

ЗАТВЕРДЖУЮ

Голова Правління
Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «Раритет»
_____ Т. В. Бутківська
«31» жовтня 2012 р.
М.П.

ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ
№ 07-12

м. Київ – 2012

Розділ I. Страхування медичних витрат під час подорожі (поїздки) по території України

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Страхування медичних витрат здійснюється відповідно до чинного законодавства України, на підставі Розділу I Правил добровільного страхування медичних витрат (далі - Розділ I Правил) та Договору страхування.

1.2. Цей Розділ I Правил визначає загальні умови здійснення добровільного страхування медичних витрат під час подорожі (поїздки) по території України.

1.3. **Страховальник** - юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування на свою користь або на користь іншої особи.

1.4. Страховальник може укласти із Страховиком Договір страхування на користь іншої особи (Застрахованої особи), яка може набувати прав і обов'язків Страховальника згідно з Договором страхування.

1.5. **Застрахована особа** – фізична особа, прізвище та ім'я якої вказані в Договорі страхування та на користь якої укладено Договір страхування.

1.6. **Страховий захист** – сукупність зобов'язань Страховика перед Страховальником згідно з умовами Договору страхування.

1.7. **Територія дії договору страхування** – територія, що зазначена у Договорі страхування.

1.8. **Раптове захворювання** – непередбачене порушення життєдіяльності організму, що призвело до раптового погіршення стану здоров'я Застрахованої особи та вимагає надання медичної допомоги.

1.9. **Нещасний випадок** - раптова, непередбачена подія, яка не залежить від волі Застрахованої особи, та може призвести до порушення анатомічної цілісності тканин та функцій організму або до її смерті.

1.10. **Асистанс (Асистуюча компанія)** - спеціалізована служба, яка, діючи від імені та за дорученням Страховика, координує дії Застрахованої особи та осіб, що надають послуги Застрахованій особі при настанні страхового випадку. Асистанс також може здійснювати, від імені і за дорученням Страховика, контроль та оплату послуг, що надаються Застрахованій особі.

1.11. **Медичний заклад** – юридичні та фізичні особи, які надають медичні послуги чи медичну допомогу Застрахованій особі, передбачені Договором страхування, та мають відповідні ліцензії на здійснення медичної практики, якщо наявність таких ліцензій передбачена законодавством.

1.12. **Програма страхування (Програма)** – перелік послуг, погоджений Страховиком і Страховальником у Договорі страхування, що можуть надаватися Застрахованій особі та оплачуються/ відшкодовуються Страховиком. Конкретні умови Програм страхування можуть визначатися у Договорі страхування.

1.13. **Близькі родичі Застрахованої особи** - чоловік/ дружина, діти, в т. ч. всиновлені, мати, батько (мати, батько дружини/ чоловіка), рідні брат або сестра.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованої особи та медичними витратами Застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки), визначеними у Договорі страхування і які виникли під час дії Договору страхування.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

3.1. **Страховим ризиком** є незалежні від волі Застрахованої особи події, що мають ознаки ймовірності та випадковості настання, а саме: раптове захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасний випадок, що сталися із Застрахованою особою, або її смерть під час дії Договору страхування.

3.2. **Страховим випадком** є подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась із Застрахованою особою із настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з захворюванням Застрахованої особи, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або її смертю внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).

4. ВИТРАТИ, ЯКІ ОПЛАЧУЄ / ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК

4.1. При настанні страхового випадку Страховик може оплачувати/ відшкодувати наступні витрати:

4.1.1. витрати на стаціонарну допомогу, а саме: вартість послуг екстреної госпіталізації, консультацій лікарів, лабораторних, інструментальних та інших видів досліджень, лабораторних тестів, консервативного лікування, оперативного лікування, забезпечення медикаментами та витратними матеріалами, вартість перебування в палатах відповідного класу, харчування, оформлення медичної документації тощо;

4.1.2. витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу, а саме: вартість консультацій лікарів в амбулаторних умовах, виклику лікаря до місця роботи або до місця тимчасового перебування, відвідувань лікарем Застрахованої особи, лабораторних, інструментальних та інших видів досліджень, консервативного та оперативного лікування, забезпечення медикаментами та витратними матеріалами, оформлення медичної документації тощо;

4.1.3. витрати на швидку медичну допомогу, а саме: виїзд бригади швидкої медичної допомоги, діагностики та лікування на місці виклику, забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами, транспортування та негайну госпіталізацію до Медичного закладу;

4.1.4. витрати на стоматологічну допомогу, а саме: вартість екстреної стоматологічної медичної допомоги, що надається Застрахованій особі (консультації лікарів, діагностичні заходи, рентгенологічні та інші види досліджень, консервативне лікування, оперативне лікування тощо);

4.1.5. витрати на медичну евакуацію до Медичного закладу за місцем постійного проживання для подальшого лікування, враховуючи витрати на супроводжуючу особу, якщо необхідність евакуації, що виникла внаслідок раптового захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку, підтверджена обґрунтованим медичним висновком. Медична евакуація здійснюється за погодженням з Асистуючою компанією або Страховиком;

4.1.6. витрати на транспортування тіла у разі смерті Застрахованої особи внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку до місця, що найближче до місця поховання Застрахованої особи або до місця постійного проживання Застрахованої особи, за попереднім узгодженням зі Страховиком.

4.2. Конкретний перелік витрат, вартість яких оплачується/ відшкодовується Страховиком визначається у Договорі страхування.

5. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страховик не оплачує або не відшкодовує будь-які витрати Застрахованої особи, якщо вони сталися внаслідок:

- 5.1.1. скоєння Застрахованою особою умисного правопорушення, що призвело до страхового випадку;
- 5.1.2. алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння Застрахованої особи;
- 5.1.3. самогубства або замаху на самогубство Застрахованої особи;
- 5.1.4. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом, якщо вона не мала права керувати цим транспортним засобом або перебувала під час керування у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- 5.1.5. участі Застрахованої особи у народних заворушеннях, повстаннях або воєнних діях будь-якого роду;
- 5.1.6. умисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;
- 5.1.7. виконання небезпечної роботи (також за наймом) у зв'язку з будь-якими справами, ремеслом або професією, участі у змаганнях, занятті активними видами спорту (альпінізм, скелелазіння, спелеологія, дельтапланеризм, кінні види спорту, авто/мотоперегони тощо), крім випадків, якщо це окремо обумовлено у Договорі страхування;
- 5.1.8. заняття спортом на професійному рівні (включаючи змагання та тренування), крім випадків, якщо це окремо обумовлено у Договорі страхування;
- 5.1.9. навмисне нараження на ризик, за винятком випадків рятування життя іншій особі.
- 5.2. Страховик не оплачує/ не відшкодовує будь-які наступні витрати Застрахованої особи:
 - 5.2.1. пов'язані з лікуванням хвороб, що виникли до укладення Договору страхування, у тому числі захворювань на етапі лікування;
 - 5.2.2. пов'язані з медичним обслуговуванням та лікуванням психічних і психоневрологічних захворювань;
 - 5.2.3. безпосередньо чи опосередковано пов'язані із спричиненням шкоди Застрахованій особі іонізуючим випромінюванням, атомною енергією;
 - 5.2.4. пов'язані з лікуванням хвороб, що виникли внаслідок впливу епідемій, забруднення навколишнього середовища, стихійних лих, техногенних катастроф;
 - 5.2.5. пов'язані з звичайним, контрольним або вибіркоким медичним обстеженням;
 - 5.2.6. пов'язані з лікуванням онкологічних захворювань;
 - 5.2.7. на лікування сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання, крім випадків загрози життю Застрахованої особи та необхідності стаціонарного лікування;
 - 5.2.8. пов'язані з лікуванням хронічних захворювань, незалежно від стадії захворювання, крім станів загострення;
 - 5.2.9. пов'язані з нормальною або патологічною вагітністю, пологами, окрім випадків, коли медична допомога необхідна за життєвими показниками;
 - 5.2.10. пов'язані з лікуванням венеричних захворювань, а також витрати, що виникли у зв'язку з будь-якими їх наслідками чи проявами, у т.ч. і смертю від СНІДу;
 - 5.2.11. пов'язані з пластичною хірургією і будь-яким протезуванням;
 - 5.2.12. пов'язані з наданням медичних послуг, що не є необхідними за медичними показаннями, або з лікуванням, не призначеним лікарем;
 - 5.2.13. пов'язані з наданням послуг медичним закладом, що не має права займатися медичною практикою;
 - 5.2.14. на лікування нетрадиційними методами;
 - 5.2.15. пов'язані з відновлювальною, учбовою і фізичною терапією;
 - 5.2.16. пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, зволожувача, послуг перукаря чи косметолога тощо;
 - 5.2.17. пов'язані з евакуацією та транспортуванням тіла, організованою без участі Асистансу або Страховика, якщо інше не передбачено Договором страхування;
 - 5.2.18. на евакуацію Застрахованої особи у випадку незначних захворювань або травм, що підлягають лікуванню по місцю проживання;
 - 5.2.19. на транспортування Застрахованої особи із одного Медичного закладу до іншого, якщо це не було погоджено або організовано за участю Асистанса та/або Страховика;
 - 5.2.20. пов'язані з похованням та ритуальними послугами;
 - 5.2.21. пов'язані з профілактичними щепленнями;

5.2.22. пов'язані з придбанням або ремонтом предметів медичного призначення (слухових апаратів, милиць, протезів, вимірювальних приладів тощо), засобів гігієни.

5.3. Договором страхування може бути передбачено надання страхового захисту щодо частини витрат, визначених п. 5.2. Розділу I Правил.

5.4. Страховик не відшкодовує також моральні збитки, збитки, заподіяні професійною помилкою лікаря, збитки через неможливість поїздки, брати участь у подорожі, за бронювання квитків, готелів та інші непрямі збитки/ витрати.

5.5. Договором страхування можуть бути передбачені інші винятки із страхових випадків.

6. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або усно заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

6.2. Конкретні умови страхування визначаються при укладанні Договору страхування та можуть бути змінені (виключені або доповнені) за згодою між Страховиком та Страхувальником. За згодою сторін до Договору страхування можуть бути включені інші умови, що не суперечать чинному законодавству України.

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

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування укладається на строк до 1 (одного) року (включно), якщо Договором страхування не передбачено інший строк страхування.

7.2. Договір набуває чинності з моменту сплати Страхувальником страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

7.3. Договір страхування може бути укладено на певний строк та передбачати багаторазові подорожі (поїздки), при цьому страховий захист діє протягом тієї кількості днів, що зазначена у Договорі страхування.

7.4. Місце дії Договору страхування – територія України.

8. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ

8.1. Страхова сума встановлюється в Договорі страхування за згодою Сторін. Страхова сума в Договорі страхування може встановлюватися по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору страхування в цілому.

8.2. В Договорі страхування може бути передбачена франшиза (умовна чи безумовна) - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.

8.3. Розрахунок страхового платежу здійснюється на підставі страхових тарифів, що зазначені у Додатку №1 до Розділу I Правил.

8.4. Страховий платіж сплачується одноразово або частинами, готівкою або безготівково відповідно до умов Договору страхування.

8.5. Якщо Страхувальник відмовляється від Договору страхування до початку дії страхового захисту йому повертається страховий платіж за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

9.1.1. ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування;

9.1.2. ініціювати внесення змін до умов Договору страхування;

9.1.3. укласти договір страхування на користь іншої особи;

9.1.4. на отримання страхової виплати з урахуванням конкретних умов, обумовлених Договором страхування;

9.1.5. оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. своєчасно сплачувати страхові платежі;

- 9.2.2. при укладанні Договору страхування повідомити мету поїздки (подорожі) Застрахованої особи, надати Страховикові інформацію про всі відомі Страхувальнику обставини, які мають істотне значення для визначення ймовірності настання страхового випадку і розміру можливих збитків у разі його настання;
- 9.2.3. ознайомити Застраховану особу з умовами Договору страхування, якщо Договір страхування укладається на користь іншої особи ніж Страхувальник;
- 9.2.4. повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування щодо предмету Договору страхування;
- 9.2.5. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок страхової події, якщо це передбачено Договором страхування;
- 9.2.6. надати Страховику всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат при самостійній оплаті медичних послуг;
- 9.2.7. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений Договором страхування.

9.3. Страховик має право:

- 9.3.1. на отримання від Страхувальника будь-якої інформації, що має відношення до предмету Договору страхування;
- 9.3.2. направляти запити до компетентних органів про надання інформації для в'яснення причин та наслідків страхового випадку;
- 9.3.3. ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування;
- 9.3.4. ініціювати внесення змін до Договору страхування;
- 9.3.5. самостійно з'ясувати причини і обставини настання страхової події, а також визначати розміри збитків;
- 9.3.6. здійснювати заходи для в'яснення обставин та причин страхової події, не чекаючи згоди Страхувальника;
- 9.3.7. при наявності сумнівів щодо здійснення страхової виплати Страхувальнику, відстрочити її виплату до підтвердження або спростування цих відомостей відповідними органами;
- 9.3.8. у разі, якщо з приводу страхового випадку провадяться розслідування або порушено судову справу, відстрочити страхову виплату до закінчення розслідування або винесення судового рішення;
- 9.3.9. відмовити Застрахованій особі у страховій виплаті або зменшити її розмір відповідно до Договору страхування, цих Правил та чинного законодавства України;
- 9.3.10. відмовити у страховій виплаті у разі несвоєчасного повідомлення про страховий випадок та несвоєчасного надання необхідних документів відповідно до п. 11.6. цих Правил;
- 9.3.11. вимагати від Страхувальника або іншої особи, яка одержала страхову виплату, повернення одержаної суми страхової виплати, якщо після страхової виплати з'ясується, що Страхувальник або інша особа, яка одержала страхову виплату, не мали на це права або якщо збитки по страховому випадку відшкодовані іншими особами.

9.4. Страховик зобов'язаний:

- 9.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами;
- 9.4.2. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної страхової виплати;
- 9.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, передбачений Договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається Договором страхування;
- 9.4.4. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування;
- 9.4.5. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий

ризик, переукласти з ним Договір страхування;

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

9.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страховика, Страхувальника.

9.6. **Застрахована особа має право** на отримання страхової виплати, при настанні страхового випадку, згідно з умовами Договору страхування в межах страхової суми, страхових сум по окремому страховому випадку, групі страхових випадків.

9.7. **Застрахована особа зобов'язана** повідомити про настання страхової події, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

9.8. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Застрахованої особи.

10. ДІЇ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. При настанні нещасного випадку, раптового захворювання чи іншої непередбачуваної події, визначеної Договором страхування, Застрахована особа або особа, яка представляє її інтереси, повинна негайно звернутися до Асистансу або Страховика і повідомити відомості, що містяться у Договорі страхування:

10.1.1. назву Страховика, номер Договору страхування;

10.1.2. прізвище та ім'я Застрахованої особи;

10.1.3. строк дії Договору страхування;

10.1.4. своє місцеперебування та контактний телефон;

10.1.5. детальні обставини та характер необхідної допомоги.

10.2. Найменування спеціалізованої служби (Асистансу), її адреси і телефони зазначаються у Договорі страхування.

10.3. У випадках, коли немає змоги терміново зателефонувати перед консультацією лікаря чи відправленням до Медичного закладу, Застрахована особа (або особа, яка представляє його інтереси) повинна при першій нагоді звернутися (зателефонувати) до Асистансу або Страховика.

10.4. Якщо Застрахована особа з поважної причини не звернулася до Асистансу або Страховика та сплатила вартість отриманих послуг самостійно, то Страховик відшкодовує такі медичні витрати, якщо це передбачено Договором страхування.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

11.1. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату:

11.1.1. Асистансу, на поточний рахунок відповідно до укладених між Страховиком та Асистансом угод;

11.1.2. Застрахованій особі, якщо вона самостійно сплатила вартість отриманих нею послуг;

11.1.3. особі (фізичній чи юридичній), яка має право на здійснення певного виду діяльності, відповідно з чинним законодавством, що надала послуги Застрахованій особі, у випадках, передбачених Договором страхування.

11.2. Якщо у випадку смерті Застрахованої особи Вигодонабувач не був призначений або помер, то страхова сума або її частина виплачується спадкоємцям Застрахованої особи.

11.3. Якщо з поважних причин Застрахована особа не звернулася до Страховика або в Асистанс та самостійно оплатила вартість наданих їй послуг, що передбачені Договором страхування, Страховик може відшкодувати ці витрати безпосередньо Застрахованій особі або грошовим переказом (за рахунок отримувача страхової виплати) на підставі письмової заяви, після отримання та розгляду всіх необхідних та належним чином оформлених документів, зазначених у п. 11.5. Розділу I Правил, при умові встановлення факту настання страхового випадку.

11.4. Договором страхування може бути передбачена оплата особі, яка надала послугу, вартості наданих нею послуг, при умові, що ця особа надішле рахунок та інші документи безпосередньо Страховику.

11.5. У випадку не звернення Застрахованої особи в Асистанс або до Страховика, для відшкодування витрат вона або інша особа повинна надати Страховику:

11.5.1. письмову заяву на страхову виплату (за формою, що встановлена Страховиком);

11.5.2. оригінал Договору страхування або іншого документа, що підтверджує факт надання страхового захисту цій Застрахованій особі;

11.5.3. документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати;

11.5.4. виписку з історії хвороби або медичної карти амбулаторного /стаціонарного хворого (із зазначенням переліку медичних послуг та медикаментів, що призначались лікарями і були придбані Застрахованою особою за власний рахунок);

11.5.5. копію листка непрацездатності чи довідки медичного закладу, що підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу;

11.5.6. квитанції Медичного закладу про оплату медичних послуг;

11.5.7. фіскальні та товарні чеки з аптек про придбані медикаменти (із зазначенням назви медикаментів та їх вартості);

11.5.8. копія ідентифікаційного номера одержувача страхової виплати згідно з державним реєстром фізичних осіб – платників податків та інших обов'язкових платежів;

11.5.9. інші документи, у разі необхідності, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат.

11.6. Заява на страхову виплату та документи, згідно із п. 11.5. цього Договору мають бути подані Страховику протягом 30 календарних днів з дня повернення Застрахованої особи з подорожі (поїздки) до місця постійного проживання.

11.7. Страховик відшкодовує витрати після перевірки всіх поданих документів. При необхідності Застрахована особа може бути направлена на медичне обстеження у довіреного лікаря Страховика.

11.8. Страхова виплата проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви і страхового акта, який складається Страховиком у формі, що визначається Страховиком, після отримання всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку.

11.9. Страхова виплата проводиться в розмірі фактичних витрат, але не більше розміру страхової суми, або страхових сум, що зазначені у Договорі страхування.

11.10. Якщо Договором страхування встановлена франшиза, то страхова виплата розраховується за вирахуванням із суми витрат, що відшкодовуються Страховиком, франшизи згідно із Договором страхування.

11.11. У випадку, коли сума фактичних витрат перевищує страхову суму, зазначену у Договорі страхування, Страховик, в першу чергу, сплачує витрати на лікування, а у випадку смерті Застрахованої особи – витрати на транспортування її тіла в межах страхових сум.

11.12. Якщо Застрахована особа отримала відшкодування витрат від інших осіб, Страховик виплачує тільки різницю між сумою, що підлягає виплаті, і сумою, отриманою від цих осіб. Про отримання таких сум відшкодування Застрахована особа зобов'язана протягом 5 (п'яти) робочих днів повідомити про це Страховика.

11.13. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів із дня отримання всіх документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат. Рішення про здійснення страхової виплати оформляється страховим актом.

11.14. Страховик здійснює страхову виплату у строк не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату.

11.15. Якщо страхова виплата здійснена у розмірі страхової суми, то дія Договору припиняється з дати проведення виплати.

12. ВІДМОВА У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. Страховик має право відмовити повністю або частково у здійсненні страхової виплати за Договором страхування.

12.2. Підставою для відмови у страховій виплаті є:

12.2.1. вчинення Страхувальником-громадянином, Застрахованою особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, який привів до страхового випадку;

12.2.2. навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи 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;

12.2.3. несвоєчасне повідомлення Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої укладено Договір страхування про настання страхового випадку без поважних на це причин;

12.2.4. невиконання Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої укладено Договір страхування, своїх обов'язків по Договору страхування та згідно з цими Правилами;

12.2.5. подання Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої укладено Договір страхування, свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

12.2.6. отримання Застрахованою особою або особою, на користь якої укладено Договір страхування, повного відшкодування витрат від особи, винної у заподіянні шкоди;

12.2.7. створення Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої укладено Договір страхування, перешкоди Страховикові у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

12.2.8. невиконання Страхувальником, Застрахованою особою умов Договору страхування, якщо це передбачено Договором страхування;

12.2.9. надання Страхувальником, Застрахованою особою Страховику документів, що містять недостатню або недостовірну інформацію щодо стану здоров'я Застрахованої особи і отримані нею послуги, якщо це передбачено Договором страхування;

12.2.10. відмова Застрахованої особи, у спірному випадку, у обстеженні стану здоров'я довіреним лікарем Страховика, якщо це передбачено Договором страхування;

12.2.11. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

12.3. Страховик приймає рішення про відмову у страховій виплаті протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат, та протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це особу, яка має право на отримання страхової виплати (Страхувальник, Застрахована особа, вигодонабувач, спадкоємець тощо) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

12.4. Відмова Страховика у страховій виплаті може бути оскаржена Страхувальником (Застрахованою особою) у судовому порядку.

13. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН У ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ

13.1. Зміна умов Договору страхування здійснюється за згодою Страхувальника та Страховика на підставі Заяви однієї із Сторін протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту одержання Заяви другою Стороною та оформлюється письмово.

13.2. Якщо будь-яка зі Сторін не згодна із внесенням змін у Договір страхування, протягом 10 (десяти) робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії (розірвання).

13.3. З моменту отримання Заяви однією Стороною до моменту прийняття рішення Договір продовжує діяти на попередніх умовах.

13.4. Договір може бути змінено за рішенням суду на вимогу однієї із Сторін Договору страхування у разі істотного порушення Договору страхування другою Стороною та в інших випадках встановлених Договором страхування або законом.

13.5. У разі істотної зміни обставин, якими Сторони керувалися при укладанні Договору страхування, Договір страхування може бути змінений за згодою Сторін, якщо інше не встановлено Договором страхування або не впливає із суті Договору.

14. ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

14.1.1. закінчення строку дії;

14.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

14.1.3. несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий внесок не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 робочих днів із дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

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

14.1.5. ліквідації Страховика в порядку, встановленому законодавством України;

14.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

14.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

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

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

14.4. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові внески за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

14.5. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові внески повністю.

14.6. При достроковому припиненні Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним внески.

14.7. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові внески за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

14.8. Остаточний розрахунок між Сторонами, у разі дострокового припинення дії Договору, здійснюється після врегулювання всіх заявлених Страхувальником страхових подій (здійснення страхових виплат або прийняття рішень про відмову у виплаті).

15. ПОДВІЙНЕ СТРАХУВАННЯ

15.1. Страхувальник зобов'язаний письмово повідомити Страховика про всі інші діючі Договори страхування медичних витрат. При цьому, він повинен вказати назви інших страховиків, страхові випадки, розміри страхових сум, номери договорів страхування та терміни їх дії.

15.2. У випадку наявності інших Договорів страхування, розмір страхової виплати, що підлягає виплаті Страховиком, визначається як відношення суми збитків, що підлягають відшкодуванню за Договором страхування, до суми всіх страхових сум за укладеними

договорами страхування, з урахуванням конкретних умов Договору страхування.

15.3. Сумарна страхова виплата, що виплачується усіма Страховиками, не повинна перевищувати фактичних витрат, понесених Страхувальником та підтверджених відповідними документами.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

16.2. Якщо Сторони під час переговорів не дійшли згоди, вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.