

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРСЕНАЛ»**

ЗАТВЕРДЖЕНО
рішенням Правління
Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «Арсенал» від 09.06.2020р.
(Протокол засідання Правління
ПрАТ СК «Арсенал» № 2020/06-09/1 від 09.06.2020 р.)

**Голова Правління
М.П.Афанасьєва**



ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

м. Одеса– 2020р.

З М І С Т

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ	3
1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	5
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	5
3. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	5
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	6
5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. ФРАНШИЗА.....	8
6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ	8
7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	9
8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	9
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	10
10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	11
11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ.....	12
12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.....	12
13. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	13
14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	14
15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	15
16. ОСОБЛИВІ УМОВИ.....	15
Додаток 1.	16

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

В цьому розділі наведені терміни, що використовуються в цих Правилах добровільного страхування медичних витрат (надалі – *Правила*) ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРСЕНАЛ» (надалі – *Страховик*), і значення, в якому їх слід розуміти в контексті цих Правил.

АСИСТУЮЧА КОМПАНІЯ (НАДАЛІ – АСИСТАНС) - юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика, здійснює організацію, контроль надання ЗО медичних та інших послуг.

БЛИЗЬКІ РОДИЧІ ТА ЧЛЕНИ СІМ'Ї ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ - чоловік, дружина, батько, мати, вітчим, мачуха, син, дочка, пасинок, падчерка, рідний брат, рідна сестра, дід, баба, прадід, прабаба, внук, внучка, правнук, правнучка, усиновлювач чи усиновлений, опікун чи піклувальник, особа, яка перебуває під опікою або піклуванням, а також особи, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом і мають взаємні права та обов'язки, у тому числі особи, які спільно проживають, але не перебувають у шлюбі.

ВИГОДОНАБУВАЧ – фізична або юридична особа, яка призначена Страхувальником за згодою ЗО у Договорі для отримання страхових виплат. Страхувальник має право за згодою ЗО замінювати Вигодонабувача за Договором до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором.

ГОСТРИЙ БІЛЬ - реакція нервової системи ЗО на зовнішній або внутрішній подразник, що може призвести до розвитку больового шоку, який становить загрозу життю та/або здоров'ю ЗО.

ГОСТРЕ ЗАХВОРЮВАННЯ – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму ЗО, що призвело до погіршення здоров'я ЗО, може призвести до тривалого розладу здоров'я ЗО або смерті.

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ - письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу, подати допомогу, виконати послугу, тощо, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

ЕКСТРЕНА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ – надання стаціонарної медичної допомоги ЗО з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, отриманої травми, отруєння, що загрожує життю та/або здоров'ю ЗО, потребує невідкладного стаціонарного лікування.

ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ - період перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та іншого лікування до відновлення працездатності ЗО.

ЗАГРОЗА ЖИТТЮ ТА ЗДОРОВ'Ю – стан ЗО, при якому ненадання негайної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму ЗО, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання, смерті ЗО.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа на користь якої укладений договір страхування, сплачує та/або за яку сплачується у встановленому Договором порядку страховий платіж, може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором.

КРАЇНА ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ – країна, в якій ЗО проживає не менше 183-х днів у календарному році.

МЕДИЧНІ ВИТРАТИ - витрати на амбулаторне, стаціонарне лікування та придбання ліків за призначенням лікаря, необхідність яких виникла внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання.

МЕДИЧНА ДОПОМОГА – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку

з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД - заклад охорони здоров'я, що надає медичну допомогу та послуги відповідно до вимог законодавства країни постійного проживання/тимчасового перебування.

МЕДИЧНА ПОСЛУГА - дія, спрямована на діагностику та лікування захворювань ЗО із залученням персоналу медичного закладу. Поняття медичної послуги включає в себе:

- огляд та консультацію лікаря;
- проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- виконання діагностичних та лікувальних процедур і маніпуляцій;
- проведення оперативних втручань;
- забезпечення лікарськими засобами, призначеними лікарем;
- послуги при перебуванні в медичному закладі (харчування, надання ліжка, тощо).

НЕВІДКЛАДНИЙ СТАН ЗО - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю ЗО або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК - випадкова, раптова, короткочасна, непередбачувана, не спричинена навмисно та незалежна від волі ЗО подія, що сталась протягом строку дії Договору внаслідок впливу зовнішніх чинників та незалежно від будь-яких інших обставин і призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я ЗО та/або її смерті.

ПЛАНОВА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ - госпіталізація за направленням лікаря, що здійснюється за наявності показань для такої госпіталізації відповідно до раніше погоджених дати і часу госпіталізації.

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

СТРАХОВИК - фінансова установа, яка одержала у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності, зареєстрована Уповноваженим органом відповідно до Закону України «Про страхування», та законодавства України. В цих Правилах Страховик - Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «АРСЕНАЛ».

СТРАХУВАЛЬНИКИ - юридичні особи або дієздатні фізичні особи, які укладають із Страховиком Договори.

СТРАХОВИЙ ВИПАДОК - подія, передбачена Договором, яка відбулась під час дії Договору і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату/надати допомогу/виконати послугу ЗО або іншій третій особі.

СТРАХОВА ВИПЛАТА - грошова сума, яка виплачується Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору.

СТРАХОВА СУМА - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ (ВНЕСОК, ПРЕМІЯ) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику відповідно до умов Договору.

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

ТРАВМАТИЧНІ УШКОДЖЕННЯ - тілесні або інші ушкодження внаслідок впливу зовнішніх агентів (механічних, фізичних, психічних), які викликають анатомічні,

структурні, функціональні порушення у органах та тканинах і супроводжуються місцевою або загальною реакцією організму.

ФРАНШИЗА - частина збитків Страхувальника, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором.

ХРОНІЧНА ХВОРОБА – хвороба з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та / або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. «Правила добровільного страхування медичних витрат» (надалі – Правила) розроблені відповідно до Закону України «Про страхування», норм цивільного та іншого законодавства України.

1.2. На підставі цих Правил, Договорів добровільного страхування медичних витрат (надалі – Договори) Страховик здійснює добровільне страхування медичних витрат фізичних осіб від зазначених в цих Правилах страхових випадків.

1.3. Ці Правила регулюють відносини між Страховиком та Страхувальником у сфері страхування майнових інтересів фізичних та юридичних осіб, що не суперечать закону, пов'язаних з життям, здоров'ям Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи, надалі - ЗО), визначеної Страхувальником у Договорі за її згодою, а також медичними та додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи ЗО подорожі (поїздки).

1.4. У разі невідповідності окремих положень цих Правил нормам законодавства України, в тому числі внаслідок внесення змін до законів України, такі окремі положення перестають діяти. У Договорі Страхувальником та Страховиком може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в Договір і не діють у конкретних умовах страхування. У випадку, коли конкретні умови Договору не узгоджуються з положеннями цих Правил, застосовуються умови, визначені Сторонами Договору.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з 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).

2.2. Даний вид страхування передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом 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 Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки).

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страховим випадком за цими Правилами є здійснення Страхувальником/ЗО, Асистансом протягом строку дії Договору непередбачених медичних витрат внаслідок наступних страхових ризиків:

3.1.1. Гострого захворювання Страхувальника/ЗО.

3.1.2. Загострення хронічної хвороби Страхувальника/ЗО.

3.1.3. Нещасного випадку зі Страхувальником/ЗО.

3.1.4. Смерті Страхувальника/ЗО в результаті раптового гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ З СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

- 4.1. Якщо інше не передбачено Договором, Договір не укладається щодо осіб:
- 4.1.1. вік яких на день закінчення подорожі (поїздки) перевищує 75-ти років;
 - 4.1.2. вік яких на день укладання Договору не досяг 3-х років;
 - 4.1.3. які мають медичні протипоказання щодо подорожі (поїздки);
 - 4.1.4. вагітні зі строком вагітності більше 6-ти місяців;
 - 4.1.5. недієздатні/обмежено дієздатні;
 - 4.1.6. хворі на тяжкі нервові та психічні захворювання;
 - 4.1.7. хворі на СНІД;
 - 4.1.8. ВІЛ-інфіковані;
 - 4.1.9. які знаходяться на обліку у наркологічному та психоневрологічному спеціалізованих диспансерах;
 - 4.1.10. хворі на захворювання серцево-судинної системи;
 - 4.1.11. які перебувають на лікуванні в умовах стаціонару.
- 4.2. Не визнаються страховими випадками події, якщо інше не передбачено Договором, що:
- 4.2.1. не передбачені як страховий випадок в Договорі;
 - 4.2.2. настали до початку строку дії Договору, або після закінчення строку дії Договору;
 - 4.2.3. настали за межами території дії Договору;
 - 4.2.4. спричинені отруєнням Страхувальника/ЗО будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або попаданням отруйних речовин в організм іншим шляхом;
 - 4.2.5. настали внаслідок вчинення Страхувальником/ЗО протиправних дій;
 - 4.2.6. настали внаслідок скоєння чи спроби скоєння Страхувальником/ЗО злочину;
 - 4.2.7. настали внаслідок алкогольного сп'яніння, алкогольного отруєння, токсичного або наркотичного сп'яніння Страхувальника/ЗО;
 - 4.2.8. настали внаслідок самолікування Страхувальника/ЗО, вживання Страхувальником/ЗО ліків без призначення лікаря, лікування Страхувальника/ЗО особою, яка не має медичної освіти або ліцензії на здійснення лікувальної діяльності, лікування Страхувальника/ЗО фахівцями з мануальної терапії, остеопатами або іншими фахівцями, які займаються нетрадиційним/альтернативним лікуванням;
 - 4.2.9. настали внаслідок керування Страхувальником/ЗО будь-яким транспортним засобом без підстав на керування;
 - 4.2.10. настали внаслідок самогубства, спроби самогубства Страхувальника/ЗО;
 - 4.2.11. настали внаслідок свідомого знаходження Страхувальника/ЗО в місцях, що небезпечні для життя та/або здоров'я (місця проведення вибухових робіт, місця проведення будівельних робіт, військові полігони, тощо);
 - 4.2.12. настали внаслідок лікування Страхувальником/ЗО неврологічних або психічних захворювань;
 - 4.2.13. настали внаслідок травматичних ушкоджень Страхувальника/ЗО, спричинених будь-яким інфекційним, бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення;
 - 4.2.14. настали внаслідок проходження Страхувальником/ЗО будь-яких експериментальних, дослідницьких процедур.
- 4.3. Страховик не відшкодовує витрати Страхувальника/ЗО на медичну допомогу, пов'язану з:

- 4.3.1. погіршенням стану здоров'я або смертю Страховальника/ЗО внаслідок захворювання, травматичного ушкодження, що було діагностовано до початку строку дії Договору;
- 4.3.2. лікуванням хронічних захворювань, крім випадків загострення хронічних хвороб, що становили загрозу життю Страховальника/ЗО;
- 4.3.3. хворобою Страховальника/ЗО в стадії ремісії;
- 4.3.4. лікуванням будь-яких побічних, супутніх захворювань та/або симптомів;
- 4.3.5. лікуванням Страховальника/ЗО у медичному закладі без погодження Асистансу;
- 4.3.6. впливом радіоактивного забруднення, іонізуючого випромінювання;
- 4.3.7. необґрунтованим зверненням до Асистансу;
- 4.3.8. лікуванням Страховальника/ЗО, розпочатим до початку строку дії Договору;
- 4.3.9. лікуванням Страховальника/ЗО, розпочатим після закінчення строку дії Договору;
- 4.3.10. лікуванням Страховальника/ЗО, що не є невідкладним;
- 4.3.11. погіршенням стану здоров'я/смертю Страховальника/ЗО під час подорожі (поїздки), здійсненої з наміром отримати лікування в межах території дії Договору;
- 4.3.12. заняттям Страховальником/ЗО під час подорожі (поїздки) професійним спортом;
- 4.3.13. заняттям Страховальником/ЗО під час подорожі (поїздки) активним відпочинком/аматорським спортом;
- 4.3.14. виконанням Страховальником/ЗО робіт/наданням послуг під час подорожі (поїздки) в межах території дії Договору;
- 4.3.15. загостренням хвороби Страховальника/ЗО, що за попередні 6-ть місяців до дати подорожі/поїздки лікувалося або вимагало лікування;
- 4.3.16. стихійними лихами (явищами), епідеміями, карантинном в межах території дії Договору;
- 4.3.17. стоматологічними послугами, за виключенням витрат на лікування гострого запалення зуба та тканин, що його оточують, а також при травмі зуба в результаті нещасного випадку;
- 4.3.18. перериванням вагітності;
- 4.3.19. вагітністю Страховальника/ЗО;
- 4.3.20. штучним заплідненням Страховальника/ЗО;
- 4.3.21. лікуванням безпліддя Страховальника/ЗО;
- 4.3.22. заходами по запобіганню вагітності;
- 4.3.23. протезуванням Страховальника/ЗО;
- 4.3.24. придбанням засобів гігієни, протезів та ортопедичних виробів, загальноукріплюючих препаратів, дитячого харчування;
- 4.3.25. придбанням окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, інвалідних візків, милиць, тощо;
- 4.3.26. діагностичними та лабораторними дослідженнями, що не є обов'язковими у разі захворювання, нещасного випадку Страховальника/ЗО;
- 4.3.27. медичними послугами, не передбаченими Договором;
- 4.3.28. медичними послугами, не погодженими Асистансом;
- 4.3.29. реконструктивними та пластичними оперативними втручаннями;
- 4.3.30. вакцинацією, дезінфекцією;
- 4.3.31. видачою медичних довідок;
- 4.3.32. проведення відновлювальної терапії, реабілітації, фізіотерапії;
- 4.3.33. ангіографією, ангіопластиком, шунтуванням;
- 4.3.34. обстеженням, лікуванням методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто-, натуротерапії та іншими

методами недоказової медицини, водолікуванням, косметичним лікуванням, SPA-процедурами;

4.3.34. наданням засобів та послуг додаткового комфорту;

4.3.35. лікуванням Страхувальника/ЗО після дати медичної репатріації, можливої за медичними показаннями;

4.3.36. лікуванням Страхувальника/ЗО в межах території постійного проживання Страхувальника/ЗО;

4.3.37. медичною репатріацією Страхувальника/ЗО всупереч медичних показань;

4.3.38. перевищенням межі необхідних;

4.3.39. перевезенням Страхувальника/ЗО до іншого медичного закладу без погодження з Асистиансом/Страховиком;

4.3.40. лікуванням наслідків впливу ультрафіолетового випромінювання;

4.3.41. хворобами, що передаються статевим шляхом;

4.3.42. гепатитом, онкологічними хворобами;

4.3.43. лікуванням наслідків потрапляння води до органів слуху;

4.3.44. лікуванням дерматитів;

4.3.45. лікуванням Страхувальника/ЗО в країні постійного проживання;

4.3.46. захворюванням Страхувальника/ЗО на паразитарні, інфекційні хвороби;

4.3.47. вродженими вадами Страхувальника/ЗО.

4.4. Договором можуть бути передбачені інші виключення із страхових випадків та обмеження страхування.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. ФРАНШИЗА

5.1. Розмір страхової суми визначається за згодою між Страховиком і Страхувальником в Договорі.

5.2. Страхова сума може бути зазначена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору у цілому.

5.3. У Договорі можуть бути встановлені страхові суми за Програмами, страховими випадками, певними видами передбаченої Договором медичної допомоги.

5.4. Розмір страхової суми може бути змінено за згодою Страховика та Страхувальника до настання страхового випадку.

5.5. Після здійснення страхової виплати сума зобов'язань Страховика за Договором зменшується з моменту здійснення страхової виплати, якщо інше не передбачено його умовами. Страхувальник має право відновити суму зобов'язань Страховика або збільшити її розмір, за умови сплати додаткового страхового платежу.

5.6. Страхова сума в період дії Договору може бути збільшена за заявою Страхувальника з обґрунтуванням причин збільшення, шляхом укладання Додаткової угоди до Договору та сплати додаткового страхового платежу.

5.7. В Договорі може бути передбачена франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно Договору. Франшиза визначається за згодою Сторін при укладанні Договору у відсотках від страхової суми або в абсолютному розмірі.

6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ

6.1. Розмір страхових тарифів обчислюється актуарно на підставі відповідної статистики настання страхових випадків (з урахуванням вартості медичних і інших послуг, наданих ЗО, кількості ЗО, переліку страхових випадків і т. ін.).

6.2. Страховий тариф встановлюється у відсотках від страхової суми. Базові страхові тарифи, що застосовуються при укладанні Договорів страхування на підставі цих Правил, наведені в Додатку до цих Правил.

6.3. Страховий платіж визначається залежно від розміру страхового тарифу, який встановлюється у Договорі згідно з умовами п.6.1. цих Правил.

6.4. Страхувальник має право сплачувати страховий платіж у формі, передбаченій

законодавством України. Страховий платіж сплачується Страхувальником в порядку і на умовах, передбачених Договором.

6.5. Страхувальники - резиденти згідно з укладеним Договором мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент - у відповідній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством України.

6.6. У разі, якщо на момент настання страхового випадку страховий платіж, зазначений в Договорі, не сплачений Страхувальником в повному розмірі, страхове відшкодування здійснюється Страховиком пропорційно відношенню суми сплаченого страхового платежу до суми страхового платежу, зазначеного в Договорі, якщо інше не передбачено Договором.

6.7. У разі, якщо умовами Договору передбачена сплата страхового платежу частинами, і до зазначеного в Договорі строку не внесена відповідна частина страхового платежу незалежно від причин, то дія Договору припиняється на наступний день після закінчення періоду, за який сплачено платіж, якщо інше не передбачено умовами Договору.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір укладається у письмовій формі на підставі усної або письмової заяви Страхувальника. Факт укладання Договору може посвідчуватись страховим Свідоцтвом (Полісом, Сертифікатом).

7.2. При укладанні Договору Страхувальник зобов'язаний надати Страховику всю наявну інформацію та документи, які є підставою для визначення ступеню страхового ризику.

7.3. Страхувальник несе відповідальність за повноту, достовірність та своєчасність наданої інформації, зазначеної в п.7.2. цих Правил.

7.4. Якщо Страхувальник належним чином не повідомить Страховика про зміни в інформації, зазначеній в Заяві на страхування, то в разі настання страхового випадку Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування, або в період дії Договору вимагати його дострокового припинення.

7.5. У випадку втрати Договору або страхового Свідоцтва (Полісу, Сертифікату) в період дії Договору, Страховик видає Страхувальнику дублікат. Після видачі дублікату втрачені Договір або страхове Свідоцтво (Поліс, Сертифікат) є недійсними і виплати страхових відшкодувань по ним не здійснюються.

7.6. Будь-які зміни та доповнення до Договору вносяться за згодою Страхувальника і Страховика шляхом укладення Додаткових угод.

7.7. Договором можуть бути передбачені умови страхування інші, ніж викладені в цих Правилах, якщо це не суперечить законодавству України.

7.8. В Договорі Страхувальником та Страховиком може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в Договір і не діють у конкретних умовах страхування. В разі, якщо конкретні умови Договору не узгоджуються з положеннями цих Правил, застосовуються умови, визначені Сторонами Договору.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Договір укладається на погоджений Страхувальником і Страховиком строк. Договір вважається короткостроковим, якщо він укладений на строк менше одного року. Дата початку та дата закінчення строку дії Договору зазначаються в Договорі.

8.2. Договір набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором, діє протягом строку, зазначеного в Договорі, та закінчується о 24-ій годині дня, зазначеного як останній день дії Договору.

8.3. Місце дії Договору визначається за згодою Страховика та Страхувальника.

9 ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

9.1.1. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування та вимагати від Страховика роз'яснень їх положень, порядку визначення розмірів страхової суми, страхового платежу та страхового відшкодування.

9.1.2. На одержання страхової виплати в розмірі та строки, визначені цими Правилами та/або Договором.

9.1.3. Вносити Страховику пропозиції щодо змін і доповнень до умов Договору.

9.1.4. Достроково припинити дію Договору, якщо це передбачено його умовами, з дотриманням вимог законодавства України.

9.1.5. Збільшити розмір страхової суми шляхом укладання Додаткової угоди на строк, що залишився до закінчення дії Договору, з внесенням додаткового страхового платежу.

9.1.6. Надавати Страховику додаткову інформацію та документи, що стосуються обставин страхового випадку.

9.1.7. На одержання від Страховика дублікату Договору або страхового Свідоцтва (Полісу, Сертифікату) у разі втрати оригіналу.

9.1.8. При укладанні Договору призначати Вигодонабувачів для отримання страхової виплати, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачене Договором.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі в порядку і на умовах, визначених Договором.

9.2.2. При укладанні Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

9.2.3. Не розголошувати конфіденційну інформацію про діяльність Страховика.

9.2.4. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету Договору.

9.2.5. Вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я ЗО та здійснити усі можливі заходи, направлені на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

9.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в порядку та у строки, передбачені Договором.

9.2.7. Повернути страхову виплату, що вже отримана ЗО, при виникненні обставин, що позбавляють ЗО права на отримання страхової виплати, передбачених законодавством України, цими Правилами та/або Договором, протягом строку, передбаченого цими Правилами та/або Договором.

9.3. Застрахована особа має право:

9.3.1. У разі настання страхового випадку, отримувати медичну допомогу в порядку і на умовах, передбачених Договором.

9.3.2. Провести під час лікування заміну лікувально-профілактичного закладу або лікаря за згодою Страховика/Асистансу, якщо Договором не передбачено інше.

9.3.3. Сплатувати самостійно отримані медичні послуги на умовах, передбачених Договором.

9.3.4. Повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт надання медичних послуг/медичної допомоги неналежної якості, про факт не надання медичної допомоги.

9.4. Застрахована особа зобов'язана:

9.4.1. Проходити лікування, яке призначене лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу в якому ЗО надається медична допомога.

9.4.2. Надавати достовірну інформацію ЛПЗ та Страховику про стан здоров'я ЗО.

9.4.3. Надати Страховику та/або Асистансу можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я ЗО.

9.4.4. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в порядку та у строки, передбачені Договором.

9.5. Страховик має право:

9.5.1. Перевіряти достовірність інформації, наданої Страхувальником та/або ЗО.

9.5.2. На проведення попереднього медичного обстеження Страхувальника та/або ЗО.

9.5.3. Відмовити у прийнятті на страхування ЗО.

9.5.4. Достроково припинити дію Договору, якщо буде встановлено відношення ЗО до осіб, зазначених у п.4.1. цих Правил.

9.5.5. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ, що можуть володіти інформацією про обставини настання страхового випадку.

9.5.6. Повністю або частково відмовити в здійсненні страхової виплати.

9.5.7. Відстрочити прийняття рішення про страхову виплату на строк, передбачений Договором.

9.5.8. Достроково припинити дію Договору або вносити зміни в Договір в порядку та на умовах, передбачених цими Правилами та Договором.

9.6. Страховик зобов'язаний:

9.6.1. Ознайомити Страхувальника/ЗО з умовами та Правилами страхування.

9.6.2. Протягом 2-х робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати або страхового відшкодування.

9.6.4. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається у Договорі.

9.6.5. Не розголошувати відомості про стан здоров'я ЗО.

9.6.6. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9.6.7. Прийняти рішення про страхову виплату або відмовити у страховій виплаті у строки, передбачені в Договорі.

9.7. Умовами Договору можуть бути передбачені інші/додаткові права та обов'язки Страховика та Страхувальника.

10. ДІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник/ЗО повинен здійснити наступні дії:

10.1.1. В строк, передбачений в Договорі, повідомити Страховика та/або Асистанс про настання події, що має ознаки страхового випадку. У випадку, коли вчинення таких дій було неможливим, Страхувальник/ЗО повинен довести це документально.

10.1.2. В строк, передбачений в Договорі, повідомити Страховика письмово про настання події, що має ознаки страхового випадку.

10.1.3. В порядку і на умовах, зазначених у Договорі, звернутись до ЛПЗ за наданням медичної допомоги.

10.1.4. Надати Страховику/Асистансу достовірну інформацію про подію, що має ознаки страхового випадку.

10.2. Невиконання Страхувальником умов п.10.1 цих Правил є підставою для відмови Страховика у страховій виплаті.

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

11.1. Страховик відшкодовує в межах страхової суми вартість наданих закладом охорони здоров'я послуг на підставі документів, наданих закладами охорони здоров'я Асистансом Страховику.

11.2. Якщо ЗО за згодою Страховика сплатила вартість наданих медичних послуг, придбана медикаменти, їй повертається витрачена сума на підставі підтверджуючих документів.

11.3. Для одержання страхової виплати Страхувальник/ЗО надає Страховику:

11.3.1. заяву;

11.3.2. документи, що дозволяють ідентифікувати особу Страхувальника/ЗО;

11.3.3. медичну довідку/виписку з амбулаторної карти, історії хвороби, анамнезу хвороби, висновку лікаря;

11.3.4. документи, що підтверджують сплату медичних послуг та медикаментів;

11.3.5. інші документи на вимогу Страховика, що стосуються факту, причин настання страхового випадку та розміру завданого збитку.

11.4. Документи, зазначені в п.11.3 цих правил, надаються Страховику протягом строку, передбаченого Договором.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Страхові виплати здійснюються Страховиком шляхом:

12.1.1. Перерахування грошових коштів на рахунок Асистансу/закладу охорони здоров'я на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість наданої медичної допомоги. Форма вказаних документів і строки реєстрації погоджуються між Страховиком та Асистансом, або Страховиком та закладом охорони здоров'я.

12.1.2. Відшкодування Страхувальнику/ЗО вартості отриманих Страхувальником/ЗО медичних послуг у разі самостійної їх сплати за умови надання всіх документів, що зазначені у п.11.3 цих Правил.

12.2. Розмір страхової виплати розраховується Страховиком на підставі документів, зазначених в розділі 11 цих Правил.

12.3. Якщо інше не передбачено Договором, страхова виплата здійснюється в межах розміру, розрахованому Страховиком:

12.3.1. Страхувальнику/ЗО протягом 15-ти робочих днів з дня складання Страхового акту. Страховик складає Страховий акт протягом 15-ти робочих днів з дня отримання документів, зазначених в розділі 11 цих Правил.

12.3.2. Закладу охорони здоров'я/Асистансу у порядку і на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та Асистансом/закладом охорони здоров'я.

12.4. У разі недостатності наданих Страхувальником/ЗО документів для встановлення факту, обставин, причин настання страхового випадку та/або розміру завданого збитку, Страхувальник/ЗО на вимогу Страховика зобов'язаний надати також інші документи. При цьому Страховик має право подовжити строк для прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті до моменту надання Страхувальником таких документів.

12.5. У разі виникнення спорів між Страховиком та Страхувальником/ЗО/Асистансом/закладом охорони здоров'я щодо кваліфікації події як страхового випадку, причин та обставин, розміру збитку, який підлягає відшкодуванню у зв'язку з настанням страхового випадку, та виникнення сумнівів у Страховика щодо достовірності інформації, зазначеної в документах, кожна із Сторін має право на проведення за власний рахунок незалежної експертизи. Прийняття Страховиком в такому

випадку рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування може бути надстроково, але не більше ніж на 6 місяців.

12.6. У разі початку досудового розслідування у кримінальному провадженні, порушення провадження у справі про адміністративні правопорушення, порушення провадження в порядку цивільного або господарського судочинства, рішення про страхову виплату приймається після закінчення досудового розслідування (закриття кримінального провадження) або винесення судом у кримінальному провадженні вироку, або винесення постанови чи ухвали суду про застосування примусових заходів медичного характеру, або винесення постанови по справі про адміністративні правопорушення, або прийняття рішення по цивільній (господарській справі). В цьому випадку строк прийняття рішення про страхову виплату може бути подовжений до 12 місяців, якщо інше не передбачене Договором, з дати початку досудового розслідування у кримінальному провадженні, порушення провадження у справі про адміністративні правопорушення, порушення провадження в порядку цивільного або господарського судочинства. При наданні Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем/Асистансом заяви до суду, що стосується випадку, яка має ознаки страхового випадку, останні зобов'язані залучити Страховика в якості третьої особи без самостійних вимог. Порушення цього зобов'язання може бути підставою для відмови у страховій виплаті.

12.7. Загальна сума страхових виплат не може перевищувати страхову суму, зазначену в Договорі. Якщо страхова виплата здійснена в розмірі повної страхової суми, для Договору припиняється.

12.8. Після здійснення Страховиком страхової виплати, що становить частину страхової суми, Договір зберігає чинність до закінчення строку його дії. При цьому сума зобов'язань Страховика зменшується на суму здійсненої страхової виплати.

12.9. У разі, якщо після здійснення страхової виплати Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу третьою особою відшкодовані збитки в повному обсязі, Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач зобов'язаний повернути Страховику страхову виплату. У разі, якщо після здійснення страхової виплати, Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу третьою особою відшкодовані збитки частково, Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач зобов'язаний повернути Страховику суму відшкодування, отриманого від третьої особи.

12.10. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті до одержання необхідної інформації, але не більше, ніж на 6 місяців з дня отримання заяви Страхувальника, у випадках, коли:

12.10.1. У нього з'явилися обґрунтовані сумніви стосовно наявності прав Страхувальника/ЗО/Вигодонабувача на отримання страхової виплати.

12.10.2. Надані документи не дають змоги повністю з'ясувати причини і обставини страхового випадку, розмір страхової виплати.

13. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

13.1. Рішення про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15-ти робочих днів з дня одержання документів, передбачених розділом 11 цих Правил, якщо інший строк не передбачений умовами Договору.

13.2. Рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомляється Страхувальнику протягом 10-ти робочих днів з дня прийняття такого рішення з обґрунтуванням причин відмови, якщо інший строк не передбачений умовами Договору.

13.3. Підстави для відмови у страховій виплаті в повному обсязі або частково є:

13.3.1. Навмисні дії Страхувальника/ЗО або особи, на користь якої укладено Договір, 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, встановлюється відповідно до законодавства України.

13.3.2. Вчинення Страхувальником/ЗО злочину, що призвів до настання страхового випадку.

13.3.3. Подання Страхувальником/ЗО свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку.

13.3.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником/ЗО про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

13.3.5. Не надання Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем в строк, зазначений в Договорі, документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків.

13.3.6. Отримання ЗО послуг, що належать до обмежень страхування та виключень із страхових випадків, зазначених у Розділі 4 цих Правил.

13.3.7. Одержання ЗО медичних послуг без погодження Страховика/Асистансу.

13.3.8. Невиконання Страхувальником/ЗО обов'язків, передбачених Договором.

13.3.9. Інші підстави, передбачені законом, Договором.

13.4. Умовами Договору можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат.

13.5. Відмова Страховика у страховій виплаті може бути оскаржена Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем у судовому порядку.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

14.1.1. закінчення строку його дії;

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

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

14.1.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;

14.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

14.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним, що набрало законної сили;

14.1.7. з моменту виникнення обставин, що змінюють ступінь страхового ризику, якщо Сторонами не погоджено інше;

14.1.8. в інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити другу Сторону не пізніше, як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору, якщо інше не передбачено Договором.

14.2.1. При достроковому припиненні Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, крім порушення строків страхової виплати, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

14.2.2. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

14.3. Договір вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених законодавством України.

14.4. У разі визнання Договору недійсним або неукладеним, кожна із Сторін зобов'язана повернути іншій Стороні все отримане за цим Договором, якщо інше не передбачено законодавством України.

14.5. Якщо умовами Договору передбачено сплату страхового платежу частинами, і Страхувальником не сплачено чергову частину страхового платежу у передбачений Договором строк або сплачено чергову частину страхового платежу не в повному розмірі, Договір припиняє свою дію о 24:00 годині останнього дня строку, визначеного для сплати чергової частини страхового платежу. При цьому, всі події, що мають ознаки страхового випадку, які відбулись після припинення дії Договору, не визнаються страховими, а збитки, пов'язані з їх настанням, Страховиком не відшкодовуються. Якщо Страхувальником сплачено прострочену частину страхового платежу в повному розмірі після припинення дії Договору, останній вважається поновленим на тих самих умовах з дати, наступної за датою надходження чергового страхового платежу в повному розмірі на рахунок Страховика без зміни строку дії.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

15.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність, передбачену цими Правилами, Договором та законодавством України.

15.2. Якщо інше не передбачено Договором, за несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик сплачує Страхувальнику пеню у розмірі, передбаченому Договором, але в будь-якому випадку не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період прострочення, від суми заборгованості за кожний день прострочення.

15.3. Всі спори та розбіжності, що виникають з Договору, та/або у зв'язку з ним та цими Правилами, вирішуються Сторонами шляхом переговорів, а разі недосягнення згоди – в судовому порядку відповідно до законодавства України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Правовідносини Сторін, пов'язані з добровільним страхуванням медичних витрат, регулюються законодавством України, цими Правилами, навіть якщо це не зазначено в Договорі.

16.2. В Договорі Страховиком та Страхувальником можуть бути передбачені інші особливі умови.

16.3. Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхової виплати, зазначені в цих Правилах, але які не передбачені Законом України «Про страхування», передбачаються в Договорі.

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Базові страхові тарифи складають:

Таблиця 1

№ п/п	Страхові ризики, зазначені в пп.3.1.1-3.1.4 Правил	Страховий тариф, %
1	3.1.1. Гострого захворювання Страхувальника/ЗО;	0,55
2	3.1.2. Загострення хронічної хвороби Страхувальника/ЗО;	0,7
3	3.1.3. Нещасного випадку зі Страхувальником/ЗО;	0,3
4	3.1.4. Смерті Страхувальника/ЗО в результаті раптового гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку;	0,9

2. Виходячи із ступеню страхового ризику при встановленні ставки страхового тарифу можливе застосування понижуючого (від 1,0 до 0,01) або підвищуючого (від 1,0 до 10,0) коефіцієнтів, враховуючи фактори, що збільшують або зменшують вірогідність настання страхового випадку;

3. При укладанні Договору на строк менше одного року застосовуються коефіцієнти, наведені в Таблиці 2.

Таблиця 2

Строк страхування (місяці)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнти	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

4. Нормативні витрати на ведення справи за цими Правилами складають 60% в структурі вищенаведених тарифів.

Актуарій
Диплом № 02-032 від 15.05.2018р.



Борець В.А.

Усього в цьому документі
пронумеровано, прошито,
скріплено печаткою та
підписом 16 аркушів.

Голова Правління

М.П. Афанасьєва
ПрАТ СК "Арсенал"

