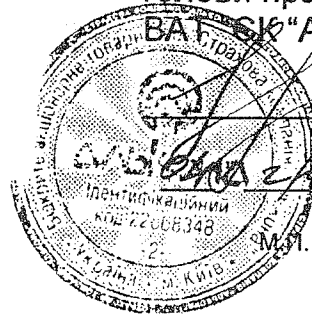


ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший заступник
голови правління
ВАТ СК "Алькона"

В.І. Гаманков

2006 р.



**ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ**

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил добровільного страхування медичних витрат (надалі – Правила), Закону України "Про страхування" та інших нормативно-правових актів, відкрите акціонерне товариство "Страхова компанія "Алькона" укладає Договори страхування медичних витрат.

1.2. У цих Правилах застосовуються наступні терміни (визначення):

АСІСТАНС – спеціалізована служба, яка, діючи від імені та за дорученням Страховика, координує взаємодію Застрахованої особи з Третіми особами, які надають їй послуги при настанні нещасного випадку, раптового захворювання або інших подій, передбачених Договором страхування. Назва Асістанс, адреси та телефони представництв Асістанс зазначаються в Договорі страхування.

БЛИЗЬКІ РОДИЧІ – дружина/чоловік, діти (в т.ч. всиновлені), мати/мачуха, батько/вітчим, рідні сестри/брати Застрахованої особи.

ГОСТРИЙ БІЛЬ - реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ – письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у межах страхової суми Третій особі та/або Застрахованій особі, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа, вказана в Договорі страхування на користь якої укладено Договір страхування.

КРАЇНА ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ – країна, в якій Застрахована особа проживає у цілому не менше 183 (ста вісімдесяти трьох) днів у календарному році.

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК - раптова, непередбачена подія, що не залежить від волі Застрахованої особи, яка відбулась під час дії Договору страхування та призвела до тілесних ушкоджень Застрахованої особи або її смерті. Під тілесними ушкодженнями

в цих Правилах розуміється травма, поранення, опіки, що були отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час дії Договору страхування, та потребують госпіталізації або амбулаторного лікування.

РАПТОВЕ ЗАХВОРЮВАННЯ - гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або гострим станом Застрахованої особи, що становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання негайної медичної допомоги. Під загрозою здоров'ю та/або життю Застрахованої особи в цих Правилах розуміється стан Застрахованої особи, при якому ненадання негайної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання, або смерті Застрахованої особи.

СТРАХОВА СУМА - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату страхового відшкодування при настанні страхового випадку.

СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ - грошова сума, яка виплачується Страховиком в межах страхової суми, згідно з умовами Договору страхування, при настанні страхового випадку.

СТРАХОВИЙ ВИПАДОК - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Третій особі та/або Застрахованій особі.

СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

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

СТРАХОВИЙ ТАРИФ – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

СТРАХОВИК – відкрите акціонерне товариство “Страхова компанія “Алькона”, яке бере на себе зобов'язання за визначену винагороду (страховий платіж) в межах страхової суми відшкодувати Третім особам та/або Застрахованій особі витрати згідно з умовами Договору страхування.

СТРАХУВАЛЬНИК – юридична особа або дієздатна фізична особа, які уклали із Страховиком Договір страхування. У випадку, коли Страхувальник уклав Договір страхування на користь себе, він одночасно є Застрахованою особою.

ТРЕТІ ОСОБИ – юридичні та фізичні особи, які надають послуги, передбачені Договором страхування, Застрахованій особі та мають право на проведення своєї діяльності.

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

1.3. Терміни (визначення), не обумовлені цими Правилами, вживаються у визначені відповідно до законодавства України. Якщо значення будь-якого терміну (визначення) не обумовлено цими Правилами та не може бути визначено, виходячи із законодавства, такий термін (визначення) використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

2.1. Об'єктом страхування за цими Правилами є майнові інтереси Застрахованої особи, що не суперечать законодавству України, пов'язані з непередбаченими медичними та іншими витратами, пов'язаними з наданням Застрахованій особі медичної допомоги.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ.

СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, ФРАНШИЗА

- 3.1. Страхова сума встановлюється в Договорі страхування за згодою Страховика та Страхувальника. Страхова сума може встановлюватись як обсяг відповідальності Страховика за Договором страхування в цілому, відповідальності по одній Застрахованій особі та по окремих видах витрат.
- 3.2. Страховий тариф розраховується згідно з Додатком 1 до цих Правил з урахуванням чинників, що впливають на ступінь ризику настання страхового випадку, терміну страхування, франшизи, тощо і зазначається в Договорі страхування.
- 3.3. Страховий платіж розраховується на підставі визначеного страхового тарифу та зазначається в Договорі страхування.
- 3.4. Порядок і форма сплати страхового платежу визначається умовами Договору страхування.
- 3.5. Розмір франшизи визначається сторонами при укладенні Договору страхування.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 4.1. Страховими ризиками згідно з цими Правилами є ймовірність понесення витрат внаслідок:
 - 4.1.1. Раптового захворювання;
 - 4.1.2. Нещасного випадку;
 - 4.1.3. Інших непередбачених подій, відшкодування витрат за якими передбачено розділом 9 цих Правил.
- 4.2. Страховим випадком згідно з цими Правилами є понесення витрат, пов'язаних з наданням Третіми особами медичних та інших послуг, пов'язаних з наданням медичної допомоги Застрахованій особі.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

- 5.1 Договір страхування не може бути укладений на користь осіб:
 - 5.1.1. Віком понад 80 років, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
 - 5.1.2. Визнаних у встановленому порядку недієздатними, якщо інше не передбачено Договором страхування;
 - 5.1.3. Хворих на тяжкі нервові та психічні захворювання: інсульт, пухлини головного мозку, епілепсію, шизофренію, тощо;
 - 5.1.4. Хворих на наркоманію, алкоголізм;
 - 5.1.5. Хворих на СНІД;
- 5.2 Страховик не несе відповідальності за цими Правилами і не відшкодовує витрати:
 - 5.2.1. Здійснені без погодження з представником Страховика (за винятком надзвичайних обставин, що становили загрозу життю Застрахованої особи за медичними показаннями);
 - 5.2.2. На лікування хронічних захворювань (в тому числі психічних, депресій), крім випадків загострення хронічних хвороб, що становили загрозу життю Застрахованої особи;
 - 5.2.3. На вибіркоче або планове медичне обстеження;
 - 5.2.4. На лікування захворювань, не вилікованих на день початку поїздки і які з медичної точки зору є протипоказанням для поїздки;
 - 5.2.5. На лікування захворювань, які в попередні 6 місяців до настання страхового випадку вимагали стаціонарного лікування;

- 5.2.6. На медичне обслуговування або лікування Застрахованої особи, що не є невідкладним і не призначене в результаті раптової хвороби або нещасного випадку;
- 5.2.7. На медичне обслуговування або лікування наслідків нещасного випадку або раптового захворювання Застрахованої особи, що виникли внаслідок участі Застрахованої особи у громадянській війні або війні з іноземною державою, а також участі в бунтах, народних повстаннях, терористичних актах і диверсіях, тощо;
- 5.2.8. Пов'язані з будь-яким радіаційним ураженням;
- 5.2.9. Пов'язані з епідемією, забрудненням навколишнього середовища та стихійним лихом;
- 5.2.10. Пов'язані з наслідками вживання алкоголю та сп'яніння (відсоток алкоголю в крові перевищує норму, встановлену законом країни перебування), наркотичного або токсичного сп'яніння, вживання ліків або наркотичних засобів без призначення лікаря;
- 5.2.11. Пов'язані з наслідками нещасних випадків, що спровоковані Застрахованою особою;
- 5.2.12. Пов'язані з наслідками самогубства або спроби самогубства Застрахованої особи;
- 5.2.13. Пов'язані з вагітністю та її наслідками або ускладненнями, зокрема: пологи, штучне переривання вагітності (за винятком випадків, коли штучне переривання вагітності було необхідним у зв'язку з нещасним випадком або раповим захворюванням за медичними показаннями);
- 5.2.14. Пов'язані із захворюваннями, що передаються статевим шляхом (в тому числі TORCH-інфекції, СНІД);
- 5.2.15. Пов'язані з нещасними випадками, що сталися в результаті занять будь-якими видами спорту, в тому числі під час змагань або тренувань, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування ;
- 5.2.16. Пов'язані зі здійсненням Застрахованою особою професійної діяльності, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
- 5.2.17. На водолікування, косметичне лікування, SPA-процедури;
- 5.2.18. На протезування, придбання протезів та ортопедичних виробів (оптичних коректорів зору, окулярів, оправ до них, контактних лінз, слухових апаратів, вимірвальних приладів тощо), на придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;
- 5.2.19. На щеплення;
- 5.2.20. На стоматологічне лікування, крім випадків, пов'язаних з усуненням гострого зубного болю;
- 5.2.21. Що виникли внаслідок застосування способів лікування, офіційно не визнаних наукою та медициною;;
- 5.2.22. На лікування, призначене та здійснене особою, з якою Застрахована особа перебуває у родинних стосунках;
- 5.2.23. Пов'язані з перебуванням в санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку та інших закладах подібного типу;
- 5.2.24. Пов'язані з наданням послуг медичними закладами, що не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на здійснення медичної діяльності;
- 5.2.25. Пов'язані з відновлювальною терапією та фізіотерапією;
- 5.2.26. Пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, зволожувача, послуг перукаря, косметолога тощо, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
- 5.2.27. Пов'язані з доглядом за Застрахованою особою родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи є вони професійними медичними працівниками;
- 5.2.28. Які понесла Застрахована особа у зв'язку з професійною помилкою лікаря,

моральні збитки та інші непрямі збитки.

5.3. Конкретний перелік виключень зі страхових випадків зазначається в Договорі страхування.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення Страхувальником страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

6.2. Договір страхування діє на території, зазначеній в Договорі страхування.

6.3. Якщо Застрахованими особами за Договором страхування є іноземні громадяни, дія Договору страхування на країни, громадянами якої є Застраховані особи, не розповсюджується

6.4. Умовами Договору страхування в межах строку його дії може бути передбачено конкретну кількість днів, протягом яких Страховик несе відповідальність.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Для укладення Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

7.2. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватись страховим полісом, що є формою договору.

7.3. При укладенні Договору страхування на користь інших осіб Страхувальник додатково подає Страховику список, в якому зазначаються відомості про Застрахованих осіб та страхові суми на кожен Застраховану особу.

7.4. Договір страхування може бути укладений на умовах затверджених Страховиком програм страхування, що не суперечать цим Правилам та законодавству України.

7.5. Умови конкретного Договору страхування мають пріоритетне значення за положення цих Правил.

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

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страхувальник має право:

8.1.1. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування;

8.1.2. На зміну умов Договору страхування згідно з розділом 12 цих Правил

8.1.3. На дострокове припинення дії Договору страхування відповідно до розділу 14 цих Правил;

8.1.4. На отримання дублікату Договору страхування у разі втрати оригіналу, для чого Страховику надається письмова заява про видачу дублікату. З моменту отримання дублікату загублений Договір страхування вважається недійсним.

8.2. Страхувальник зобов'язаний:

8.2.1. Своєчасно і в повному обсязі сплачувати страхові платежі;

8.2.2. При укладенні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну страхового ризику;

8.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього об'єкта страхування за аналогічними Правилами;

8.2.4. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування.

8.3. Застрахована особа та/або Третя особа мають право:

8.3.1. На відшкодування витрат, обумовлених у Договорі страхування з урахуванням вимог, викладених у пункті 11.4. цих Правил;

8.3.2. З метою прискорення процедури врегулювання події, що може бути визнана страховою, надавати Страховику наявні документи та інформацію про причини та обставини настання події.

8.4. Застрахована особа зобов'язана:

8.4.1. Протягом 1 (однієї) доби повідомити Асістанс про настання події, передбаченої Договором страхування, а в разі неможливості – в цей же строк повідомити Страховика;

8.4.2. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

8.4.3. На вимогу Страховика проходити медичні огляди для підтвердження факту настання страхового випадку.

8.5. Страховик має право:

8.5.1. На дострокове припинення дії Договору страхування відповідно до розділу 14 цих Правил;

8.5.2. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, в правоохоронні органи, медичні та інші установи, підприємства, організації, які володіють такою інформацією, а також самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку;

8.5.3. При необхідності організувати медичні огляди з метою обстеження Застрахованої особи;

8.5.4. При невиконанні Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору страхування повністю або частково відмовити у виплаті страхового відшкодування.

8.6. Страховик зобов'язаний:

8.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами;

8.6.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхового відшкодування

8.6.3. Здійснити виплату страхового відшкодування на умовах та в строки, передбачені Договором страхування. В разі прострочення строків виплати страхового відшкодування Страховик на вимогу Страхувальника несе майнову відповідальність шляхом сплати неустойки (штрафу, пені), розмір якої зазначається в Договорі страхування.

8.6.4. Зберігати в таємниці відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

8.7. За згодою Сторін умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки.

9. ВИТРАТИ, ЯКІ ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК

9.1. При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує в межах страхових сум на одну Застраховану особу та на умовах, встановлених Договором страхування, наступні витрати:

9.1.1. На лікування Застрахованої особи в амбулаторних умовах та на перебування і лікування Застрахованої особи в стаціонарі (у палаті стандартного типу) при раптовому захворюванні або нещасному випадку, включаючи витрати на проведення невідкладних операцій, на діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні матеріали, засоби фіксації, призначені лікарем, та на оплату послуг лікаря;

9.1.2. На транспортування Застрахованої особи до найближчого медичного закладу у випадку раптового захворювання або нещасного випадку, якщо її самостійне пересування неможливе через тяжкий стан;

- 9.1.3. На евакуацію Застрахованої особи до країни постійного проживання у випадку раптового захворювання або нещасного випадку, якщо витрати на лікування в країні тимчасового перебування можуть перевищити страхову суму на цю Застраховану особу, якщо в країні тимчасового перебування відсутні можливості надання необхідної медичної допомоги;
- 9.1.4. На репатріацію Застрахованої особи до країни постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання;
- 9.1.5. На репатріацію Застрахованої особи до місця постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання;
- 9.1.6. На невідкладну стоматологічну допомогу Застрахованій особі;
- 9.1.7. На термінові повідомлення, пов'язані з надзвичайними подіями або страховим випадком, що передаються Асістанс;
- 9.1.8. На поховання Застрахованої особи в країні перебування, якщо вони не перевищують витрати на репатріацію до країни постійного проживання (за погодженням із Страховиком та близькими родичами Застрахованої особи);
- 9.1.9. На проїзд економічним класом одного з близьких родичів до країни перебування Застрахованої особи та в зворотному напрямку у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі у критичному стані більше строку, вказаного в Договорі страхування;
- 9.1.10. На проживання в готелі протягом строку, вказаного в Договорі страхування, одного з близьких родичів у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі у критичному стані;
- 9.1.11. На проїзд економічним класом до України близьких родичів Застрахованої особи, які перебувають разом з нею у випадку її смерті;
- 9.1.12. На проїзд дітей віком до 16 (шістнадцяти) років економічним класом до України у випадку тривалої хвороби Застрахованої особи, з якою вони перебували за кордоном;
- 9.1.13. На проїзд економічним класом Застрахованої особи до України у випадку смерті її близьких родичів;
- 9.1.14. На перевезення Застрахованої особи до медичного закладу, визначеного Асістанс за погодженням зі Страховиком, за місцем постійного проживання у разі необхідності подальшого стаціонарного лікування;
- 9.1.15. На подальше лікування в Україні після повернення з-за кордону до моменту усунення загрози життю Застрахованої особи, тобто за час перебування у відділенні реанімації;
- 9.2. Конкретний перелік та розмір витрат, що підлягають відшкодуванню за рахунок Страховика, визначається програмами страхування, затвердженими Страховиком та не суперечать законодавству України та цим Правилам.

10. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 10.1. В разі настання події, що може призвести до непередбачених витрат та настання страхового випадку, Застрахована особа зобов'язана повідомити Асі станс для отримання інструкцій щодо подальших своїх дій.
- 10.2. З метою координації подальших дій Застрахована особа зобов'язана повідомити Асі станс наступні відомості:
- 10.2.1. Прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- 10.2.2. Назву страхової компанії;
- 10.2.3. Номер Договору страхування;
- 10.2.4. Страхову суму;

- 10.2.5. Програму страхування;
 - 10.2.6. Термін дії Договору страхування;
 - 10.2.7. Адресу місцезнаходження, номер контактного телефону Застрахованої особи;
 - 10.2.8. Характер необхідної допомоги.
- 10.3. Застрахована особа зобов'язана неухильно дотримуватись інструкцій та рекомендацій, наданих їй Асістанс для координації подальших дій.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

- 11.1. При настанні страхового випадку Страховиком відшкодовуються витрати:
- 11.1.1. Безпосередньо Асістанс, за надані Застрахованій особі послуги, на підставі договору про співробітництво між Страховиком та Асістанс та документів, що підтверджують факт настання та врегулювання страхового випадку;
 - 11.1.2. Безпосередньо Застрахованій особі на умовах п. 11.4. та п. 11.5. цих Правил.
- 11.2. Розмір страхового відшкодування визначається Страховиком на підставі отриманих документів, що засвідчують факт настання страхового випадку.
- 11.3. Страхове відшкодування сплачується Страховиком на підставі страхового акту в межах страхової суми на одну Застраховану особу, в розмірі фактичних та документально підтверджених витрат за вирахуванням встановленої в Договорі страхування франшизи.
- 11.4. В разі порушення Застрахованою особою обов'язку щодо повідомлення Асістанс або Страховика, Страховик може здійснити компромісну виплату страхового відшкодування, при якій відшкодувати безпосередньо Застрахованій особі тільки непередбачені медичні витрати у встановленому Договором страхування розмірі.
- 11.5. Для прийняття Страховиком рішень про визнання або невизнання страхового випадку та виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування, Застрахована особа (її представники, спадкоємці) надає Страховику такі документи:
- 11.5.1. Заяву на виплату страхового відшкодування;
 - 11.5.2. Документ, що ідентифікує Застраховану особу;
 - 11.5.3. Договір страхування;
 - 11.5.4. Оригінали документів, де вказані прізвище, ім'я пацієнта, діагноз захворювання, інформація про лікувальні процедури та дати їх проведення, а також сума сплати за здійснене лікування;
 - 11.5.5. Рецепти з печаткою, де вказані прізвище лікаря, назви ліків, а також оригінали документів, що підтверджують оплату медикаментів, призначених лікарем у зв'язку з цим захворюванням;
 - 11.5.6. Документи, що підтверджують факт понесення Застрахованою особою витрат (квитанції, чеки тощо);
 - 11.5.7. Копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру платника податків;
 - 11.5.8. Інші документи на вимогу Страховика, що містять інформацію про подію, яка має ознаки страхового випадку.
- 11.6. Якщо Страхувальник та/або Застрахована особа отримали відшкодування від осіб, винних у заподіянні збитків, Страховик виплачує різницю між сумою, яка підлягає виплаті та сумою, отриманою Страхувальником та/або Застрахованою особою від цих осіб. Про отримання від винних осіб таких сум та їх розміри Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана повідомити Страховика.
- 11.7. Страхова сума на одну Застраховану особу зменшується протягом всього строку дії Договору страхування на суму виплачених страхових відшкодувань.

12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

12.1. Підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є:

12.1.1. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору страхування;

12.1.2. Невиконання або несвоєчасне виконання Застрахованою особою вимог щодо повідомлення Асістанс або Страховика про настання подій, що можуть призвести до непередбачених витрат, або створення Страховику перешкод у визначенні причин та обставин настання страхового випадку, характеру та розміру збитків;

12.1.3. Здійснення Страхувальником або Застрахованою особою навмисних дій, 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 Страхувальника або Застрахованою особою встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

12.1.4. Невиконання Застрахованою особою медичних призначень, рекомендацій та інструкцій Асістанс, що призвело до додаткових витрат;

12.1.5. Відмова Застрахованої особи від проходження медичного огляду, призначеного за вимогою Страховика для підтвердження факту настання подій, що призвели до страхового випадку;

12.1.6. Подання Страховику неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

12.1.7. Вчинення Страхувальником або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

12.1.8. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

12.2. Повний перелік причин відмови у виплаті страхового відшкодування визначається Сторонами та зазначається в Договорі страхування.

13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

13.1 При настанні події, що може бути визнана страховим випадком, Страховик приймає рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у п. 11.5. цих Правил шляхом складання страхового акта або акта про відмову у виплаті страхового відшкодування відповідно, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

13.2. Строк прийняття Страховиком рішення подовжується на період проведення медичного огляду, очікування документації та інформації про випадок від Асістанс, відповідей компетентних органів, закладів за запитами Страховика, Асістанс.

13.3. Виплату страхового відшкодування Страховик здійснює протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складення страхового акту, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

13.4. При відмові у виплаті страхового відшкодування Страховик зобов'язаний повідомити Страхувальнику та/або Застрахованій особі у письмовій формі обґрунтовані причини відмови протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складення акту про відмову у виплаті страхового відшкодування, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування

14. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА ДОПОВНЕНЬ ДО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ І УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ЙОГО ДІЇ

14.1. Будь-які зміни та доповнення до Договору страхування здійснюються за згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання додаткової угоди, яка стає невід'ємною частиною Договору страхування.

14.2. Про намір внести зміни та/або доповнення до Договору страхування сторона, яка ініціює внесення таких змін та/або доповнень, зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше ніж за **30** (тридцять) календарних днів до прогнозованого строку внесення змін та/або доповнень, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

14.3. Якщо будь-яка зі сторін не згодна на внесення змін чи доповнень до Договору страхування, то протягом **10** (десяти) робочих днів з моменту остаточного строку розгляду пропозиції про внесення змін чи доповнень до Договору вирішується питання про його дію на попередніх умовах або про припинення його дії, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

14.4. Договір страхування припиняє свою дію та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

14.4.1. Закінчення строку його дії;

14.4.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою у повному обсязі;

14.4.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування розміри та 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 Договором страхування ;

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

14.4.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

14.4.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

14.4.7. В інших випадках, передбачених законодавством України або Договором страхування.

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

14.6. Про намір достроково припинити дію Договору страхування сторона, яка ініціює дострокове припинення дії Договору страхування зобов'язана письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

14.7. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних сум страхового відшкодування, які були виплачені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена невиконанням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

14.8. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних сум страхового відшкодування, які були виплачені за Договором страхування.

14.9. Конкретний розмір нормативу витрат на ведення справи визначається в Договорі страхування, але в будь-якому випадку не може перевищувати розміру, визначеного в Додатку 1 до цих Правил.

14.10. У разі дострокового припинення Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі були сплачені в безготівковій формі.

14.11. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання, у випадках, передбачених чинним законодавством України.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори між Страхувальником, Застрахованою особою, Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

15.2. У разі недосягнення згоди Сторонами, розв'язання спорів здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством України.

15.3. При вирішенні питань, що не врегульовані цими Правилами, Сторони керуються законодавством України.

1. Базові страхові тарифи

№ п/п	Страхові випадки	Страховий тариф за добу, %
1	Лікування в амбулаторних умовах та лікування і перебування в стаціонарі при раптовому захворюванні або нещасному випадку, включаючи витрати на проведення невідкладних операцій, на діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні матеріали, засоби фіксації призначені лікарем, оплата послуг лікаря	0,00103
2	Транспортування застрахованої особи до найближчого медичного закладу у випадку раптового захворювання або нещасного випадку, якщо її самостійне пересування неможливе через тяжкий стан	0,00009
3	Евакуація застрахованої особи до країн постійного проживання у випадку раптового захворювання або нещасного випадку	0,00004
4	Репатріація до країн постійного проживання у випадку смерті застрахованої особи внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку	0,00003
5	Репатріація до місця постійного проживання у випадку смерті застрахованої особи внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку	0,00001
6	Невідкладна стоматологічна допомога	0,00001
7	Здійснення термінових повідомлень, пов'язаних з надзвичайними подіями або страховим випадком, що передаються Асістанс	0,00001
8	Здійснення поховання в країні перебування, якщо вони не перевищують витрати на репатріацію до країни постійного проживання за погодженням із страховиком та близькими родичами застрахованої особи	0,00001
9	Здійснення проїзду економічним класом одного з близьких родичів до країн перебування застрахованої особи та в зворотному напрямку у випадку перебування застрахованої особи в медичному закладі у критичному стані.	0,00001
10	Проживання в готелі одного з близьких родичів у випадку перебування застрахованої особи у медичному закладі у критичному стані	0,00001
11	Здійснення проїзду економічним класом до країн постійного проживання близьких родичів застрахованої особи, які перебувають разом з нею у випадку її смерті	0,00001
12	Здійснення проїзду дітей віком до 16 (шістнадцяти) років економічним класом до країни постійного проживання у випадку тривалої хвороби застрахованої особи, з якою вони перебували за кордоном	0,00001
13	Здійснення проїзду економічним класом застрахованої особи до країн постійного проживання у випадку смерті її близьких родичів	0,00001
14	Перевезення застрахованої особи до медичного закладу, визначеного Асістанс за погодженням зі страховиком, за місцем постійного проживання у разі необхідності подальшого стаціонарного лікування	0,00001
15	Подальше лікування в Україні після повернення з-за кордону до моменту усунення загрози життю застрахованої особи, тобто за час перебування у відділенні реанімації	0,00001
	ВСЬОГО	0,00129

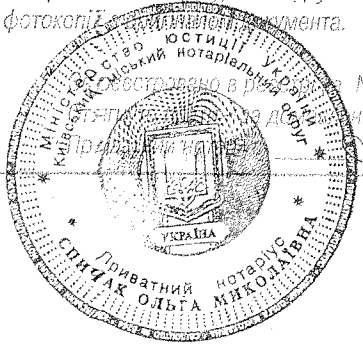
2. В залежності від умов страхування Страховик може застосовувати коригуючі коефіцієнти від 0,1 до 5,0.

3. Базовий норматив витрат Страховика на ведення справи, який враховано при розрахунку страхового тарифу складає 40%.

Тарифи склав актуарій

Бабко В.Л.

08 КВІТ 2007 р. Я. Спичак О.М.
приватний нотаріус Київського міського
нотаріального округу, засвідчую справжність цієї
фотокопії документа.



Державна комісія з регулювання ринків
фінансових послуг України
ЗАРЕЄСТРОВАНО
Дир. Департ. зрах. коштів
Найменування суб'єкта
Горбенко С.О.
Підпис
Дата 26.01.07



Всього прошито, пронумеровано
та скріплено печаткою
13/траншах 27 аркушів.
Приватний нотаріус