



**BNP PARIBAS
CARDIF**

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Генеральний директор
ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО
ТОВАРИСТВА
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КАРДІФ»

Романенко О.О.
17.12.2021 року



**ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

Київ 2021

ЗМІСТ

1. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ.....	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	4
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	5
4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	5
5. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ	6
6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	7
7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	9
8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	10
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	11
10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.....	13
11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ	14
12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.	16
13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	17
14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ	17
15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	18
16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	19
17. ОСОБЛИВІ УМОВИ	19
18. СТРАХОВІ ТАРИФИ ЗА ДОГОВОРАМИ СТРАХУВАННЯ	20
Додаток № 1 СТРАХОВІ ТАРИФИ	21

1. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

1.1. В цих Правилах добровільного добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі за текстом – Правила) в будь-яких пропозиціях по укладенню договору страхування, самому договорі страхування та страховому свідоцтві (полісі, сертифікаті) терміни вживаються у такому значенні:

- 1) **Асистуюча компанія (Асистанс)** – юридична або фізична особа, в тому числі суб'єкт підприємницької діяльності, яка діє від імені та за дорученням Страховика і координує, організовує, контролює, оплачує надання послуг та виконує інші дії за дорученням Страховика в разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених договором страхування.
- 2) **Близькі родичі Застрахованої особи** – батьки, у тому числі усиновлювачі, піклувальники, чоловік, дружина, діти, в тому числі усиновлені, рідні брати та сестри.
- 3) **Вигодонабувач** – юридична або фізична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладанні договору страхування для отримання страхових виплат. Страхувальник має право за згодою Застрахованої особи замінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4) **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 Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору страхування.
- 5) **Застрахована особа** – фізична особа, щодо страхування якої укладений договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.
- 6) **Ліміт відповідальності** – сума, зазначена у договорі страхування, що не перевищує встановлену в договорі страхування страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату. Ліміт страхової виплати може бути встановлений за окремим страховим випадком, групою страхових випадків, окремого видом медико-санітарної або іншої допомоги, яка надається Застрахованій особі відповідно до умов страхування.
- 7) **Місце постійного проживання** – місце проживання на території якої-небудь держави не менше одного року фізичної особи, яка не має постійного місця проживання на території інших держав і має намір проживати на території цієї держави протягом необмеженого строку, не обмежуючи таке проживання певною метою, і за умови, що таке проживання не є наслідком виконання цією особою службових обов'язків або зобов'язань за договором (контрактом). У разі якщо фізична особа не має місця постійного проживання у жодній з держав, вважається, що місце постійного проживання знаходиться на території тієї держави, де фізична особа перебувала не менше 183 днів (включаючи день приїзду та від'їзду) у календарному році.
- 8) **Медико-санітарна допомога** – для цілей цих Правил під медико-санітарною допомогою розуміється отримання Застрахованою особою певного переліку лікувальних, лікувально-профілактичних, профілактичних послуг, а також суміжних організаційних, транспортних, адміністративних послуг пов'язаних із забезпеченням Застрахованої особи медикаментами, консультацією профільних лікарів, медичним транспортуванням та іншими, що безпосередньо визначені програмою страхування та/або договором страхування.

- 9) **Необережність** – коли особа передбачала можливість настання негативних наслідків своєї поведінки (шкоди), але легковажно розраховувала на їх відвернення (ненастання), або не передбачала можливість таких наслідків, хоча повинна була або могла їх передбачити, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 10) **Період виключення** – проміжок часу між вступом у дію договору страхування та початком дії страхового захисту за договором страхування в цілому або по конкретній програмі страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 11) **Період очікування** – проміжок часу між настанням події, що має ознаки страхового випадку та наданням страхового захисту по такій події.
- 12) **Програма страхування** – перелік послуг, надання, організація яких або відшкодування вартості яких передбачені договором страхування при виникненні страхового випадку.
- 13) **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.
- 14) **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.
- 15) **Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) Страхувальнику, застрахованій або іншій третій особі.
- 16) **Страховий захист** – сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно з умовами договору страхування, якщо інше ним не передбачено.
- 17) **Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування.
- 18) **Страховий ризик** – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- 19) **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- 20) **Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Кардіф».
- 21) **Страхувальник** – юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком договір страхування.
- 22) **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування. Величина франшизи визначається у відсотках від страхової суми чи суми завданої шкоди або в абсолютному розмірі. Франшиза може бути безумовною або умовною.

Безумовна франшиза вираховується при розрахунку суми страхового відшкодування при кожному та будь-якому страховому випадку.

Умовна франшиза не вираховується при розрахунку суми страхового відшкодування у разі, якщо розмір завданої шкоди перевищує величину умовної франшизи, яка встановлена договором страхування. Якщо розмір завданої шкоди дорівнює або менше величини умовної франшизи, яка встановлена договором страхування, виплата страхового відшкодування не здійснюється.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 2.1. Ці Правила відповідно до Закону України «Про страхування» визначають загальний порядок і умови добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) та регулюють правовідносини між Страховиком та Страхувальниками при укладанні договорів страхування.
- 2.2. Договори страхування можуть бути укладені про страхування третіх осіб (застрахованих осіб) лише за їх згодою. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

- 2.3. При укладанні договорів страхування можуть бути призначені за згодою застрахованої особи фізичні або юридичні особи (Вигодонабувачі) для отримання страхових виплат, а також бути замінені до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування. Права Вигодонабувачів можуть визначатися договором страхування.
- 2.4. Укладання договору страхування на користь Вигодонабувача не звільняє Страхувальника від виконання зобов'язань за таким договором страхування.
- 2.5. Взаємовідносини між Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) і Страховиком регулюються:
- 1) законами України;
 - 2) цими Правилами;
 - 3) договором страхування.
- 2.6. Конкретні умови страхування визначаються при укладанні договору страхування та можуть бути змінені, виключені або доповнені за згодою сторін договору страхування до настання страхового випадку, за умови, що такі зміни не суперечать законодавству України.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 3.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (застрахованої особи), визначеної Страхувальником у договорі страхування за її згодою.
- 3.1.1. Даний вид страхування 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:
- 1) оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником програми медичного страхування, яка була надана Страхувальнику чи застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких він (вона) звернувся під час дії договору страхування, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої правилами та договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;
 - 2) відшкодування понесених Страхувальником чи Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

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

- 4.1. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання договору страхування або внесення змін до договору страхування.
- 4.2. Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, договору страхування у цілому.
- 4.3. В межах страхової суми в договорі страхування можуть встановлюватися окремі ліміти відповідальності Страховика щодо окремого страхового випадку, групи страхових випадків, окремого виду медико-санітарної та іншої допомоги.
- 4.3.1. Умовами договору страхування може бути передбачено встановлення відповідальності Страховика за одним із наступних варіантів:

- 1) **«По договору страхування»** – страхова сума є агрегатним (загальним) лімітом страхової виплати по договору страхування за всіма страховими випадками (всіма видами медико-санітарної та іншими видами допомоги) упродовж всього строку дії договору страхування;
- 2) **«По кожному страховому випадку (кожному виду медико-санітарної та іншої допомоги)»** – страхова сума є лімітом страхової виплати по договору страхування за страховим випадком (видом медико-санітарної та іншої допомоги), упродовж всього строку дії договору страхування;
- 3) **«По першому страховому випадку»** – страхова сума є лімітом страхової виплати по договору страхування за одним заявленим страховим випадком (одним видом медико-санітарної та іншої допомоги, яким скористалася застрахована особа) упродовж всього строку дії договору страхування;

5. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 5.1. Страховим ризиком за цими Правилами є необхідність Застрахованої особи в отриманні медико-санітарної допомоги внаслідок розладу здоров'я Застрахованої особи, що передбачений договором страхування.
- 5.2. Страховим випадком за цими Правилами є звернення Застрахованої особи під час дії договору страхування до Страховика (асистуючої компанії) або, якщо це передбачено договором страхування, безпосередньо до закладу охорони здоров'я внаслідок:
 - 5.2.1. гострого захворювання;
 - 5.2.2. хронічного захворювання у стадії загострення;
 - 5.2.3. травматичних пошкоджень внаслідок нещасного випадку;
 - 5.2.4. іншого погіршення здоров'я, хвороб (захворювань), що прямо передбачені договором страхування;
 - 5.2.5. необхідності в профілактичних або лікувально-профілактичних послугах або товарах.
- 5.3. Конкретний перелік захворювань (хвороб), станів, що є підставою для звернення для надання медико-санітарної допомоги та конкретний перелік медичних послуг, що надаються Застрахованій особі встановлюються в програмі страхування та/або договорі страхування.
- 5.4. Якщо це прямо передбачено програмою страхування та/або договором страхування можуть надаватися наступні організаційні, транспортні, адміністративні послуги для забезпечення надання медико-санітарної допомоги:
 - 5.4.1. транспортного забезпечення, забезпечення проживання, харчування Застрахованої особи, осіб для відвідування/догляду за Застрахованою особою;
 - 5.4.2. репатріації тіла, у разі смерті Застрахованої особи або донора, у разі трансплантації органів;
 - 5.4.3. організація та пошук закладів охорони здоров'я, профільних спеціалістів для проведення діагностування, огляду, лікування, консультування Застрахованої особи;
 - 5.4.4. оформлення медичної документації;
 - 5.4.5. оплата мобільного зв'язку, пересилка документів, оплата послуг перекладача, відновлення документів, інші супровідні послуги, пов'язані з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі, що передбачені програмою страхування та/або договором страхування.
- 5.5. Договір страхування може включати відшкодування одного або кількох видів допомоги, що передбачені в п. 5.4 Правил. Обсяг надання та ліміти відповідальності по кожному виду допомоги, що передбачений в п. 5.4. Правил визначаються в програмі страхування та/або договорі страхування.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

6.1. Якщо інше не передбачено договором страхування, то не підлягають відшкодуванню витрати на отримання медико-санітарної допомоги та не визнаються страховими випадками події, які настали внаслідок або під час:

- 6.1.1. Знаходження Застрахованої особи за межами дії договору страхування;
- 6.1.2. Війни, громадянської війни, бунту, страйку, революції, повстання, масових громадянських заворушень, терористичного акту, будь-яких дій терористів, актів громадської непокорності уряду, введення або дії надзвичайного стану, дій, пов'язаних з військовими або антитерористичними операціями, їх наслідків;
- 6.1.3. Стихійних лих або явищ, їх наслідків, епідемій та карантинів;
- 6.1.4. Дії іонізуючого випромінювання, радіації, радіоактивного забруднення або зараження, токсичності, вибуху або дії інших властивостей вибухових ядерних боєприпасів або їх ядерних компонентів, або вибухових речовин та інших хімічних сполук або суміші речовин, здатних до швидкої екзотермічної реакції і т.п.;
- 6.1.5. Навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, в т.ч. внаслідок необережного поводження зі зброєю, незалежно від психічного стану;
- 6.1.6. Самогубства Застрахованої особи, спроби самогубства або навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;
- 6.1.7. Вживання Застрахованою особою алкоголю, токсичних, наркотичних чи психотропних речовин або їх аналогів, або перебування у стані алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння на дату настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку);
- 6.1.8. Скоєння Застрахованою особою протиправних дій або участь Застрахованої особи у протиправних діях;
- 6.1.9. Зайняття Застрахованою особою небезпечними видами діяльності, в тому числі робота в якості аквалангіста, шахтаря, верхолаза, виконавця трюків або з використанням вибухових речовин, вогнепальної зброї при виконанні службових обов'язків, служба в армії або участь у військових операціях чи діях, крім випадків, коли заняття такими видами робіт передбачено договором страхування;
- 6.1.10. Зайняття Застрахованою особою небезпечними видами спорту або відпочинку, будь-яка робота або тренування в якості професійного спортсмена, крім випадків, коли заняття такими видами спорту та активним відпочинку передбачено договором страхування.

При цьому під небезпечними видами спорту або відпочинку розуміється: альпінізм, рафтинг, верхова їзда, гірські лижі, сноуборд, дайвінг, стрибки з парашутом, перегони із застосування транспортних засобів, польоти на планерах, маломоторних літаках;

- 6.1.11. Керування Застрахованою особою транспортним засобом без дійсного документу, який дає право на управління таким транспортним засобом;
 - 6.1.12. Здійснення будь-яких медичних маніпуляцій, хірургічних втручань, якщо такі маніпуляції (втручання) проводяться без ліцензії на здійснення медичної практики.
- 6.2. Якщо інше не передбачено договором страхування, не визнаються страховими випадками події та не підлягають відшкодуванню витрати на отримання медико-санітарної допомоги у зв'язку з:

- 6.2.1. Хворобами, (захворюваннями), травмами Застрахованої особи, діагностованими до дати набрання чинності договором страхування, крім випадків, коли це прямо покривається програмою страхування та/або договором страхування;
- 6.2.2. Вродженими вадами;

- 6.2.3. Хворобами (захворюваннями), ускладненнями, які виникли внаслідок абортів, вагітності та пологів (в тому числі внаслідок будь-яких проведених маніпуляцій, що пов'язані з абортами, вагітністю та пологами), крім позаматкової вагітності, якщо факт позаматкової вагітності встановлено не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня набуття чинності договором страхування, якщо інше не передбачено договором страхування;
- 6.2.4. Будь-якими станами при вагітності після 24 тижня, пологах (в тому числі передчасних), перериванні вагітності, абортів, крім ускладнень, що загрожують життю або виникли внаслідок нещасного випадку;
- 6.2.5. Алкоголізмом, наркоманією або токсикоманією та пов'язаних хвороб (захворювань), незалежно від термінів діагностування таких хвороб (захворювань);
- 6.2.6. Нервовими та психічними захворюваннями та розладами, судомними станами, неврозами (панічні атаки, депресії, істеричні синдроми тощо) та їхніми загостреннями;
- 6.2.7. Хворобами (захворюваннями) на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані закладом охорони здоров'я протягом першого місяця після набуття чинності договором страхування;
- 6.2.8. Хворобами (захворюваннями), що передаються переважно статевим шляхом, а також їх наслідками;
- 6.2.9. Новоутвореннями, хворобами (захворюваннями) ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлено закладом охорони здоров'я протягом перших трьох місяців після набрання чинності договором страхування;
- 6.2.10. Проведенням стерилізації, штучного запліднення, діагностування та лікування безпліддя;
- 6.2.11. Плановим медичним оглядом або плановим хірургічним втручанням, крім випадків, коли це прямо покривається програмою страхування та/або договором страхування;
- 6.2.12. Санаторно-курортним, профілактичним лікуванням, крім випадків, коли це прямо покривається програмою страхування та/або договором страхування;
- 6.2.13. Лікуванням, що не призначене лікарем;
- 6.2.14. Сонячним ударом, сонячними опіками та іншими гострими змінами у шкірному покриві, викликаних впливом ультрафіолетового випромінювання, обмороження;
- 6.2.15. Розладом слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та (або) потрапляння води);
- 6.3. Якщо інше не передбачено договором страхування, не підлягають відшкодуванню витрати на отримання медико-санітарної допомоги та не визнаються страховими випадками події, якщо встановлене наступне:
 - 6.3.1. У Застрахованої особи діагностовано синдром набутого імунodefіциту (СНІД) або вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ), відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ);
 - 6.3.2. У Застрахованої особи діагностовано захворювання крові, захворювання сполучної тканини;
 - 6.3.3. У Застрахованої особи діагностовано онкологічну хворобу чи злоякісне новоутворення (рак) або будь-які стани, що пов'язані із такими захворюваннями;
 - 6.3.4. На дату укладення договору страхування Застрахована особа була інвалідом І, ІІ або ІІІ групи (або мала стійке порушення функцій організму, обумовлене хворобами чи наслідками травм);
 - 6.3.5. На дату укладення договору страхування Застрахована особа знаходилась на обліку в наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, шкіро-венерологічному диспансерах, під наглядом у фтизіатра;

- 6.4. Якщо інше не передбачено договором страхування, не підлягають відшкодуванню витрати на отримання наступної медико-санітарної допомоги:
- 6.4.1. Медико-санітарна допомога, яка не передбачена договором страхування;
 - 6.4.2. Стационарне лікування, якщо Застрахована особа перебувала в стаціонарі лікарні менше 7 (семи) календарних днів, якщо інший строк не встановлено договором страхування;
 - 6.4.3. Трансплантація органів і тканин, крім випадків, коли це прямо покривається програмою страхування та/або договором страхування;
 - 6.4.4. Будь-яке протезування, в тому числі протезування очей та забезпечення зубними протезами або штучними зубами, крім екстреної допомоги;
 - 6.4.5. Придбання допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, інвалідних візків, милиць, тростин тощо) та їх ремонт;
 - 6.4.6. Медичні послуги та допомога (у тому числі консультації та лабораторні дослідження) та лікувальні процедури, що не є обов'язковими у разі настання події, заявленої Застрахованою особою;
 - 6.4.7. Медико-санітарна та інша допомога, не погоджена з асистансом та/або Страховиком, якщо договором страхування передбачене їхнє погодження в порядку, зазначеному в такому договорі страхування;
 - 6.4.8. Діагностичні маніпуляції (у тому числі консультації та лабораторні дослідження), надані без наступного лікування;
 - 6.4.9. Операції, пов'язані з реконструктивною та пластичною хірургією, в тому числі операції, пов'язані з усуненням косметичних дефектів, крім випадків, коли такі витрати пов'язані з травмою, одержаною внаслідок нещасного випадку;
 - 6.4.10. Операції на серці, судинах, включаючи шунтування коронарних артерій, ангіопластику та інше та пов'язане з цим лікування;
 - 6.4.11. Медичні послуги надалі лікарем, закладом охорони здоров'я, який не має відповідної ліцензії;
 - 6.4.12. Придбання продуктів харчування, біологічно активних добавок, косметичних засобів.
- 6.5. Договором страхування можуть бути передбачені також інші випадки звільнення Страховика від обов'язку щодо виплати страхового відшкодування та інші виключення із страхових випадків і обмеження страхування, що не суперечать закону України.
- 6.6. Будь-яке з виключень чи обмежень, що передбачені у пунктах 6.1-6.4 цих Правил, може бути виключене при укладанні договору страхування за згодою сторін по договору страхування.
- 6.7. Страховик не визнає страховим випадком та не несе відповідальності за будь-які штрафи, пені та інші фінансові санкції (цивільні, договірні тощо), моральну шкоду та інші непрямі збитки.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 7.1. Договір страхування укладається на строк 1 (один) рік, якщо інше не зазначено у договорі страхування.
- 7.1.1. Договір страхування може бути укладено на строк перебування Застрахованої особи в межах країни постійного проживання, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 7.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу на рахунок Страховика, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 7.3. Договором страхування можуть бути передбачені страхові періоди (періоди дії страхового захисту), кожен з яких починає свою дію, залежно від умов страхування:

- 1) з 00 годин 00 хвилин дати, зазначеної в договорі страхування як дата початку дії періоду страхового захисту;
 - 2) з моменту сплати страхового платежу за відповідний період дії страхового захисту;
 - 3) з іншого моменту, зазначеного в договорі страхування.
- 7.4. Дія договору страхування закінчується о 24-00 годині дати, що визначена у договорі страхування, як дата його закінчення, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 7.5. Дія договору страхування розповсюджується на територію України, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.
- 7.5.1. договір страхування не діє на територіях чи в зонах військових конфліктів, територіях проведення антитерористичних операцій, а також на територіях/в державах щодо яких застосовані заходи миротворчого характеру, в тому числі по мандату Організації Об'єднаних Націй (ООН), або на тимчасово окупованих територіях, якщо інше прямо не передбачено договором страхування.

8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 8.1. Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування. При цьому Страховик має право організувати та вимагати від особи, на користь якої укладається договір страхування, проведення медичного обстеження довіреними лікарями Страховика або запропонувати їй заповнити декларацію про стан здоров'я.
- 8.1.1. При укладенні договору страхування Страховик може вимагати надати інформацію та документи, які можуть мати істотне значення для оцінки страхового ризику:
- 8.1.2. Документи, що посвідчують Застраховану особу;
- 8.1.3. Декларацію про стан здоров'я Застрахованої особи;
- 8.1.4. Інші документи на вимогу Страховика.
- 8.1.5. Конкретний перелік інформації, що подається Страхувальником при укладанні договору страхування визначається Страховиком.
- 8.1.6. Після укладання договору страхування надані Страхувальником документи становлять невід'ємну його частину. Відповідальність за достовірність та повноту інформації, наданої Страхувальником Страховику при укладанні договору страхування, несе Страхувальник.
- 8.1.7. Страховик залишає за собою право перевірити достовірність наданих Страхувальником документів чи інформації. У разі встановлення того, що інформація чи документи, надані Страхувальником є недостовірними, Страховик має право відмовити Страхувальнику в укладанні договору страхування або вимагати його дострокового припинення згідно умов договору страхування.
- 8.2. Факт укладання договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.
- 8.3. В договорі страхування може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в договір страхування і не діють в конкретних умовах страхування, або доповнюються іншими умовами за згодою сторін договору страхування.
- 8.4. Договір страхування може бути укладений в електронній формі відповідно до умов Закону України «Про електронну комерцію».
- 8.5. Договір страхування може бути укладений відповідно до вимог Цивільного кодексу України шляхом пропозиції однієї сторони укласти договір (оферти) і прийняття

пропозиції (акцепту) другою стороною. Порядок надання пропозиції та прийняття пропозиції встановлюється договором страхування.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страховик має право:

- 9.1.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) інформацію, а також контролювати виконання (дотримання) вимог та умов договору страхування;
- 9.1.2. Для з'ясування обставин, причин, розміру і характеру заданої шкоди або витрат, понесених внаслідок настання страхового випадку, та/або причин і наслідків настання страхового випадку проводити експертизи, розслідування, направляти запити у відповідні компетентні органи, що можуть володіти необхідною інформацією, а також самостійно з'ясовувати причини, обставини і наслідки страхового випадку та визначати розмір завданої шкоди або збитків, проводити власне розслідування;
- 9.1.3. Вимагати внесення змін до умов договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення страхового ризику, якщо йому стало відомо або він був повідомлений Страхувальником про обставини, що призводять до збільшення страхового ризику. Якщо Страхувальник (Вигодонабувач) заперечує проти зміни умов договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення страхового ризику, Страховик має право достроково припинити дію договору страхування згідно умов такого договору страхування;
- 9.1.4. Відстрочити, якщо це передбачено договором страхування, прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхового відшкодування, письмово повідомивши про це Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) у випадку:
 - 1) якщо у Страховика є сумніви в правомірності одержання Страхувальником (Вигодонабувачем) або третіми особами страхової виплати – поки ведеться розслідування страхового випадку Страховиком та не будуть надані необхідні докази, отримані відповіді на запити від компетентних органів, але не більше як на 6 (шість) місяців;
 - 2) якщо ведеться розслідування обставин страхового випадку або подій, які призвели до страхового випадку, відповідними компетентними органами, – до отримання їх офіційних висновків (строк розслідування та складання офіційних висновків визначається компетентними органами);
 - 3) якщо відповідними органами порушено кримінальне провадження проти Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), і ведеться розслідування обставин, що призвели до настання страхового випадку – до винесення судом вироку чи закриття провадження;
 - 4) якщо ведеться судове провадження по справі, що має пряме відношення до предмету страхування та/або причин настання страхового випадку, – до закінчення провадження по справі і прийняття судового рішення;
 - 5) в інших випадках, передбачених договором страхування.
- 9.1.5. вимагати від Страхувальника (Вигодонабувача) чи його представників або третіх осіб, яким завдано шкоду, інформацію та документи (в тому числі фінансову або яка є комерційною або лікарською таємницею), необхідні для встановлення факту страхового випадку, обставин та причин його виникнення, характеру та розміру завданої шкоди або здійснених витрат, а також перевіряти надану інформацію та документацію;
- 9.1.6. в будь-який час оглядати місце настання події, що призвела до настання страхового випадку, а також за свій рахунок проводити або направляти на огляд і обстеження третіх осіб, здоров'ю яких завдано шкоду. Якщо це передбачено умовами договору страхування, то Страховик має право відмовити у страховій виплаті у разі, коли

Страхувальник або треті особи, яким завдано шкоду, перешкоджають йому у здійсненні вищезазначених дій;

9.1.7. за власною ініціативою і за свої кошти розпочати розслідування обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, залучати експертів до розслідування обставин настання такої події та її наслідків (дані дії не є фактом визнання Страховиком події страховим випадком);

9.1.8. змінити умови або достроково припинити договір страхування відповідно до умов договору страхування та закону України;

9.1.9. відмовити у виплаті страхового відшкодування або зменшити його розмір у випадках, передбачених договором страхування;

9.1.10. вимагати повернути Страховику одержану страхову виплату (або її відповідну частину), якщо після її виплати виявиться така обставина, що повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) або третіх осіб права на страхове відшкодування;

9.2. Страховик зобов'язаний:

9.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами та правилами страхування;

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

9.2.3. при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у передбачений договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати страхового відшкодування шляхом сплати неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування або законом;

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

9.2.5. за заявою Страхувальника (Застрахованої особи) у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості майна переукласти з ним договір страхування;

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

9.3. Страхувальник має право:

9.3.1. отримувати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов договору страхування;

9.3.2. отримати послуги асистансу в обсязі, передбаченому договором страхування, або відшкодування здійснених документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з настанням страхового випадку;

9.3.3. при укладанні договорів страхування призначати за згодою застрахованої особи фізичних осіб або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхових виплат, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування;

9.3.4. отримати дублікат договору страхування у випадку його втрати (після видачі дубліката втрачений примірник договору страхування вважається недійсним);

9.3.5. ініціювати внесення змін до договору страхування;

9.3.6. достроково припинити договір страхування відповідно до умов договору страхування та закону України;

9.3.7. оскаржити в судовому порядку рішення Страховика про відмову у виплаті страхового відшкодування.

9.4. *Страхувальник зобов'язаний:*

9.4.1. своєчасно вносити страхові платежі;

9.4.2. 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;

9.4.3. при укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору страхування;

9.4.4. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

9.4.5. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування;

9.4.6. при укладенні договору страхування на користь іншої особи (Застрахованої особи), ознайомити її з умовами договору страхування та отримати її згоду, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

9.4.7. відповідно до договору страхування при настанні страхового випадку виконати відповідні умови такого договору страхування, надати Страховику необхідні документи, які засвідчують факт настання страхового випадку і розмір витрат на отриману медико-санітарну та іншу допомогу у зв'язку із настанням страхового випадку;

9.4.8. відповідно до договору страхування надавати Страховику (його представнику) всю необхідну допомогу для встановлення причин настання страхового випадку та необхідні повні відповіді на його запитання, а також при необхідності та на вимогу Страховика забезпечити безперешкодний доступ Страховика (його представника) до документації, яка безпосередньо пов'язана з страховим випадком або договором страхування, та документів, які мають значення і відношення для визначення обставин, характеру страхового випадку та розміру витрат на отриману медико-санітарну та іншу допомогу у зв'язку із настанням страхового випадку;

9.4.9. сприяти Страховику в отриманні та самостійно отримувати від лікарів, закладів охорони здоров'я інформацію та документацію, на яку розповсюджується лікарська таємниця за вимогою Страховика;

9.4.10. на вимогу Страховика надавати відомості та документи (їх завірені копії) з метою виконання Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення»;

9.4.11. повернути одержану від Страховика страхову виплату (або її частину), якщо виявиться, що Страхувальник не мав права на його одержання;

9.4.12. у випадку, якщо Страховик у зв'язку зі страховим випадком вважатиме за необхідне призначити свого представника для захисту інтересів як своїх, так і Страхувальника, видати довіреність та інші необхідні документи особам, що призначені Страховиком, якщо це передбачено договором страхування.

9.5. Умовами договору страхування за згодою сторін договору страхування можуть бути передбачені також інші права і обов'язки Страховика та Страхувальника, що не суперечать закону України.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

10.1. В разі настання передбаченої цими Правилами та договором страхування події, Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана негайно, але не пізніше 24 (двадцяти

чотирьох) годин після настання такої події, якщо більший строк не встановлено в договорі страхування, звернутися до асистансу або Страховика за телефонами, зазначеним в договорі страхування, отримати інструкції щодо подальших дій та повідомити таку інформацію:

- найменування Страховика;
- номер договору страхування;
- прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- місцезнаходження Застрахованої особи та номер контактного телефону;
- обставини та характер події.

Таке звернення від імені Застрахованої особи (Страхувальника) може виконати будь-яка третя особа, що стала свідком або дізналася про таку подію.

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

10.3. В залежності від умов страхування за конкретним договором страхування за згодою сторін такого договору страхування в ньому можуть бути передбачені інші, ніж вказані у пунктах 10.1 – 10.3 Правил, умови щодо дій Страхувальника у разі настання страхового випадку. При цьому відповідний перелік таких дій визначається в умовах такого договору страхування.

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

11.1. Для підтвердження настання страхового випадку та підтвердження розміру витрат на отримання медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку із настанням страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) або інша особа відповідно до договору страхування зобов'язані надати Страховику наступні документи:

11.1.1. Договір страхування (страховий поліс, свідоцтво, сертифікат);

11.1.2. Заяву – повідомлення разом із заявою про страхову виплату (якщо вона складається в письмовій формі) (далі - Заява);

11.1.3. Довідку про присвоєння Вигодонабувачу реєстраційного номера облікової картки платників податків (ідентифікаційного номера);

11.1.4. Документ, що посвідчує особу Вигодонабувача або іншої особи, що має право на отримання страхової виплати відповідно до договору страхування;

11.1.5. Документи, що підтверджують отримання медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку із настанням страхового випадку та витрати на таку допомогу:

1) Первинна медична документація:

- довідки закладів охорони здоров'я, що підтверджують факт заподіяння шкоди життю та здоров'ю;
- виписки із історії хвороби;
- звіти лікарів із зазначенням діагнозу, переліком наданої медико-санітарної допомоги;
- рецепти на призначені лікарські засоби;
- свідоцтва, довідки про смерть, встановлення інвалідності, встановлення непрацездатності;

2) Документи, що підтверджують розмір витрат на отримання медико-санітарної та іншої допомоги:

- Рахунки закладів охорони здоров'я за надані послуги, звіти, акти виконаних робіт;

- Чеки, квитанції, виписки, платіжні доручення про оплату медикаментів, медико-санітарних та інших послуг;
 - Документи, складені асистансом в порядку та обсязі визначеному відповідним договором між Страховиком та асистансом;
- 3) Документи (чеки, квитанції, виписки, платіжні доручення, рахунки) які підтверджують понесення будь-яких додаткових супутніх витрат внаслідок настання страхового випадку.
- 4) Інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір витрат, включаючи фото- та відео- документи (за наявності таких).
- 11.2. Якщо це прямо передбачено договором страхування, Заява може бути надана шляхом звернення до контакт-центру Страховика за телефоном, що зазначений у договорі страхування, або шляхом заповнення відповідної форми на офіційному веб сайті Страховика. Страховик здійснює фіксацію Заяви Страхувальника шляхом запису телефонної розмови або апаратними засобами обробки повідомлені отриманих через веб сайт. В будь-якому разі, незалежно від способу подання Страхувальником Заяви, Страховик має право вимагати подання такої Заяви в письмовому вигляді;
- 11.2.1. Заява подається Страховику за формою, що встановлена Страховиком, або, якщо ним такої форми не встановлено, у довільній формі.
- 11.3. З метою підтвердження страхового випадку та розміру витрат на отриману медичну допомогу, відповідні підтверджуючі документи може надавати Асистуюча компанія (асистанс) в порядку та на умовах співпраці зі Страховиком.
- 11.4. Документи, зазначені в пункті 11.1 Правил можуть бути надані у формі простих копій, сканованих копій або електронних документів через офіційний веб сайт Страховика, за допомогою електронної пошти або месенджерів, якщо це прямо передбачено договором страхування. При цьому, сканована копія, електронний документ може бути прийнятий Страховиком виключно, якщо такі документи належної якості, не містить слідів зміни даних та весь текст таких документів можливо прочитати. Прості копії документів, що подаються Страховику, повинні бути засвідчені у встановленому законом України порядку.
- 11.5. Документи, зазначені у пункті 11.1 Правил, подаються Страховику не пізніше 5 (п'яти) робочих днів після отримання медико-санітарної допомоги, якщо інше не передбачено договором страхування. Якщо документи, які зазначені у пункті 11.1 Правил, видаються відповідними компетентними органами, установами чи організаціями, та не можуть бути надані у такий строк Страховику, то такі документи надаються Страховику окремо, не пізніше 2 (двох) робочих днів з дня їх отримання Страхувальником (Застрахованою особою) або третіми особами від таких компетентних органів, установ чи організацій, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 11.6. У відношенні до кожного страхового випадку по договору страхування може бути передбачена заміна переліку всіх або частини документів, що підтверджують настання страхового випадку (пункт 11.1 Правил) в залежності від конкретних обставин страхового випадку. Страховик має право звільнити Страхувальника (Застраховану особу) або третіх осіб від обов'язку надавати частину документів із вищезазначеного переліку документів чи зобов'язати надати інші документи, що не передбачені переліком пункту 11.1 Правил, але які містять інформацію про причини та/або обставини страхового випадку, отриману медико-санітарну чи іншу допомогу та необхідні для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, якщо це передбачено договором страхування.
- 11.7. Обов'язок надання документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат на отриману медико-санітарну чи іншу допомогу покладається на

Страхувальника (Застраховану особу) або третю особу, яка матиме право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування.

- 11.8. Несвоєчасне або не в повному обсязі подання документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір витрат на отриману медико-санітарну чи іншу допомогу та є необхідними для виплати страхового відшкодування, може бути підставою для відмови у виплаті страхового відшкодування, якщо це передбачено договором страхування.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

- 12.1. Виплата страхового відшкодування здійснюється згідно з умовами договору страхування на підставі Заяви Страхувальника (Застрахованої особи) або третіх осіб, які набули право на отримання страхової виплати згідно умов договору страхування, та страхового акту, складеного Страховиком.
- 12.2. Одержувачами страхової виплати при настанні страхового випадку за договором страхування, укладеним на підставі Правил, можуть бути:
- 1) Заклад охорони здоров'я, що надавав Застрахованій особі передбачену Договором страхування медико-санітарну допомогу;
 - 2) Асистанс Страховика, який за дорученням Страховика організував надання та сплатив на рахунок закладу охорони здоров'я вартість медико-санітарної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку;
 - 3) Застрахована особа, яка за погодженням зі Страховиком при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування самостійно оплатила вартість наданої їй медико-санітарної допомоги.
- 12.3. Страхова виплата здійснюється відповідно до умов договору страхування в розмірі витрат на отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги, які визначаються Страховиком на підставі отриманих документів (розділ 11 Правил), але не більше страхової суми та відповідних лімітів відповідальності, що встановлені договором страхування, а також з урахуванням положень пунктів 12.4-12.13 Правил та інших умов цих Правил та/або договору страхування.
- 12.4. Згідно умов договору страхування страхове відшкодування може бути здійснено Страхувальнику (Застрахованій особі) – після фактичної оплати ним (за згодою Страховика) медико-санітарної та іншої допомоги наданої у зв'язку із настанням страхового випадку.
- 12.5. Страхова виплата не може перевищувати страхової суми та лімітів відповідальності, що зазначені у договорі страхування.
- 12.6. В усіх випадках остаточний розмір страхової виплати розраховується з урахуванням франшизи, встановленої договором страхування. Страхова виплата не здійснюється, якщо підтверджений (обґрунтований) розмір витрат на отримання медико-санітарної та іншої допомоги менший чи дорівнює розміру франшизи, встановленої договором страхування. Договором страхування можуть передбачатись умови, коли франшиза не застосовується при настанні страхових випадків незалежно від її розміру, або умови, коли розмір франшизи зменшується чи збільшується в залежності від обставин настання страхового випадку. Такі умови та обставини визначаються в договорі страхування.
- 12.7. Якщо при укладанні договору страхування Страхувальнику надано розстрочку на внесення страхового платежу, то Страховик при здійсненні страхової виплати має право утримати невнесену частину страхового платежу, але якщо інше не передбачено договором страхування. Договором страхування може бути передбачено, що у разі внесення Страхувальником страхового платежу не в повному обсязі, страхова виплата розраховується пропорційно розміру внесеного страхового платежу на момент настання страхового випадку.

- 12.8. У разі здійснення страхової виплати Страховик продовжує нести відповідальність по договору страхування до кінця строку його дії в межах різниці між відповідною страховою сумою (лімітом відповідальності), обумовленою договором страхування, і сумою, що сплачена, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 12.9. Якщо інше не передбачено договором страхування, то Страхувальник (Застрахована особа) або треті особи, які отримали страхову виплату, повинні повернути Страховику отримане страхове відшкодування (або його відповідну частину), якщо виявиться така обставина, що за законом, цими Правилами та/або договором страхування цілком або частково позбавляє їх права на отримання страхової виплати.
- 12.10. Страхова виплата здійснюється в тій валюті, яка передбачена договором страхування, якщо інше не передбачено законом України.
- 12.11. Договором страхування може бути передбачено, що відповідальність Страховика обмежується страховою виплатою по першому заявленому страховому випадку.
- 12.12. В залежності від конкретних умов страхування та/або потреб Страхувальника, договором страхування можуть бути передбачені також інші умови щодо порядку та умов страхової виплати, що не суперечать вимогам законодавства України.
- 12.13. Виплата страхового відшкодування не проводиться, якщо отримання медико-санітарної та іншої допомоги не зумовлено страховим випадком.

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

- 13.1. Рішення про здійснення страхової виплати приймається Страховиком не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання Страховиком всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку та є необхідними для здійснення страхової виплати (розділ 11 Правил), а також з урахуванням підпункту 9.1.4 пункту 9.1 Правил, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 13.1.1. Рішення про здійснення страхової виплати оформлюється страховим актом, який складається Страховиком у формі, що визначається Страховиком;
- 13.1.2. Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком не пізніше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту підписання страхового акту, що складається Страховиком, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 13.2. Рішення про відмову в здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у строк не більше 30 (тридцяти) календарних днів з моменту одержання Страховиком всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку та є необхідними для здійснення страхової виплати (розділ 11 Правил), а також з урахуванням підпункту 9.1.4 пункту 9.1 Правил, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 13.2.1. Рішення про відмову в здійсненні страхової виплати оформлюється страховим актом, який складається Страховиком у формі, що визначається Страховиком;
- 13.2.2. Рішення про відмову в здійсненні страхової виплати протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня прийняття такого рішення повідомляється Страхувальнику (Застрахованій особі) в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови, якщо інше не зазначено в договорі страхування;
- 13.2.3. Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

- 14.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

- 14.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 14.1.2. вчинення Страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- 14.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;
- 14.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 14.1.5. інші випадки, передбачені законом.
- 14.2. Страхова виплата не здійснюється у випадках, зазначених у розділі 6 Правил, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.
- 14.3. Договором страхування можуть бути передбачені наступні підстави для відмови у страховій виплаті:
 - 14.3.1. Страхувальник (Застрахована особа) надала Страховику неправдиву інформацію в декларації про добрий стан здоров'я при укладенні договору страхування;
 - 14.3.2. Страхувальник (Застрахована особа) не надав лікарю-експерту (лікар, який співпрацює із Страховиком на договірних умовах) можливості проведення додаткового медичного огляду, якщо це передбачено договором страхування;
 - 14.3.3. Заклад охорони здоров'я на запит Страховика не надає документи, відомості щодо стану здоров'я Застрахованої особи, встановленого діагнозу, наданої медико-санітарної допомоги посилаючись на лікарську таємницю, а Застрахована особа, за запитом Страховика, не надала закладу охорони здоров'я свою згоду на розкриття Страховику таких документів, відомостей;
 - 14.3.4. Страхувальник (Застрахована особа) надала Страховику неправдиву інформацію та/або документи про факт настання страхового випадку, в тому числі з метою завищення суми страхової виплати, підроблені документи або документи, що неправильно оформлені, мають виправлення або підписанні особами, які не мали на це повноважень, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;
- 14.4. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству України.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

- 15.1.4. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;
- 15.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 15.1.6. прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним; 15.1.7. 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. Зміни, які відбуваються в страховому ризику після укладення договору страхування та які збільшують ступінь або обсяг відповідальності Страховика, дають йому право змінити умови страхування або нарахувати додатковий страховий платіж, якщо це передбачено договором страхування.
- 15.4. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 15.4.1. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 15.5. У разі дострокового припинення договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування.
- 15.6. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення договору страхування.
- 15.7. Зміни та доповнення вносяться у договір страхування за згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання додаткових угод, підписаних сторонами, і які стають невід'ємною частиною договору страхування. Порядок внесення змін та доповнень у договір страхування визначається умовами такого договору страхування.
- 15.8. Договором страхування може передбачатись застосування окремої процедури внесення змін до договору страхування за ініціативою Страховика або за ініціативою Страхувальника в порядку, встановленому у такому договорі страхування.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 16.1. Спори по договору страхування між Страхувальником (Застрахованою особою) і Страховиком вирішуються шляхом переговорів.
- 16.2. Якщо сторони по договору страхування шляхом переговорів не дійшли згоди, то вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому законодавством України.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

- 17.1. Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для причин відмови у страховій виплаті або виплаті страхового відшкодування, зазначені у цих Правилах, але

які не передбачені Законом України «Про страхування», повинні бути передбачені договором страхування.

17.2. У кожний договір страхування по взаємній згоді сторін можуть бути включені інші умови, якщо ці умови не суперечать законодавству України та Правилам. Страховик може розробити у відповідності з цими Правилами спеціальні програми страхування, у тому числі із спеціальними страховими тарифами в межах страхових тарифів, зазначених в Додатку № 1 до цих Правил.

17.3. Умови, що не врегульовані цими Правилами, регулюються договором страхування та законодавством України. У випадку, якщо договір страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення цих Правил, то пріоритетну силу мають положення договору страхування.

17.4. Згідно умов статті 16 Закону України «Про страхування» договір страхування може містити інші умови за згодою сторін.

18. СТРАХОВІ ТАРИФИ ЗА ДОГОВОРАМИ СТРАХУВАННЯ

18.1. Страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків. Розміри базових річних страхових тарифів наведено у Додатку № 1 до цих Правил. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін.

18.2. Розмір страхового платежу визначається шляхом множення страхового тарифу (Додаток № 1 до цих Правил) на страхову суму, що встановлені договором страхування.

18.3. Страховий платіж сплачується одноразово або частинами відповідно до умов договору страхування. Договором страхування може бути передбачено поетапну сплату страхового платежу за визначені відповідні періоди страхування (періоди дії страхового захисту).

18.4. Якщо це передбачено умовами договору страхування, то при сплаті страхового платежу частинами Страховик несе зобов'язання за укладеним договором страхування лише в період, за який страховий платіж (його відповідна частина) сплачена.

18.5. Страхувальник може сплачувати страховий платіж готівкою в касу Страховика (агента Страховика) або шляхом перерахування коштів на поточний рахунок Страховика або із використанням будь-яких платіжних систем та технічних засобів. При цьому, якщо інше не передбачено договором страхування, днем сплати страхового платежу вважається день зарахування страхового платежу на поточний рахунок Страховика.

18.6. Договір страхування може укладатися з використанням франшизи. В договорі страхування може бути встановлена умовна або безумовна франшиза.

18.7. Франшиза встановлюється у відсотках від страхової суми чи суми завданої шкоди чи збитків або в абсолютному розмірі. Конкретний розмір франшизи встановлюється договором страхування.

18.8. Страхувальники згідно з укладеними договорами страхування мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник-нерезидент – у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України. Якщо дія договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

ДОДАТОК № 1 СТРАХОВІ ТАРИФИ

до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Базові річні страхові тарифи по добровільному медичному страхуванню (безперервному страхуванню здоров'я).
- 1.1. Розмір страхового тарифу залежить від умов страхування, віку Застрахованої особи, стану її здоров'я, строку дії договору страхування, величини франшизи та інших додаткових істотних факторів, визначених у кожному конкретному договорі страхування.
- 1.2. Розмір базового річного страхового тарифу по добровільному медичному страхуванню (безперервному страхуванню здоров'я) наведено у Таблиці 1:

Таблиця 1.

Річні базові страхові тарифи по добровільному медичному страхуванню (безперервному страхуванню здоров'я) у відсотках (%) від страхової суми

Страхові ризики	Тариф, %
Гостре захворювання	2,534
Хронічне захворювання у стадії загострення	6,712
Травматичне пошкодження внаслідок нещасного випадку	1,206
Інше погіршення здоров'я, хвороби (захворювання), що прямо передбачені договором страхування	3,125
Профілактичні або лікувально-профілактичні послуги або товари	10,150
Організаційні, транспортні, адміністративні послуги для забезпечення надання медико-санітарної допомоги	0,500

2. При визначенні величини страхового тарифу можливе коригування базового страхового тарифу, що зазначений у Таблиці 1 цього Додатку, на поправочні коефіцієнти К1-К4.
- 2.1. **Коефіцієнт К1** - коефіцієнт залежно від кількості Застрахованих осіб (Таблиця 2 цього Додатку):

Таблиця 2.

Коефіцієнт К1 залежно від кількості Застрахованих осіб

Кількість Застрахованих осіб	Коефіцієнт К1
до 100 осіб включно	1,0
більше 100 осіб	0,85

2.2. **Коефіцієнт К2** - коефіцієнт залежно від строку дії договору страхування (Таблиця 3 цього Додатку):

Таблиця 3.

Коефіцієнт К2 залежно від строку дії договору страхування

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт К2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,65	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95

2.4. **Коефіцієнт К3** - коефіцієнт залежно від віку Застрахованої особи (Таблиця 4 цього Додатку):

Таблиця 4.

Коефіцієнт К3 залежно від віку Застрахованої особи

Вік Застрахованої особи, роки	коефіцієнт К3
Для осіб віком до 3 років	2,0-7,0
Для осіб віком від 3 до 16 років включно	2,0-7,0
Для осіб віком від 17 до 65 років включно	1,0
Для осіб віком від 66 до 75 років включно	2,0-7,0
Для осіб віком від 76 років	2,0-7,0

3. Залежно від конкретних умов договору страхування та інших суттєвих в кожному конкретному випадку факторів до базових страхових тарифів, які зазначені у Таблиці 1 цього додатку, можуть застосовуватись інші коригуючі коефіцієнти від 0,05 до 10 відповідно до впливу таких факторів на ступінь ризику, зокрема:

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

4. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін по договору страхування.

5. Норматив витрат Страховика на ведення справи при страхуванні на підставі цих Правил визначений при розрахунках відповідних страхових тарифів у розмірі до 70% від величини страхового тарифу та вказується у договорі страхування.

6. Для визначення відповідних сум при поверненні Страховиком страхових платежів за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, Страховик, для визначення по кожному договору страхування суми страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, може використовувати наступні методи розрахунку:

6.1. **I метод.** Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, визначається в залежності від фактичної кількості днів дії договору страхування:

$$P = S - (S / n \times k), \text{ де:}$$

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

n – строк дії договору страхування або строк, якому відповідає надходження сум страхових платежів та страхове покриття згідно з умовами договору, в днях;

k – фактична кількість днів дії договору страхування або кількість днів, що минули з дати початку строку, якому відповідає надходженню сум страхових платежів.

6.2. II метод. Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, визначається в залежності від місяця (дня), в якому достроково припиняється дія договору страхування, та фактичних аквізиційних витрат за договором страхування:

$$P = (S - S_p) \times (n - k) / n, \text{ де:}$$

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

S_p – величина перевищення фактичних аквізиційних витрат за договором страхування, які не компенсуються агентом у разі дострокового припинення дії договору страхування, над величиною аквізиційних витрат, що покриваються нормативними витратами на ведення справи; така величина вважається заробленою на дату дострокового припинення дії договору страхування;

n – строк дії договору страхування або строк, якому відповідає надходження сум страхових платежів та страхове покриття згідно з умовами договору, в місяцях (днях);

k – фактична кількість місяців (днів) дії договору страхування або кількість місяців (днів), що минули з дати початку строку, якому відповідає надходженню сум страхових платежів (при цьому неповний місяць дії договору страхування вважається за повний).

6.3. Для розрахунку суми, що підлягає поверненню при достроковому припиненні дії договорів страхування згідно вимог закону, використовується наступна методика розрахунку:

$$R_p = \max(P - C - V; 0), \text{ де:}$$

R_p – розрахована сума, що підлягає поверненню при достроковому припиненні дії договорів страхування згідно вимог закону;

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

V – сума фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за договором страхування;

C – сума нормативних витрат на ведення справи при достроковому припиненні дії договорів страхування, яка розраховується наступним чином:

$$C = S \times (n - k) / n \times N, \text{ де:}$$

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

n – строк дії договору страхування або строк, якому відповідає надходження сум страхових платежів та страхове покриття згідно з умовами договору, в днях (місяцях);

k – фактична кількість днів (місяців) дії договору страхування або кількість місяців (днів), що минули з дати початку строку, якому відповідає надходженню сум страхових платежів (при цьому неповний місяць дії договору страхування вважається за повний);

N – норматив витрат на ведення справи.

Актuariй: Луз Максим Миколайович

Підпис: 

Свідоцтво: № 01-31 від 14.12.2017 р., строк дії: без обмеження строку дії.

Всього прошито, пронумеровано та
скріплено печаткою 23

(двадцять три)
аркушів.

Генеральний директор

Романенко О.О.

