

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. Голови Правління
АТ «СК «ІНГО»

Урбан
Людмила КОЛІСЕЦЬКА

«29» травня 2023 року



АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНГО»

ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО
СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ (нова редакція)

1. Загальні положення

1.1. Ці Правила викладені в новій редакції, розроблені на підставі та у відповідності до вимог Закону України «Про страхування», Цивільного кодексу, інших нормативних актів України з метою регулювання порядку і умов укладання, виконання, зміни і припинення договорів добровільного страхування медичних витрат.

1.2. Договір може укладатися в формі електронного чи паперового документа. Факт укладання Договору може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, Сертифікатом), що є формою Договору:

1.2.1. Порядок укладання Договору зазначається у Розділі 9 Правил.

2. Предмет Договору страхування

2.1. Предметом Договору, укладеного на підставі цих Правил, є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із життям, здоров'ям Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у договорі страхування за її згодою, а також медичними та додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки).

3. Страхові ризики. Страхові випадки

3.1. Страховими ризиками за цими Правилами є раптовий розлад здоров'я (захворювання), раптовий розлад здоров'я, пов'язаний з травмою, опіком, отруєнням, протиправними діями третіх осіб, а також смерть, що сталися під час перебування Страхувальника/Застрахованої особи на території страхування в період дії Договору.

3.2. Страховими випадками визнаються такі події (за винятком подій, що настали за обставин, передбачених Розділом 6 цих Правил):

3.2.1. понесення витрат на отримання Страхувальником чи Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги в результаті раптового розладу здоров'я, а також раптового розладу здоров'я, пов'язаного з травмою, опіком, отруєнням, протиправними діями третіх осіб, що сталися із Застрахованою особою;

3.2.2. понесення додаткових витрат, пов'язаних із смертю Застрахованої особи, яка настала в результаті хвороби, травми, опіку, отруєння, протиправних дій третіх (в тому числі витрати пов'язані із репатріацією тіла або його залишків у країну постійного місця проживання застрахованої особи).

3.3. Події, передбачені п.3.2., визнаються страховими випадками, якщо вони стали наслідком раптового розладу здоров'я (захворювання), раптового розладу здоров'я, пов'язаного з травмою, опіком, отруєнням, протиправними діями третіх осіб, а також смертю під час подорожі (поїздки) на вказаній у Договорі території страхування у період його дії.

4. Порядок і умови здійснення страхових виплат

4.1. Страхові виплати здійснюються Страховиком згідно з Договором на підставі заяви Страхувальника/Застрахованої особи або іншої особи, що вправі отримати страхову виплату, і страхового акта, який складається Страховиком.

4.2. Страховик при настанні страхового випадку здійснює відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Страхувальником чи Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з настанням страхового випадку під час здійснення подорожі (поїздки):

4.2.1. медичні витрати, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку, передбачені умовами договору страхування та нормами чинного законодавства;

4.2.2. додаткові транспортні, адміністративні та інші витрати, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку, передбачені умовами договору страхування та нормами чинного законодавства.

4.3. Умови Договору страхування можуть передбачати додаткові види витрат, що відшкодовуються, та встановлювати ліміти, в межах яких проводяться виплати при настанні страхового випадку.

5. Строк прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхових виплат

5.1. Рішення про страхову виплату приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти)

банківських днів з моменту отримання Страховиком усіх необхідних та належним чином оформлених документів.

5.2. Страховик має право продовжити строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні такої виплати у разі:

5.2.1. якщо він має сумніви в обґрунтованості вимог Страхувальника / Застрахованої особи на отримання страхової виплати – до отримання необхідних доказів, але не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з усіх необхідних документів;

5.2.2. якщо органами поліції ведеться розслідування обставин, які спричинили настання страхового випадку, – до закриття справи;

5.2.3. якщо у зв'язку із настанням страхового випадку була внесена інформація до Єдиного реєстру досудових розслідувань (ЄРДР) щодо осіб, винних в настанні страхового випадку – до закриття справи та набрання законної сили рішенням суду, але не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з усіх необхідних документів;

5.2.4. якщо для з'ясування обставин і характеру страхового випадку призначено експертизу наданих Страхувальником/Застрахованою особою документів або медичний огляд Страхувальника/Застрахованої особи – до отримання офіційних висновків такої експертизи/медичного огляду.

5.3. У разі смерті Страхувальника/Застрахованої особи право на отримання страхової виплати переходить до Вигодонабувача чи спадкоємця/-ів Застрахованої особи.

5.4. Рішення про відмову у страховій виплаті з причин, передбачених умовами Договору та законодавством України, надсилається Страхувальнику / Застрахованій особі у письмовій формі протягом 10 (десяти) днів з моменту прийняття такого рішення.

6. Виключення із страхових випадків і обмеження страхування

6.1. Події, передбачені цими Правилами, Страховик вправі не визнавати страховими випадками, якщо вони є наслідком: навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи або Вигодонабувача, а також уповноважених Страхувальником/Застрахованою особою осіб, спрямованих 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 зазначених осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

6.1.2. вчинення Страхувальником/Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

6.1.3. вживання алкоголю, наркотиків та/або стану алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння Застрахованої особи;

6.1.4. самогубства (спроби самогубства) Застрахованої особи, крім випадків притягнення до кримінальної відповідальності осіб, винних у доведенні Застрахованої особи до самогубства (спроби самогубства);

6.1.5. керування Застрахованою особою транспортним засобом без права на його керування або передачі права керування транспортним засобом особі, яка не мала на це права або знаходилася в стані алкогольного, наркотичного та/або токсичного сп'яніння;

6.1.6. польоту Застрахованої особи на літальному апараті, керування ним, окрім випадків польоту у якості пасажирів на літаку цивільної авіації, яким керував професійний пілот, або керування літальним апаратом Застрахованою особою, яка є професійним пілотом;

6.1.7. військових дій, їх наслідків (незалежно від того, чи був оголошений військовий стан), повстань, народних хвилювань, несанкціонованих страйків;

6.1.8. участі Застрахованої особи у народних заворушеннях, повстаннях або військових діях;

6.1.9. ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин;

6.1.10. служби Застрахованої особи в будь-яких збройних силах або участі в будь-яких військових формуваннях;

6.1.11. навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

6.1.12. працевлаштування чи трудової діяльності під час подорожі, якщо це спеціально не обумовлено в Договорі;

6.1.13. занять Застрахованою особою спортом на професійному чи аматорському (любительському) рівні або занять екстремальними видами спорту, якщо це спеціально не обумовлено в Договорі;

6.1.14. підйому в гори на висоту вище ніж 2 100 м над рівнем моря, якщо інше не обумовлено в Договорі, в тому числі в якості працівника гірничо-рятивних бригад/частин (рятувальника);

6.1.15. подорожі Застрахованої особи, яка здійснюється з метою лікування;

6.1.16. події, що мала місце після закінчення строку дії Договору або закінчення періоду покриття протягом строку дії Договору;

6.1.17. грубої необережності Страхувальника/Застрахованої особи або Вигодонабувача, що допустили грубу необережність, якщо вони не вжили заходів для запобігання настанню страхового випадку, передбаченого законодавством, локальними нормативними актами або Договором. Груба необережність полягає в тому, що Страхувальник/Застрахована особа:

- передбачав можливість настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), але легковажно розраховував на те, що вони не відбудуться;

- не передбачав можливості настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), хоча повинен був передбачити і мав таку можливість. Факт грубої необережності встановлюється на підставі рішення суду чи інших компетентних органів, які здійснювали розслідування за цим випадком.

6.2. За подіями, передбаченими пп.3.2. - пп.3.3. Правил, Страховик не відшкодовує витрати на: діагностику та лікування хронічних захворювань, крім випадків зняття гострого стану, що становить загрозу життю Застрахованої особи;

6.2.2. відновлення погіршеного стану здоров'я Застрахованої особи, які пов'язані з наслідками хвороби або її ускладненнями (загостренням) хвороби, які Застрахована особа отримувала до початку періоду страхування;

6.2.3. діагностику та лікування доброякісних та злоякісних новоутворень, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла, пов'язані з доброякісними та злоякісними утвореннями;

6.2.4. діагностику та лікування судомних станів, неврологічних (крім невритів) та психічних захворювань, неврозів та травматичних ушкоджень, пов'язаних з ними (за винятком заходів, спрямованих на переривання актуального нападу та загальні реанімаційні заходи (за потреби));

6.2.5. діагностику та лікування аутоімунних захворювань, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію пов'язану з аутоімунними захворюваннями;

6.2.6. проведення процедур плазмаферезу, діалізу та гемодіалізу;

6.2.7. профілактичні заходи, імунізація, проведення профілактичних вакцинацій (окрім першої вакцини проти правця та сказу) та лікувальних експертиз щеплення, а також загальні медичні огляди;

6.2.8. оформлення медичних довідок та свідоцтв, рецептів;

6.2.9. діагностичні маніпуляції (у тому числі консультації та лабораторні дослідження), що не мають відношення до раптового захворювання або раптового розладу здоров'я, пов'язаного з травмою, опіком, отруєнням, протиправними діями третіх осіб ;

6.2.10. консультації, обстеження і операції на серці та судинах, пов'язані із накладанням анастомозів, шунтів, пластикою дефектів клапанів та перегородок, ангіографією, ангіопластиком за допомогою стенту (стентування);

6.2.11. витрати, які пов'язані із курсом лікування, який розпочався до і триває під час дії Договору, або якщо подорож була здійснена, незважаючи на існування медичних протипоказань щодо подорожі;

6.2.12. консультації, обстеження і лікування сонячних опіків 1 (першого), 2 (другого) ступеня та інших гострих змін шкірного покриву, спричинених впливом ультрафіолетового випромінювання;

6.2.13. консультації, обстеження і лікування будь-яких алергічних реакцій та захворювань, крім випадків, які несуть загрозу життю Застрахованої особи (набряку Квінке, анафілактичного шоку);

6.2.14. захворювання шкіри та її придатків (в тому числі дерматитів, кропивниць, еритем), укуси комах та інших представників флори та фауни, які викликають алергічні реакції, стани, захворювання та які не несуть загрозу життю Застрахованої особи (крім малярії та лихоманки

Денге); паразитарні захворювання, амебіаз, лямбліоз;

6.2.15. лікування будь-яких розладів здоров'я чи ускладнень, що відбулися внаслідок невиконання рекомендацій лікаря, який проводить лікування Застрахованої особи;

6.2.16. лікування та діагностику захворювань, які пов'язані з масовими епідеміями або пандеміями та потребують вживання комплексу карантинних заходів;

6.2.17. первинні діагностичні заходи та тестування, проведення яких спричинено будь-якими масовими епідеміями чи пандеміями, у разі, якщо такі процедури дали негативний результат;

6.2.18. лікування та діагностику будь-яких форм туберкульозу, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла, пов'язані з будь-якою формою туберкульозу;

6.2.19. лікування та діагностику хвороб ендокринної системи, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла, пов'язані із захворюваннями ендокринної системи;

6.2.20. лікування та діагностику вірусу імунодефіциту, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла, пов'язані з захворюваннями на вірус імунодефіциту;

6.2.21. лікування та діагностику гострої та хронічної форми променевої хвороби, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла, пов'язані з наслідками захворювання на променеву хворобу;

6.2.22. лікування та діагностику вірусних гепатитів, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла, пов'язані з наслідками захворювання на вірусний гепатит;

6.2.23. консультації, обстеження і лікування будь-яких захворювань та розладів органів слуху, видалення сірчаних пробок;

6.2.24. придбання виробів медичного призначення для заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенти, набори для емболізації, деартерилізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези, фіксатори та обладнання для остеосинтезу, ортези за виключенням переломів);

6.2.25. послуги, які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування;

6.2.26. побічні дії лікарських засобів, харчових добавок;

6.2.27. діагностику, лікування, медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла, пов'язані з наслідками будь-яких венеричних захворювань та інфекцій, що передаються статевим шляхом, з переважним ураженням інших органів відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, а також витрати, що виникли у зв'язку з будь-якими наслідками або проявами (у тому числі і смертю) від ВІЛ-інфекції;

6.2.28. пластичну хірургію та протезування;

6.2.29. витрати на стоматологічне лікування, крім випадків надання невідкладної стоматологічної допомоги при гострому зубному болю, а також раптовому розладі здоров'я, пов'язаному із травмою або протиправними діями третіх осіб ;

6.2.30. планові консультації, обстеження і лікування під час перебігу вагітності незалежно від терміну вагітності або її ускладнень, крім випадків, коли медична допомога Застрахованій особі необхідна за життєвими показаннями. При цьому відповідний стан Застрахованої особи повинен бути підтверджений медичним висновком. У будь-якому разі витрати на допомогу при пологах і післяпологовому догляді за дитиною не покриваються;

6.2.31. проведення абортів, крім випадків, коли операція виконана з метою рятування життя Страхувальника/Застрахованої особи. При цьому відповідний стан Застрахованої особи має бути підтверджений медичним висновком;

6.2.32. діагностику та лікування безпліддя;

6.2.33. витрати на процедури по запобіганню вагітності та штучне запліднення;

6.2.34. надання послуг медичною установою або особою, що не має відповідної ліцензії;

6.2.35. лікування і обстеження методами мануальної терапії, нетрадиційні методи лікування, самолікування, рефлексотерапії (акупунктури), масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та іншими методами не доказової медицини;

6.2.36. витрати на проведення відновлювальної терапії, реабілітації, фізіотерапії або курсу лікування на бальнеологічних або лікувальних курортах, у санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку або інших подібних установах;

6.2.37. надання додаткового комфорту, а саме телевізору, телефону, кондиціонеру та інше;

6.2.38. придбання, ремонт та профілактика медичного обладнання (інгалятор, слуховий апарат, милиці, окуляри, термометр, контактні лінзи);

6.2.39. витрати, понесені після повернення Застрахованої особи до місця проживання;

- 6.2.40. догляд за хворою Застрахованою особою родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи є вони професійними медичними працівниками;
- 6.2.41. проведення дезінфекції, вакцинації, лікарських експертиз, лабораторних і діагностичних досліджень, не пов'язаних з раптовим захворюванням та /або раптовим розладом здоров'я, пов'язаним із травмою, опіком, отруєнням, протиправними діями третіх осіб;
- 6.2.42. шкоду, заподіяну Застрахованій особі внаслідок професійної помилки лікаря або іншої уповноваженої особи, що надавала послуги, передбачені умовами Договору Застрахованій особі;
- 6.2.43. витрати, які виникли внаслідок добровільної відмови Страхувальника/Застрахованої особи від виконання рекомендацій лікаря або Контакт-центру Страховика, отриманих ним/нею у зв'язку із страховим випадком;
- 6.2.44. витрати, що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показаннями, в тому числі коли лікар дає дозвіл на медичну евакуацію), що вона сама чи в супроводі іншої особи може повернутися до місця проживання;
- 6.2.45. медичні обстеження, огляди, консультації лікаря з метою контролю ефективності призначеного лікування, а також перев'язки в межах продовження лікування, зняття гіпсу та швів;
- 6.2.46. стаціонарне та амбулаторне лікування, медичну евакуацію, транспортування та витрати на репатріацію тіла, коли вони не узгоджені зі Страховиком або Контакт-центром Страховика;
- 6.2.47. ритуальні послуги з поховання в Україні або країні громадянином, якої він є;
- 6.2.48. витрати на лікування в барокамері, в т.ч. кесонної (декомпресійної) хвороби;
- 6.2.49. витрати, пов'язані з лікуванням хвороб або травм, які піддаються місцевому лікуванню і не перешкоджають продовженню подорожі Застрахованої особи, у тому числі ушкодження м'яких, верхніх тканин шкіри, що не потребують невідкладної медичної допомоги (синці, мозолі, подряпини);
- 6.2.50. витрати, пов'язані з лікуванням гострих респіраторних та вірусних захворювань без наявності гіпертермічного синдрому (температура від 38 С та вище) та наявністю ознак дихальної недостатності II та III ступеня;
- 6.2.51. збитки, що не підтверджені документально.
- 6.3. Умовами Договору можуть бути передбачені інші обмеження і виключення зі страхових випадків, пов'язані із станом здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, метою поїздки тощо.

7. Порядок визначення розмірів страхових сум та розмірів страхових виплат.

Страхова премія та порядок її сплати.

- 7.1. Страхова сума встановлюється умовами Договору за згодою Сторін під час його укладання.
- 7.2. Страховою сумою є грошова сума, у межах якої або у межах окремо встановлених лімітів можуть проводитись виплати при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору.
- 7.3. Страхова сума є агрегатним лімітом відшкодування Страховика по всіх страхових випадках, що відбулися під час дії Договору. Договір вважається виконаним і припиняє свою дію з моменту виплати сумарного страхового відшкодування в розмірі, еквівалентному розміру страхової суми. Договір діє до кінця строку дії або періоду покриття, якщо це обумовлено Договором, в рамках суми, що є різницею між страховою сумою і розміром сплачених за даним Договором виплат.
- 7.4. Договором може бути передбачена власна участь Страхувальника у відшкодуванні збитку – франшиза. Франшиза може встановлюватися в грошовому еквіваленті й/або у відсотках від страхової суми.
- 7.5. Розмір страхової виплати залежить від розміру понесених Страхувальником/Застрахованою особою чи іншою третьою особою, що вправі отримати виплату, витрат, що відшкодовуються Страховиком за умовами укладеного Договору.
- 7.6. Страхова виплата здійснюється у тій валюті, яка передбачена Договором, якщо інше не передбачено законодавством України.
- 7.7. Страховою премією є плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику відповідно до умов Договору.
- 7.8. Страхова премія розраховується Страховиком відповідно до затверджених тарифів. Розмір та строки сплати страхової премії вказуються в Договорі. Страхувальники - резиденти вправі вносити страхові платежі лише в грошовій одиниці України, а Страхувальники-нерезиденти – у іноземній вільно конвертованій валюті.
- 7.9. Страхова премія сплачується Страхувальником одноразовим платежем за весь строк

страхування до дати початку дії Договору, якщо інше не встановлено умовами Договору.

7.10. Страхова премія може бути сплачена у готівковій або безготівковій формі за погодженням сторін.

8. Строк та місце дії Договору страхування

8.1. Договір може укладатися на строк перебування Застрахованої особи в подорожі на території, зазначеній у Договорі, але не більше одного року, якщо інше не передбачено Договором.

8.2. Якщо Договір передбачає багаторазові поїздки Застрахованої особи за кордон впродовж встановленого в Договорі строку дії договору або поїздки з невизначеними строками, датами початку та завершення, то Договір діє лише ту кількість днів, яка встановлена в Договорі як «Період страхового покриття»:

8.2.1. Підтвердження кількості днів перебування Застрахованої особи на території дії Договору встановлюється умовами Договору.

8.3. Територія страхування – географічний район/країна/група країн, вказані в Договорі, на які розповсюджується дія Договору. Якщо Застрахована особа вибуває з території страхування, страховий захист припиняється. Виключення/обмеження по території дії визначаються Договором.

8.4. Договір страхування набуває чинності з дати, зазначеної в Договорі як дата початку дії Договору.

8.5. У випадку, якщо Застрахована особа отримує послуги невідкладної стаціонарної допомоги, узгоджені із Асистуючою компанією, визначеною в Договорі страхування та/або Страховиком, та під час перебування у стаціонарі закінчився період покриття (період дії страхового захисту), встановлений Договором, Страховик залишає за собою право, якщо це необхідно за медичними показаннями, оплачувати послуги лікування у медичній установі Застрахованої особи в стаціонарі, в тому числі за кордоном, після закінчення строку дії Договору. Умови оплати послуг встановлюються Договором.

9. Порядок укладення Договору страхування

9.1. Для укладання Договору Страхувальник/Застрахована особа повідомляє Страховику (його агенту або брокеру) заявою у письмовій або усній формі про свій намір укласти Договір.

9.2. Для укладання Договору Страхувальник надає заяву, в якій необхідно вказати:

9.2.1. прізвище, ім'я, по батькові Страхувальника/Застрахованої особи українською мовою та/або в латинській транскрипції (як у паспорті громадянина України для виїзду за кордон/паспортному документі іноземця), дату народження Застрахованої особи, паспорт громадянина України або паспорт громадянина України для виїзду за кордон (серія, номер) або паспортному документі іноземця, реєстраційний номер облікової картки платника податків (РНОКПП) (індивідуальний податковий номер (ІПН)) Страхувальника, адресу, контактний телефон Страхувальника та адресу електронної пошти;

9.2.2. найменування, юридичну адресу, телефон, банківські реквізити, якщо Страхувальник - юридична особа. У такому випадку до заяви додається перелік Застрахованих осіб;

9.2.3. дати початку і закінчення дії Договору та кількість днів перебування у подорожі, якщо Договір передбачає багаторазові поїздки або поїздки з невизначеними строками;

9.2.4. територію дії Договору;

9.2.5. сферу передбачуваної діяльності, якщо Застрахована особа виїжджає за кордон у відрядження або з метою працевлаштування;

9.2.6. вид спорту або тип спортивних змагань, у яких передбачається участь Застрахованої особи.

9.3. При укладанні Договору або при внесенні змін Страховик вправі вимагати у Страхувальника документ, що засвідчує особу Страхувальника/Застрахованої особи.

9.4. При укладанні Договору Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику.

9.5. Договір укладається без медичного огляду Застрахованої особи.

9.6. У разі укладання Договору у формі паперового документа Договір укладається та підписується у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному для кожної зі сторін.

9.7. Укладання Договору у формі електронного документа здійснюється відповідно до норм Закону України «Про електронну комерцію» та норм чинного законодавства України.

10. Права та обов'язки сторін

10.1. Страхувальник/Застрахована особа має право:

- 10.1.1. одержати страхову виплату при настанні страхового випадку;
- 10.1.2. достроково припинити дію Договору, в т.ч. відносно окремої Застрахованої особи. При цьому Страховик здійснює перерахунок страхової премії у відповідності до умов договору страхування;
- 10.1.3. призначити Вигодонабувача для отримання страхової виплати та замінити його іншою особою до настання страхового випадку;
- 10.1.4. одержати дублікат Договору у випадку його втрати;
- 10.1.5. застрахувати додаткову кількість осіб. При цьому Страховик здійснює перерахунок страхової премії у відповідності із своїми тарифами.

10.2. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана:

- 10.2.1. при укладанні Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, в тому числі інформацію для правильного визначення групи ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
- 10.2.2. своєчасно та повністю вносити страхові платежі у строки та у розмірі, встановлених Договором;
- 10.2.3. негайно повідомити Страховику про настання страхового випадку, виконувати всі розпорядження та діяти у відповідності до вимог, зазначених у Розділі 11 Правил, якщо інший порядок дій не передбачений укладеним Договором;
- 10.2.4. повідомити Страховику про інші діючі Договори, укладені у відношенні Застрахованих осіб, щодо цього предмету Договору страхування. За запитом Страховика надавати копію іншого діючого Договору;
- 10.2.5. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 10.2.6. при настанні страхового випадку надати Страховику письмову заяву на отримання страхової виплати, додавши до неї Договір або Сертифікат, або інший документ, що посвідчує факт укладання Договору, та інші документи, передбачені даними Правилами та умовами Договору страхування, необхідні для встановлення причин, характеру страхового випадку та його зв'язку з наслідками, що настали;
- 10.2.7. надати Страховику можливість організації медичного обстеження Застрахованої особи з метою з'ясування стану його здоров'я, якщо проведення такого обстеження є доцільним для з'ясування обставин страхового випадку;
- 10.2.8. повернути Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявлені такі обставини, що існували на момент здійснення страхової виплати, які згідно з чинним законодавством України повністю або частково позбавляють Страхувальника права на отримання страхової виплати.

10.3. Страховик має право:

- 10.3.1. достроково припинити дію Договору, керуючись Розділом 14 Правил;
- 10.3.2. перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою щодо обставин настання страхового випадку;
- 10.3.3. самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку, в тому числі направляти офіційний запит третій стороні для визначення або підтвердження розміру реально понесених витрат Застрахованою особою та їх відповідність дійсним договорам, укладеним між туроператором, транспортною компанією, консульством, готелями та іншими підрядниками та субпідрядниками, що надають туристичні та супутні послуги, згідно з умовами договору про надання туристичних послуг;
- 10.3.4. пред'явити зворотні вимоги до Страхувальника/Застрахованої особи на суму виплаченої страхової виплати, якщо після виплати виявились обставини, зазначені у Розділі 6 Правил;
- 10.3.5. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках та за умов, передбачених умовами укладеного Договору та цими Правилами;

10.4. Страховик зобов'язаний:

- 10.4.1. ознайомити Страхувальника з цими Правилами, в тому числі шляхом розміщення на власному офіційному вебсайті;
- 10.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової

виплати;

10.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати відповідно до умов Договору;

10.4.4. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору;

10.4.5. тримати в таємниці відомості про Страхувальника/Застраховану особу та його (її) майновий стан, стан його (її) здоров'я за винятком випадків, передбачених законодавством України.

11. Дії Страхувальника у разі настання страхового випадку.

Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків.

11.1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, в т.ч. при виникненні у Застрахованої особи потреби у відшкодуванні документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з настанням страхового випадку Страхувальник/Застрахована особа повинен(на) не пізніше 24 годин з моменту настання події зв'язатися з Контакт-центром, зазначеним у Договорі для отримання інформації щодо подальших дій, та повідомити оператору Контакт-центру таку інформацію: номер та строк дії Договору; прізвище, ім'я Страхувальника/Застрахованої особи; місцезнаходження Застрахованої особи (країна, місто тощо), номер контактного телефону; причину звернення.

11.2. Якщо телефонний дзвінок до Контакт-центру було здійснено до моменту звернення до медичної установи за медичною допомогою, Застрахованій особі буде організовано надання медичної допомоги та інших послуг на передбачених Договором умовах.

11.3. Якщо Страхувальник/Застрахована особа з об'єктивних причин (стан здоров'я, відсутність фізичної можливості зателефонувати) не змогла зв'язатися із Контакт-центром до надання їй послуг, передбачених умовами Договору, вона зобов'язана протягом 24-х годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, сповістити Контакт-центр про її настання і узгодити надання та умови оплати необхідних послуг.

11.4. Якщо Страхувальник/Застрахована особа протягом 24-х годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, не повідомила Контакт-центр про настання події, не маючи на це поважних причин, Страховик на власний розсуд приймає рішення щодо компенсації Страхувальнику/Застрахованій особі витрат на отримання лікування в межах лімітів відшкодувань, зазначених Договором.

11.5. У разі госпіталізації Застрахованої особи страхова виплата здійснюється тільки в тому випадку, якщо Страхувальник/Застрахована особа або їх довірена особа повідомила Контакт-центр про факт перебування в стаціонарі до/під час лікувального процесу (але не пізніше 48 (сорока восьми) годин з моменту госпіталізації).

11.6. У разі настання страхового випадку за ризиками страхування медичних витрат Страховику надаються такі документи:

11.6.1. паспорт /ID картка громадянина України/паспортного документа іноземця. Номери мають співпадати із номером паспорту /ID картки громадянина України/паспорт іноземного громадянина, вказаного у медичних документах;

11.6.2. оригінали документів з медичної установи (на бланку закладу або з відповідним штампом чи печаткою) із зазначенням прізвища пацієнта, діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, з переліком наданих послуг та розбивкою їх по датах;

11.6.3. оригінали рецептів, виписаних лікарем (на бланку лікаря чи закладу з відповідним штампом чи печаткою) у зв'язку з даним захворюванням;

11.6.4. оригінал документа, виданого лікарем на проходження лабораторних досліджень, рахунок лабораторії з розбивкою по датах та найменуванням та результати аналізів;

11.6.5. до документів за пп.11.6.1. – пп.11.6.4. розрахункові документи, що підтверджують факт оплати лікування, лікарських засобів та інших послуг, оплата яких передбачена Договором (фіскальний чек, квитанція з мокрим відбитком печатки про оплату або банківську виплату про перерахування вартості медичних послуг з поточного чи карткового рахунку);

11.6.6. документи, що підтверджують оплату вартості телефонних переговорів Застрахованої особи з Контакт-центром або Страховиком із зазначенням номерів телефонів, дати дзвінків, тривалості, вартості, якщо умовами Договору передбачено відшкодування вартості витрат на телефонні розмови;

11.6.7. при транспортуванні за медичними показаннями, якщо це передбачено умовами Договору, оригінали виписаних перевізником рахунків із зазначенням маршруту перевезення та його вартості (на бланках або з відповідним штампом чи печаткою) та документи, що підтверджують факт оплати, коли Застрахована особа не мала можливості звернутися до Контакт-центру за організацією екстреної евакуації до найближчого медичного закладу чи найближчого лікаря в країні перебування і змушена була самостійно сплатити вартість транспортних послуг;

11.6.8. документи, що підтверджують витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи, якщо це передбачено умовами Договору;

11.6.9. оригінали документів, що підтверджують оплату за надання транспорту, в тому числі спеціалізованого, яким здійснювалась репатріація (медична евакуація);

11.6.10. оригінали фінансових документів із зазначенням виду послуги – у випадку оплати процедур оформлення документів, підготовку тіла, поховання за кордоном;

11.6.11. документи, що підтверджують витрати на пошук, рятування, евакуацію Застрахованої особи, якщо це передбачено умовами Договору;

11.6.12. документи, що підтверджують витрати на проїзд до країни постійного проживання, якщо це передбачено умовами Договору;

11.6.13. документи, що підтверджують витрати на проживання в готелі, якщо це передбачено умовами Договору;

11.6.14. оригінал довідки про відсутність (наявність) в крові Застрахованої особи речовин токсичного, наркотичного походження та алкоголю на момент настання страхового випадку.

11.7. Якщо Страхувальник/Застрахована особа самостійно понесла витрати, пов'язані із страховим випадком або отримала будь-які листи з вимогою про відшкодування, то Страховику протягом 15-ти (п'ятнадцяти) календарних днів після повернення до місця проживання надаються такі документи:

11.7.1. копія паспорта/ID картки громадянина України/паспортного документа іноземця;

11.7.2. копія свідоцтва про народження/документа про опікунство, всиновлення (удочеріння) у разі подорожі з дітьми, якщо у дитини віком старше 14-ти років відсутній паспорт/ ID картка громадянина України;

11.7.3. копія довідки про присвоєння Реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП) (індивідуального податкового номеру (ПІН));

11.7.4. копія паспорта громадянина України для виїзду за кордон/паспортного документа іноземця з відміткою прикордонних служб про перетин кордону, якщо страховий випадок стався за кордоном. У разі відсутності відміток про перетин кордону, за запитом Страховика, мають бути надані інші документи, які підтверджують факт знаходження Страхувальника/Застрахованої особи за кордоном (оригінал довідки з Державної прикордонної служби України про перетин кордону за підписом уповноваженої особи, квитки (авіа-, поїзд-, автобус), посадковий талон, реєстраційна картка готелю тощо);

11.7.5. заяву на отримання страхової виплати/виплату відшкодування понесених витрат із зазначенням дати та номеру звернення до Контакт-центру або з обґрунтуванням причин, через які Страхувальник/Застрахована особа не звернулася до Контакт-центру, якщо таке мало місце. При цьому виплата страхового відшкодування Страхувальнику/Застрахованій особі в якості компенсації самостійно витрачених коштів здійснюється в національній валюті за еквівалентним курсом НБУ на дату звернення до медичної установи або до відповідного компетентного органу стосовно настання страхового випадку;

11.7.6. листи-вимоги про відшкодування від медичної установи, що надала послуги, пов'язані із страховим випадком у разі отримання такого документа;

11.7.7. документи, що підтверджують оплату Страхувальником/Застрахованою особою витрат, що відшкодовуються відповідно до умов Договору.

11.8. Умовами укладеного договору страхування можуть бути передбачені інші документи, ніж зазначені у пп.11.6. – пп.11.7., що мають відношення до страхового випадку, що дозволяють з'ясувати причину і розмір збитків, в тому числі у випадку смерті Страхувальника/Застрахованої особи копію свідоцтва про смерть та копію свідоцтва про право на спадок (за умови, якщо Страхувальник за згодою застрахованого не призначив Вигодонабувача).

12. Строк прийняття рішень та порядок і умови здійснення страхової виплати

12.1. Рішення про страхову виплату приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) банківських днів з моменту отримання Страховиком всіх необхідних та належним чином

оформлених документів.

12.2. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту прийняття рішення про здійснення страхової виплати (п. 12.1.) за погодженням сторін у готівковій або безготівковій формі відповідно до вимог чинного законодавства шляхом відшкодування на умовах Договору документально підтверджених витрат на отримання Страхувальником/Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником/Застрахованою особою подорожі (поїздки).

12.3. Страховик має право продовжити строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні такої виплати у разі:

12.3.1. якщо він має сумніви в обґрунтованості вимог Страхувальника на отримання страхової виплати – до отримання необхідних доказів, але не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з усіх необхідних документів, зазначених в пп.11.6. – пп.11.7. Правил;

12.3.2. якщо органами поліції ведеться розслідування обставин, які спричинили настання страхового випадку – до закриття справи;

12.3.3. якщо у зв'язку із настанням страхового випадку була внесена інформація до Єдиного реєстру досудових розслідувань (ЄРДР) щодо осіб, винних в настанні страхового випадку – до закриття справи та набрання законної сили рішенням суду, але не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з усіх необхідних документів, зазначених в пп.11.6.- пп.11.7. Правил;

12.3.4. якщо для з'ясування обставин і характеру страхового випадку було призначено експертизу – до отримання офіційних висновків такої експертизи.

12.4. У разі смерті Страхувальника/Застрахованої особи право на отримання страхової виплати переходить до Вигодонабувача чи спадкоємців Застрахованої особи.

12.5. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати повідомляється Страхувальнику/Застрахованій особі в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) днів з моменту прийняття такого рішення.

13. Причини відмови у страховій виплаті

13.1. Страховик має право відмовити повністю або частково у страховій виплаті, якщо Страхувальник/Застрахована особа або інша особа, що отримує виплату:

13.1.1. несвоєчасно повідомив про настання страхового випадку без поважних на це причин або створив Страховику перешкоду у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

13.1.2. вчинив навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку, крім випадків, коли такі дії пов'язані з виконанням ним громадянського або службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації;

13.1.3. вчинив умисний злочин, що призвів до страхового випадку;

13.1.4. подав свідомо неправдиві відомості про предмет Договору, стан здоров'я, якщо це передбачено умовами Договору або про факт настання страхового випадку;

13.1.5. отримав повне відшкодування витрат від особи, винної у їх заподіянні;

13.1.6. не надав лікарю, у разі необхідності запропонованому Страховиком, можливості провести обстеження Застрахованої особи з метою з'ясування стану його здоров'я (пп. 10.2.7. Правил);

13.1.7. не надав документів та відомостей, необхідних для підтвердження факту, причин та обставин настання страхового випадку та відшкодування медичних витрат;

13.1.8. надав Страховику документи із завідомо недостовірною інформацією про стан здоров'я Застрахованої особи та надані медичні послуги;

13.1.9. не надав Страховику всіх документів, передбачених цими Правилами;

13.1.10. не виконав обов'язків, передбачених умовами цих Правил та Договору;

13.1.11. порушив строки, встановлені Розділом 11 Правил;

13.1.12. номер паспорту /ID картки громадянина України/паспортного документа іноземця із номером паспорту /ID картки громадянина України/паспорт іноземного громадянина не співпадає з номером відповідного документа, вказаного у медичних документах;

13.1.13. поніс/понесла витрати у зв'язку із страховим випадком на території, не зазначеній у Договорі, окрім випадків транспортування постраждалого Страхувальника/Застрахованої особи;

13.1.14. мали місце події, передбачені у Розділі 6 Правил;

13.1.15. не погодив/-ла із Страховиком/Контакт-центром розмір витрат та всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг у разі настання страхового випадку;

13.1.16. не виконував/-ла розпорядження або рекомендації Страховика/Контакт-центру щодо дій у разі настання страхового випадку.

13.2. Страховик має право відмовити повністю або частково у страховій виплаті, якщо за укладеним Договором з територією страхування іншою ніж Україна, дата перетину державного кордону передре дату укладання Договору. При цьому підтвердження дати перетину кордону Застрахованою особою покладається на Страхувальника/Застраховану особу.

13.3. Умовами Договору можуть бути передбачені інші підстави для відмови у виплаті страхового відшкодування.

14. Умови припинення Договору страхування

14.1. Дія Договору припиняється у разі:

14.1.1. закінчення строку його дії;

14.1.2. перетину Застрахованою особою державного кордону України на в'їзд до 24.00 годин дати, зазначеної в Договорі, як дата закінчення строку дії Договору. Ця умова є дійсною виключно для Договорів з територією страхування, іншою ніж Україна;

14.1.3. виконання Страховиком зобов'язань за Договором у повному обсязі;

14.1.4. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки;

14.1.5. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника- фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування";

14.1.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

14.1.7. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

14.1.8. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

14.2. Договір може бути достроково припинений у будь-який час за письмовим повідомленням однієї із Сторін (у тому числі в зв'язку з невиконанням іншою Стороною умов Договору) з дотриманням вимог чинного законодавства України. При цьому повернення страхової премії здійснюється наступним чином:

14.2.1. у разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактично сплачених страхових виплат за цим Договором страхування. У такому разі датою початку фактично оплаченого періоду покриття вважається дата початку дії Договору страхування. У разі зарахування за заявою про дострокове припинення дії Договору коштів до повернення Страхувальнику, як сплати премії за іншими договорами страхування, Страховик може не вираховувати витрати на ведення справи.

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

Якщо вимога Страхувальника пов'язана із виявленою технічною помилкою, перенесенням строків поїздки, зміною страхової суми, зміною страхового ризику, зміною даних Страхувальника або/чи Застрахованої особи тощо до початку або протягом строку його дії, і Страхувальник укладе новий Договір страхування, то Страховик зараховує страховий платіж за укладеним раніше Договором страхування в якості страхового платежу (частини страхового платежу) за новим Договором страхування повністю;

14.2.3. 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 фактично оплаченого періоду покриття в межах строку дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. В такому разі датою початку фактично оплаченого періоду покриття вважається дата початку дії Договору страхування.

14.3. У випадку дострокового припинення дії Договору повернення страхової премії здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту одержання письмового повідомлення про припинення договору.

15. Особливі умови

15.1. Усі розрахунки між сторонами здійснюються відповідно до законодавства України.

15.2. Сторона, що посилається на форс-мажорні обставини, зобов'язана негайно письмово сповістити іншій Стороні про настання та/або припинення дії такої обставини.

15.3. Факт дії форс-мажорних обставин підтверджується довідкою, виданою компетентними органами відповідно до законодавства України.

15.4. Неповідомлення та/або ненадання довідки Стороною, яка посилається на настання форс-мажорних обставин, не звільняє від відповідальності за неналежне виконання прийнятих на себе зобов'язань відповідно до Договору страхування.

16. Строки та порядок вирішення спорів

16.1. Протягом загального строку позовної давності, встановленого діючим законодавством, від дня здійснення страхової виплати Страховик має право пред'явити претензію щодо повернення сплаченої страхової виплати, якщо для цього виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України чи цими Правилами.

16.2. Спори, що пов'язані з Договором, вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України.