхування;
- 4.1.14. на проведення абортів, крім випадків, коли аборт був необхідний внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання;
- 4.1.15. пов'язані з вагітністю та пологами, які сталися після 7-го місяця вагітності та не несуть загрози для життя, за виключенням позаматкової вагітності, якщо цей факт встановлено не раніше, ніж через два місяці з дня набуття чинності Договору страхування;
- 4.1.16. на протезування зубів та стоматологічну допомогу, яка перевищує необхідну допомогу для усунення причин гострого болю та ризику появи ускладнень;
- 4.1.17. на послуги лікувальних закладів або осіб, які не мають відповідної ліцензії;
- 4.1.18. на лікування, що призначене і здійснене особою, з якою Страхувальник (Застрахована особа) перебуває у родинних стосунках;
- 4.1.19. пов'язані з ускладненням або побічними діями ліків, що не були призначені лікарем;
- 4.1.20. на лікування сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання;
- 4.1.21. на лікування нетрадиційними методами;
- 4.1.22. на реабілітацію та фізіотерапію;
- 4.1.23. пов'язані із штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, витрати для запобігання вагітності;
- 4.1.24. пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: сауни, басейну, телевізору, радіоприймача, телефону, кондиціонера, а також послуг перукаря, масажиста, косметолога тощо;
- 4.1.25. на поточні обстеження зору та слуху;
- 4.1.26. пов'язані з проведенням дезінфекцій, профілактичних вакцинацій, ін'єкцій, щеплень, лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;
- 4.1.27. пов'язані з судомним приступом, перебігом психічних захворювань, інсультом або інфарктом (надається невідкладна допомога);
- 4.1.28. пов'язані з порушенням свідомості чи погіршенням психічного сприйняття внаслідок вживання алкоголю, наркотиків, токсичних препаратів та медикаментів, що вживаються не за призначенням лікаря;
- 4.1.29. не передбачені Програмами страхування даного Договору страхування;
- 4.1.30. пов'язані з достроковим поверненням Застрахованої особи у разі смерті найближчих родичів, якщо померлого родича було госпіталізовано до поїздки Застрахованої особи за кордон, і про таку госпіталізацію Застрахована особа знала чи могла знати.
- 4.2. **Не вважаються нещасним випадком хвороби** (за винятком правцю, сказу, менінгоенцефаліта, що передається укусами кліщів).
- 4.3. **Підставою для відмови Страхувальника у виплаті страхового відшкодування є:**
 - 4.3.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, пов'язаних з виконаннями ними громадянського чи службового обов'язку в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі та гідності. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
 - 4.3.2. подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;
 - 4.3.3. інші випадки, передбачені законом.
- 4.4. **Не можуть бути застраховані особи:**
 - 4.4.1. визначені у встановленому порядку недієздатними;
 - 4.4.2. які страждають наступними захворюваннями: пухлина головного мозку, спинного мозку, хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа, та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт, алкоголізм, наркоманія, психічні захворювання;
 - 4.4.3. інваліди I групи та непрацюючі інваліди II групи;
 - 4.4.4. особи віком до одного року.
- 4.5. Договір страхування, укладений відносно осіб, зазначених в п. 4.4. Договору, є недійсним з моменту укладення.

5. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 5.1. Договір страхування укладається на строк з **00 год. 00 хв.** «__» _____ **201__ р.** по **24 год. 00 хв.** «__» _____ **201__ р.**
- 5.2. Строк дії Договору страхування відносно кожної Застрахованої особи встановлюється за згодою Сторін до дванадцяти місяців та зазначається в Переліку Застрахованих осіб (Додаток №1 до Договору).
- 5.3. Страховий захист стосовно кожної Застрахованої особи починається з моменту перетину Застрахованою особою державного кордону України, але не раніше зазначеної в Переліку Застрахованих осіб дати початку його дії відносно цієї Застрахованої особи, та закінчується з моменту перетину

Застрахованою особою державного кордону під час в'їзду в Україну, але не пізніше 24 години дати, зазначеної в Переліку Застрахованих осіб як дата закінчення дії страхового захисту відносно цієї Застрахованої особи, за умови своєчасної сплати Страхувальником страхового платежу згідно з п. 6.4. Договору.

5.4. При багаторазових поїздках Застрахованої особи за кордон, в Переліку Застрахованих осіб зазначається обмеження щодо максимальної кількості днів перебування Застрахованої особи за кордоном протягом строку дії Договору страхування. Максимальна кількість днів перебування Застрахованої особи за кордоном автоматично зменшується на кількість днів попереднього перебування Застрахованою особою за кордоном під час дії Договору страхування.

5.5. Страховий захист відносно кожної Застрахованої особи діє на території, зазначеній в Переліку Застрахованих осіб. За межами зазначеної території Договір страхування стосовно цієї Застрахованої особи не діє.

6. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА СТРОКИ ЙОГО СПЛАТИ

6.1. Страхова сума по кожній Застрахованій особі складає:

6.1.1. по страхуванню медичних витрат: екв. _____ EURO;

6.1.2. по страхуванню від нещасних випадків: _____ грн.

6.2. Франшиза по кожній Застрахованій особі по одному страховому випадку складає: _____ EURO.

6.3. Страховий платіж по кожній Застрахованій особі зазначається в Переліку Застрахованих осіб (Додаток №1 до Договору).

6.4. Загальний страховий платіж по Переліку Застрахованих осіб сплачується Страхувальником одноразово на поточний рахунок Страховика до початку поїздки зазначених в цьому Переліку Застрахованих осіб за кордон.

6.5. У випадку, якщо загальний страховий платіж по Переліку Застрахованих осіб не надійшов або надійшов не в повному розмірі на поточний рахунок Страховика в обумовлений п. 6.4. строк, страховий захист стосовно цього Переліку Застрахованих осіб не діє.

6.6. «Міжнародний договір страхування» кожній Застрахованій особі, яка зазначена в Переліку Застрахованих осіб, надається Страховиком після сплати Страхувальником загального страхового платежу по цьому Переліку Застрахованих осіб.

6.7. Страхові платежі сплачуються в грошовій одиниці України.

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

7.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

7.1.1. отримати страхове відшкодування у разі настання страхового випадку, визначеного в Договорі страхування (якщо Застрахована особа сама сплатила вартість невідкладних послуг під час перебування за кордоном та узгодила ці витрати зі Страховиком або з Асистуючою компанією);

7.1.2. вимагати від Страховика своєчасних виплат страхового відшкодування у строки, визначені в Договорі страхування;

7.1.3. достроково припинити дію Договору страхування;

7.1.4. застрахувати додаткову кількість осіб або припинити дію Договору страхування відносно частини Застрахованих осіб. При цьому Страховик здійснює перерахунок страхової премії відповідно до своїх тарифів.

7.2. Страховик має право:

7.2.1. перевіряти повідомлену Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію та виконання ним умов Договору страхування;

7.2.2. запитувати інформацію, що має відношення до предмета Договору страхування, як у Страхувальника (Застрахованої особи), так і у організації, які володіють інформацією про обставини події, яка сталася із Застрахованою особою (медичні заклади, Асистуюча компанія, компетентні органи тощо);

7.2.3. відмовити повністю або частково у виплаті страхового відшкодування у разі невиконання або неналежного виконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору страхування. Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування Страховик зобов'язаний прийняти протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня надання Страхувальником (Застрахованою особою) всіх необхідних документів по події;

7.2.4. відстрочити виплату страхового відшкодування до з'ясування обставин випадку при виникненні обґрунтованих сумнівів відносно поданої Страхувальником (Застрахованою особою) інформації, але не більше ніж на 3 (три) місяці;

7.2.5. перевіряти всі надані документи та, при необхідності, направляти Застраховану особу на медичне обстеження.

7.3. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

7.3.1. надати Страховику всю відому йому інформацію, що має значення для оцінки страхового ризику;

7.3.2. при укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета Договору;

7.3.3. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків внаслідок настання надзвичайних подій;

7.3.4. погоджувати із Страховиком або Асистуючою компанією всі дії, пов'язані з отриманням лікування та інших послуг в разі раптового гострого захворювання, нещасного випадку та інших надзвичайних подій, обумовлених Договором страхування;

7.3.5. виконувати рекомендації Асистуючої компанії та Страховика;

7.3.6. надати право вільного доступу лікаря-експерта Страховика та його уповноваженого представника до медичної, фінансової та іншої документації, яка пов'язана із страховим випадком, з метою встановлення причин події, розміру збитку;

7.3.7. при настанні страхового випадку на вимогу Страховика пройти медичне обстеження.

7.4. Страховик зобов'язаний:

7.4.1. ознайомити Страхувальника (Застраховану особу) з умовами та Правилами страхування;

7.4.2. при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування на умовах та у строк, передбачений Договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхового відшкодування зі своєї вини шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) пені (штрафу) в розмірі 0,01% від суми страхового відшкодування за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, встановленої на день прострочення;

7.4.3. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

8. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

8.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа або її довірена особа зобов'язана протягом 48 годин зв'язатись із Асистуючою компанією за вказаними у «Міжнародному договорі страхування» телефонами в країні перебування Застрахованої особи і повідомити наступну інформацію:

- прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- номер «Міжнародного договору страхування»;
- місцезнаходження, контактний телефон;
- докладний опис обставин настання події та характер необхідної допомоги.

8.2. Якщо в переліку представництв Асистуючої компанії Застрахована особа не знаходить представництва в країні її перебування, то Застрахованій особі необхідно звернутися до центрального офісу Асистуючої компанії.

8.3. У разі неможливості зателефонувати до Асистуючої компанії до консультації з лікарем або до екстреної госпіталізації, Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси, повинна зробити це як тільки стане можливо, але не пізніше 5 (п'яти) діб з моменту настання події.

Застрахована особа може втратити право на отримання страхового відшкодування у разі, якщо Страхувальник (Застрахована особа) порушив зазначені в Договорі страхування строки повідомлення про настання події, що має ознаки страхового випадку, без поважних на це причин.

8.4. При виборі лікувального закладу, якщо характер захворювання не потребує термінового лікарського втручання для рятування життя, Застрахована особа повинна звернутись до Асистуючої компанії і отримати консультацію щодо рекомендованих лікувальних закладів.

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

9.1. Для прийняття Страховиком рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику наступні документи:

- заяву на виплату страхового відшкодування (у строк до 15 календарних днів з дня повернення Застрахованої особи в Україну), за умови відсутності поважних причин для несвоєчасного подання такої заяви;
- оригінал «Міжнародного договору страхування»;
- документ, що посвідчує особу, яка одержує страхове відшкодування;
- копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера особі, яка одержує страхове відшкодування;
- оригінали рахунків на оплату вартості отриманих послуг;
- оригінали квитанцій або чеків, що підтверджують оплату вищезазначених рахунків;
- довідку-рахунок з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) про оплату одержаного лікування, де вказано прізвище пацієнта, діагноз, дані про окремі лікувальні процедури та дати їх проведення;
- рецепти з печаткою на придбання призначених медикаментів, де вказано прізвище лікаря;
- касові чеки про оплату медикаментів за рецептом лікаря;
- офіційний протокол, довідка, оригінал акту або інший документ, виданий компетентними органами, що підтверджує факт настання нещасного випадку або травми і обставини події;
- закордонний паспорт з відмітками прикордонного контролю про перетин державного кордону для перевірки загального строку перебування Застрахованої особи за кордоном протягом строку дії Договору страхування;
- у разі смерті Застрахованої особи:
 - довідку лікаря про причину смерті і медичний висновок про причину смерті;
 - оригінал або належним чином завірену копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи;
 - свідоцтво про право на спадщину, видане державним нотаріусом (для спадкоємця Застрахованої особи).
- інші документи на вимогу Страховика та/або згідно закону.

10. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

10.1. Оплата вартості наданих Застрахованій особі невідкладних послуг за кордоном здійснюється Асистуючою компанією, яка є закордонним представником Страховика. Розрахунки між Страховиком та Асистуючою компанією за надані Застрахованій особі послуги під час її поїздки за кордон здійснюються у порядку та у строки, передбачені договором між Страховиком та Асистуючою компанією.

10.2. Якщо Застрахована особа сама сплатила вартість невідкладних послуг під час своєї поїздки за кордон та узгодила її зі Страховиком або з Асистуючою компанією, Страховик відшкодовує Застрахованій особі дані витрати в межах страхової суми по медичним витратам після повернення Застрахованої особи в Україну та за умови їх документального обґрунтування і підтвердження.

10.3. У разі смерті Застрахованої особи в зв'язку з нещасним випадком, Страховик відшкодовує Вигодонабувачу (спадкоємцю Застрахованої особи) 100% страхової суми по страхуванню від нещасних випадків.

10.4. У разі встановлення Застрахованій особі інвалідності внаслідок нещасного випадку, Страховик відшкодовує такі відсотки від страхової суми по страхуванню від нещасних випадків:

- при встановленні I групи інвалідності – 100%
- при встановленні II групи інвалідності – 70%
- при встановленні III групи інвалідності – 50%

10.5. У разі травмування Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, розмір страхової виплати встановлюється у відсотках від страхової суми по страхуванню від нещасних випадків згідно з "Таблицею розмірів страхових виплат у зв'язку із травмуванням Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку" (Додаток №1 до «Правил добровільного страхування від нещасних випадків»). Травмуванням за Договором є результат нещасного випадку, що призвів до тимчасової непрацездатності Застрахованої особи (для непрацюючих осіб та дітей - перебування на

амбулаторному або стаціонарному лікуванні) не менше ніж на 7 календарних днів.

10.6. Рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня надання Страхувальником (Застрахованою особою) всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку.

10.7. Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком **протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з дня прийняття рішення про виплату.

11. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

11.1. Страховик має право повністю або частково відмовити у виплаті страхового відшкодування, якщо Страхувальник (Застрахована особа):

11.1.1. вчасно не повідомив Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, без поважних на це причин;

11.1.2. не надав Страховику, надав не в повному обсязі або неналежним чином оформлені документи та відомості, необхідні для виплати страхового відшкодування;

11.1.3. надав Страховику документи з неправильно інформацією стосовно стану здоров'я та наданих медичних та додаткових послуг;

11.1.4. відмовився від медичного обстеження на вимогу Страховика.

11.2. При відмові у виплаті страхового відшкодування (його частки), Страховик повідомляє Страхувальнику (Застрахованій особі) в письмовій формі обґрунтовані причини відмови в строк не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

12. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

12.1.1. закінчення строку дії Договору страхування;

12.1.2. вичерпання ліміту загального строку перебування Застрахованої особи за кордоном згідно Договору страхування;

12.1.3. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;

12.1.4. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

12.1.5. в інших випадках, передбачених законом.

12.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено на вимогу Страхувальника або Страховика.

12.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування на вимогу Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до кінця дії Договору страхування з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30%, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за даним Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

12.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування на вимогу Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30%, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за даним Договором страхування.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

13.1. Спори за даним Договором страхування, що виникають між Страхувальником (Застрахованою особою) і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.

13.2. При неможливості врегулювання спірних питань, справа розглядається у судовому порядку за місцезнаходженням Страховика.

14. АСИСТУЮЧА КОМПАНІЯ

14.1. Цілодобове обслуговування Застрахованих осіб у випадку настання страхового випадку здійснює міжнародна Асистуюча компанія «ALBUR» s.r.o.

14.2. Центральний офіс міжнародної Асистуючої компанії «ALBUR» s.r.o.: Březinová 297/19, 460 05 Liberec 5, Czech Republic; Tel: + 420 485 108 435; Fax: + 420 485 107 702; Mob: + 420 732 279 967; E-mail: albur.liberec@seznam.cz; alburassist@quick.cz; office@albur-online.com

14.3. Перелік представництв Асистуючої компанії «ALBUR» s.r.o. та їх контактну інформацію зазначено в «Міжнародному договорі страхування».

15. ІНШІ УМОВИ

15.1. В Договорі наступні терміни вживаються в такому значенні:

Страховик – ТДВ «СК «БАЗА КАПІТАЛУ», що приймає на себе за Договором страхування за визначену винагороду (страхову премію) та на визначених умовах зобов'язання відшкодувати:

➤ медичні та додаткові витрати, пов'язані з наданням Застрахованій особі невідкладних медичних послуг під час поїздки за кордон;

➤ шкоду, завдану життю та здоров'ю Застрахованої особи внаслідок настання нещасного випадку під час поїздки за кордон.

Страхувальник - юридична особа незалежно від форми власності, яка організовує поїздку або подорож фізичних осіб (Застрахованих осіб) за кордон, яка уклала зі Страховиком Договір страхування.

Застрахована особа – фізична особа, що виїжджає за кордон та знаходиться під страховим захистом.

Договір страхування - письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у визначений строк та виконувати інші умови Договору страхування.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, згідно умов Договору страхування, зобов'язаний здійснити виплату при настанні страхового випадку.

Страхова премія (платіж, внесок) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику, згідно з Договором страхування.

Страхове відшкодування – грошова сума, яка виплачується Страховиком при настанні страхового випадку та яка може складати всю страхову суму або її частину.

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

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

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

Страховий випадок – подія, передбачувана Договором страхування, яка відбулась під час дії Договору страхування, документально підтверджена, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування.

Раптове гостре захворювання – гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або гострим станом Застрахованої особи, що становить загрозу життю та здоров'ю та вимагає надання негайної медичної допомоги.

Загроза життю та здоров'ю – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання або смерті Застрахованої особи.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, короткочасна, непередбачена подія, що не залежить від волі Застрахованої особи, яка фактично відбулась під час дії Договору страхування і внаслідок якої настав розлад здоров'я, тілесні ушкодження або смерть Застрахованої особи: травматичне ушкодження, опіки, наслідки ураження блискавкою або електричним струмом, обмороження, переохолодження, утоплення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), неякісними харчовими продуктами, за винятком харчової токсикоінфекції (сальмонельозу, дизентерії), ліками, захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом) або поліомієлітом, наслідки укусів тварин, отруйних комах, змій.

Травмування – результат нещасного випадку, що призвів до тимчасової непрацездатності Застрахованої особи (для непрацюючих осіб та дітей - перебування на амбулаторному або стаціонарному лікуванні) не менше ніж на 7 календарних днів і підлягає страховій виплаті згідно з «Таблицею розмірів страхових виплат у зв'язку із травмуванням Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку» (Додаток №1 до «Правил добровільного страхування від нещасних випадків»).

Тілесне ушкодження – травма, поранення, опіки, що були отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час поїздки за кордон та під час дії Договору страхування, та потребують госпіталізації або амбулаторного лікування.

Гострий біль – реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, який у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

Розлад здоров'я – стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

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

Екстрене оперативне втручання – операція, яку необхідно зробити без зволікання. Найменша затримка може призвести до погіршення прогнозу, подальшої якості життя.

Навмисні дії – дії Страхувальника (Застрахованої особи), здійснюючи які він передбачає та свідомо завдає шкоди собі та/або третій особі.

Репатріація тіла - передбачає посмертну репатріацію останків Застрахованої особи у разі її смертні внаслідок непередбаченого гострого захворювання або нещасного випадку, а саме витрати, санкціоновані Асистуючою компанією, на посмертну репатріацію тіла до країни постійного проживання Застрахованої особи. Кінцевим пунктом маршруту репатріації є аеропорт у країні постійного проживання, куди прибуває труна із тілом померлої Застрахованої особи, або митний пункт у країні постійного місця проживання. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги (послуги, пов'язані з організацією поховання та облаштування місця поховання) на території країни постійного місця проживання померлого.

Асистуюча компанія - юридична особа, що є повноважним представником Страховика, яка згідно Договору, укладеному зі Страховиком, організує надання послуг, обумовлених Програмою страхування, Застрахованим особам під час їх поїздки за межі України, забезпечує надання платіжних гарантій та координує дії Застрахованої особи при настанні надзвичайних подій, що мають ознаки страхового випадку.

Невідкладна стаціонарна допомога - комплекс медичних послуг, що надаються Застрахованій особі при гострих розладах здоров'я внаслідок раптового гострого захворювання чи нещасного випадку, що загрожують його життю чи здоров'ю та потребують інтенсивного лікування, цілодобового медичного нагляду та госпіталізації.

Невідкладна стоматологічна допомога - надання медичної послуги Застрахованій особі, спрямованої на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, без подальшого відновлювального лікування при раптовому гострому захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур.

Спорт - змагальна діяльність, підготовка до неї, а також специфічні відносини, норми і досягнення, пов'язані з цією діяльністю.

Спортивне змагання - це змагання (суперництво) людей в ігровій формі з метою з'ясування переваги в ступені фізичної підготовленості, в розвитку деяких сторін свідомості.

Спортивне тренування - це керований педагогічний процес оволодіння спортивною майстерністю та його вдосконалення. Спортивне тренування слід розглядати як єдиний багаторічний процес навчання, виховання і підвищення функціональних можливостей організму.

Територія дії Договору страхування – за вибором Страхувальника: країни СНД; країни Європи; увесь світ (за винятком України, країни постійного проживання Застрахованої особи, та країни, громадянином якої вона є, зон збройних конфліктів та таких, що знаходяться під санкцією ООН).

Країна перебування – територія іноземної держави, на якій знаходиться Застрахована особа в період дії Договору страхування. Під час дії Договору страхування Застрахована особа може відвідувати декілька іноземних країн, при цьому Договір страхування буде діяти на території кожної з цих країн.

15.2. Договір укладений в двох оригінальних примірниках, що мають однакову юридичну силу і зберігаються у кожній із Сторін.

15.3. За наявності розбіжностей між текстом Правил та текстом Договору, пріоритет має текст Договору.

15.4. Всі додатки до Договору є його невід'ємною частиною:

- Додаток №1 – Перелік Застрахованих осіб.

16. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИСИ СТОРІН

СТРАХОВИК
ТДВ «СК «БАЗА КАПІТАЛУ»

СТРАХУВАЛЬНИК

З Правилами страхування ознайомлений та згоден.
Застраховані особи не є особами, зазначеними у пункті 4.4. Договору.

М.П.

М.П.