

**«ЗАТВЕРДЖЕНО»**

**Голова Правління  
ЗАТ СК «Гарант-Система»**

\_\_\_\_\_ **Петренко О.П.**

**«04» листопада 2005 р.**

## **П Р А В И Л А**

### **добровільного страхування медичних витрат**

#### **1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

1.1. На підставі цих Правил добровільного страхування медичних витрат (далі по тексту - Правила) Закрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Гарант - Система» (далі по тексту - Страховик) укладає договори добровільного страхування медичних витрат (далі по тексту – Договори страхування) з юридичними особами та дієздатними фізичними особами (далі по тексту - Страхувальники).

За Договорами страхування, укладеними на підставі цих Правил Страховик гарантує оплату витрат в разі раптового захворювання або нещасного випадку згідно з Програмами страхування, які наведені у Додатку №1 до цих Правил.

1.2. Страхувальники мають право укладати Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) при умові згоди останніх, які можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно умов Договору страхування.

1.3. Асістант - установа, з якою Страховик має договірні стосунки щодо обслуговування Договорів страхування в частині організації та фінансування медико-санітарної допомоги (медичних послуг) в обсязі Програм страхування, та яка представляє інтереси Страховика на території України та за кордоном, і до якої повинна звертатись Застрахована особа в разі раптового захворювання або нещасного випадку.

1.4. Нещасний випадок - раптова, випадкова, короткочасна подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я (травматичне пошкодження, випадкове гостре отруєння тощо) Страхувальника (Застрахованої особи) або його (її) смерть.

#### **2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ**

2.1. Об'єктом страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з здоров'ям Страхувальника (Застрахованої особи).

### **3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ**

3.1. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести страхову виплату при настанні страхового випадку.

3.2. Страхова сума визначається за згодою Страхувальника та Страховика при укладанні Договору страхування.

3.4. В Договорі страхування за згодою сторін можуть бути встановлені ліміти відповідальності на окремі види медичних послуг, на певні види захворювань або по кожному страховому випадку.

3.4. У Договорі страхування може бути передбачена франшиза (умовна, безумовна). Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.

Якщо Договором страхування передбачається умовна франшиза, Страховик звільняється від відповідальності за збиток, якщо його розмір не перевищує франшизу.

Якщо Договором страхування передбачається безумовна франшиза, відповідальність Страховика визначається розміром збитку за вирахуванням франшизи.

Розмір франшизи визначається за згодою сторін при укладанні Договору страхування у відсотковому відношенні до страхової суми або в абсолютному розмірі.

### **4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

4.1. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

4.2. За цими Правилами страховим ризиком є захворювання Страхувальника (Застрахованої особи), яке входить до одного з класів хвороб, визначених відповідно до класифікації хвороб, встановлених згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб 10-ого перегляду МКХ-10, прийнятою 43-ю Всесвітньою Асамблеєю охорони здоров'я, та стани Застрахованої особи, що становлять загрозу життю Застрахованої особи та/чи вимагають надання невідкладної медичної допомоги.

4.3. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась із настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

4.4. За цими Правилами страховим випадком є гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, травма, отруєння чи інший нещасний випадок, що сталося із Страхувальником (Застрахованою особою) під час дії Договору страхування, та призводить до необхідності отримання платних послуг, які зазначені у відповідних Програмах страхування (Додаток №1 до цих Правил), по наданню невідкладної медичної та іншої допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) у межах, передбачених Договором страхування.

4.5. Страховий випадок вважається таким, що настав, якщо факт раптового захворювання чи нещасного випадку та понесені при цьому витрати на отримання

платних медичних послуг та лікування підтверджені відповідними документами, що надаються Страхувальником (Застрахованою особою) або Асітантом.

## **5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

5.1. Страховик не несе відповідальність (не здійснює страхове відшкодування) у випадках:

5.1.1. відмови Застрахованої особи від виконання призначень Асітанта (самолікування або консультації та лікування у медичних закладах без погодження з Асітантом, за винятком випадків невідкладної медичної допомоги);

5.1.2. якщо Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси без поважних причин не сповістила Страховика або Асітант про страховий випадок та про понесені нею особисто витрати в терміни, які передбачені Договором страхування;

5.1.3. якщо мала місце евакуація або транспортування з одного лікувального закладу до іншого не Асітантом (або без попереднього погодження з Асітантом);

5.1.4. коли у діях Застрахованої особи, які стали причиною нанесення шкоди здоров'ю, слідчими органами або судом встановлені ознаки навмисного злочину або хуліганства, які стали причиною адміністративної чи карної відповідальності;

5.1.5. якщо Застрахована особа постраждала внаслідок дорожньо-транспортної пригоди під час керування будь-яким транспортним засобом з двигуном внутрішнього згоряння або електродвигуном чи без нього, знаходячись під дією алкоголю, наркотичних або токсичних речовин, або не маючи відповідного посвідчення водія, або передала керування транспортним засобом особі, яка знаходилась під дією алкоголю, наркотичних або токсичних речовин, або не має відповідного посвідчення водія;

5.1.6. самогубства або спроби самогубства, навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень незалежно від психічного стану;

5.1.7. надання медичних послуг Застрахованій особі внаслідок вживання нею алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, або ліків, що не були призначені лікарем;

5.1.8. якщо наявність страхового випадку не підтверджується відповідними документами;

5.1.9. лікування нетрадиційними методами, лікувальним закладом або особою, які не мають відповідного дозволу/ відповідної ліцензії.

5.2. Страховик не відшкодовує витрати:

5.2.1. що пов'язані з вагітністю, пологами або перериванням вагітності, за виключенням випадків, коли це викликано випадковим захворюванням або нещасним випадком, який настав під час дії Договору страхування;

5.2.2. що пов'язані з лікуванням хронічних захворювань, їх загостренням або ускладненнями, якщо цими хворобами Застрахована особа хворіла ще до укладання Договору страхування (включаючи стоматологічні захворювання), крім випадків надання допомоги, необхідної для усунення загрози життю та здоров'ю Застрахованої особи;

5.2.3. що пов'язані з паталогічними переломами кісток із-за вроджених або набутих до початку дії Договору страхування фізичних вад чи хронічних захворювань, та витрати, пов'язані з лікуванням та діагностикою вроджених захворювань чи їх наслідків;

5.2.4. що пов'язані з протезуванням зубів та їх лікуванням, крім необхідної невідкладної стоматологічної допомоги по усуненню болю – в межах встановленого в Договорі страхування ліміту відповідальності по стоматологічній допомозі;

5.2.5. що пов'язані з купівлею та ремонтом або оплатою прокату допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, колясок тощо);

5.2.6. що пов'язані з пластичними операціями та процедурами по корекції зовнішності;

5.2.7. на не призначені лікарем ліки та медичні засоби;

5.2.8. що пов'язані з діагностикою та лікуванням хвороб, які передаються статевим шляхом, СНІДом, ВІЛ-інфекцією;

5.2.9. що пов'язані з реабілітаційною та фізіотерапією;

5.2.10. на штучне запліднення, лікування безпліддя, витрати по запобіганню вагітності;

5.2.11. що пов'язані з наданням додаткового комфорту на місці лікування, а саме: радіоприймача або телевізора, послуг перукаря або косметолога тощо;

5.3. Страховик звільняється від зобов'язань щодо своєчасних страхових виплат у разі форс-мажорних обставин на період до закінчення дії цих обставин та усунення їх наслідків, а саме:

- військових дій, військових заходів, громадянських війн, страйків на території України;

- природніх катаклізмів, екологічних катастроф, якщо це може вплинути на виконання зобов'язань Страховика.

## **6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

6.1. Договір страхування укладається на термін до одного року згідно з умовами обраних Програм страхування.

6.2. Договір страхування діє на зазначеній у ньому території відповідно до обраної Програми страхування.

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

6.4. При переоформленні Договору страхування згідно заяви Страхувальника у зв'язку з перенесенням терміну: виїзду за кордон, відрядження, екскурсії, відпочинку або втратою Договору страхування, оформлюється новий Договір або його дублікат з оплатою Страхувальником понесених Страховиком витрат на переоформлення у розмірі 15% сплаченого страхового платежу.

## **7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

7.1. Договір страхування - письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату в межах визначеної Договором страхової суми, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у передбачені Договором терміни та виконувати інші умови Договору.

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

7.3. Договір страхування укладається на підставі усної або письмової заяви Страхувальника.

7.4. Для укладення Договору страхування Страхувальник подає Страховику паспорт громадянина України або закордонний паспорт Застрахованої особи в залежності від обраної ним Програми страхування.

7.5. У разі укладення Договору страхування групи осіб, Страхувальником надається список Застрахованих осіб.

## **9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

8.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

8.1.1. на відшкодування витрат, визначених Договором страхування у відповідності до цих Правил, за одержані платні медичні послуги, якщо він (вона) сплатив (-ла) їх вартість особисто;

8.1.2. вимагати від Страховика своєчасних страхових виплат, та надання Асітантом послуг, передбачених Договором страхування;

За несвоєчасне здійснення страхової виплати з вини Страховика Страхувальнику (Застрахованій особі) виплачується пеня за кожний день прострочення виплати в розмірі, визначеному Договором страхування.

8.1.3. достороково припинити дію Договору страхування, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

8.1.4. збільшити за згодою Страховика страхову суму за раніше укладеному Договору страхування до початку його дії;

8.1.5. вимагати від Страховика дотримання конфідинційності, відносно будь-якої інформації, стосовно Договору страхування.

8.2. Страховик має право:

8.2.1. достороково припинити дію Договору страхування, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

8.2.2. робити запити у компетентні органи стосовно причин, обставин та наслідків страхового випадку, перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію;

8.2.3. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених цими Правилами, відповідними Програмами страхування, та у випадках, обумовлених Договором страхування та чинним законодавством.

8.3. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

8.3.1. своєчасно вносити належні страхові платежі;

8.3.2. при укладанні Договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

8.3.3. повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування, щодо цього об'єкту страхування;

8.3.4. в разі раптового захворювання або нещасного випадку протягом терміну, зазначеного в Договорі страхування, повідомити Страховика (Асістанта);

- 8.3.5. виконувати рекомендації та розпорядження Страховика (Асистанта);
  - 8.3.6. надати можливість вільного доступу лікарів-експертів Страховика та Асистанта до постраждалої Застрахованої особи;
  - 8.3.7. узгоджувати із Страховиком або Асистантом усі дії, що пов'язані з лікуванням та отриманням платних послуг в разі раптового захворювання або нещасного випадку;
  - 8.3.8. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- Договором страхування може бути передбачено інші обов'язки Застрахованої особи відповідно до обраної Програми страхування.

#### 8.4. Страховик зобов'язаний:

- 8.4.1. ознайомити Страхувальника з Правилами та умовами страхування;
- 8.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів, щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 8.4.3. після одержання усіх необхідних документів, підтверджуючих настання страхового випадку, визначити розмір витрат і суму страхової виплати та скласти страховий акт;
- 8.4.4. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором термін, або відмовити у виплаті з письмовим обґрунтуванням причин відмови.  
Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування.
- 8.4.5. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування;
- 8.4.6. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування;
- 8.4.7. тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майновий стан за винятком випадків, передбачених законодавством України.

### **9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

9.1. В разі раптового захворювання або іншого нещасного випадку Страхувальник (Застрахована особа) або її довірена особа повинна негайно звернутися до лікувально-профілактичного закладу за отриманням медичної допомоги необхідного виду та обсягу, або діяти згідно з інструкціями, що визначені в Договорі страхування.

9.2. Якщо Застрахована особа сама сплатила послуги без узгодження з Асистантом, Страховик здійснює страхову виплату у порядку передбаченому відповідною Програмою страхування.

9.3. Застрахована особа зобов'язана по вимозі Страховика пройти медичне обстеження, якщо це передбачено Договором страхування.

### **10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЯКІ ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ**

10.1. У випадку, якщо Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатили послуги по наданню медичної допомоги, то для отримання страхового відшкодування Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику такі документи:

- а) заяву про настання страхового випадку із зазначенням обставин, які призвели до цього випадку (у терміни, що визначені в Договорі страхування);
- б) документи, що передбачені відповідними Програмами страхування стосовно страхового випадку та розміру збитків;
- в) акти, довідки та інші документи з компетентних органів (слідчих органів, органів внутрішніх справ, суду, прокуратури, пожежнагляду, гідрометеорологічної служби та інших компетентних органів) щодо причин страхового випадку та розміру збитків (при необхідності);
- г) письмову заяву на виплату страхового відшкодування;
- д) копію або оригінал Договору страхування (страхового поліса);
- е) документ, що посвідчує особу, одержувача страхового відшкодування, а для Страхувальника (Застрахованої особи) фізичної особи - довідку про присвоєння індивідуального податкового номеру;
- ж) довіреність від Страхувальника на одержання страхового відшкодування.

10.2. Вищезазначені документи Страхувальник (Застрахована особа) подає Страховику в строк не більше 30-ти робочих днів з дня настання страхового випадку.

У випадку неможливості надати будь-які із вищезазначених документів у визначений цим пунктом термін, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний письмово повідомити про це Страховика з обов'язковим зазначенням причин неможливості надання необхідних документів.

## **11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

11.1. Виплата страхового відшкодування виконується згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи) і страхового акту.

11.2. Оплата вартості наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) послуг здійснюється Асістантом, якщо Страхувальник (Застрахована особа) отримала допомогу через Асістанта, при цьому відповідний іноземний заклад, який надавав допомогу надішле рахунок та інші документи безпосередньо Асістанту.

11.3. Якщо Застрахована особа сама оплатила послуги по наданню медичної допомоги, то Страховик здійснює страхову виплату шляхом відшкодування цих витрат після надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів, що підтверджують ці витрати, але в розмірі не більше передбаченого Договором страхування ліміту.

Страхова виплата у такому випадку здійснюється у порядку, передбаченому відповідною Програмою страхування, та в термін, зазначений в Договорі страхування.

## **12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

12.1. Страховик зобов'язаний при надходженні письмової заяви від Страхувальника (Застрахованої особи) на страхову виплату в строк не більше 30-ти робочих днів з дня одержання всіх передбачених цими Правилами документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, скласти страховий акт та прийняти рішення про виплату чи відмову у виплаті страхового відшкодування.

12.2. Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування повідомляється письмово протягом 5-ти робочих днів з дня прийняття такого рішення з обґрунтуванням причин відмови.

12.3. В разі оплати вартості наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) послуг Асістантом, якщо Страхувальник (Застрахована особа) отримала допомогу через Асістанта, страхова виплата здійснюється безпосередньо Асістанту відповідно до умов укладеного з ним договору.

### **13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

13.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

13.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

13.1.2. вчинення Страхувальником - громадянином або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

13.1.3 подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

13.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

13.1.5. інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

13.2. Відмова Страховика здійснити страхову виплату може бути оскаржена у судовому порядку.

### **14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

14.1. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

14.1.2. закінчення терміну дії;

14.1.3. несплати Страхувальником страхового платежу у установлені Договором терміни;

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



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

14.1.6. ліквідації Страховика у встановленому законодавством порядку;

14.1.7. прийняття судом рішення про визнання Договору страхування недійсним;

14.1.8. в інших випадках, передбачених законодавчими актами України.

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

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

14.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхових тарифів, фактичних страхових виплат, які були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

14.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхових тарифів, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування

14.5. Після початку закордонної поїздки, якщо Договір страхування укладався на одну поїздку, Договір страхування не може бути припиненим.

## **15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

15.1. Спірні питання стосовно Договору страхування вирішуються шляхом переговорів.

15.2. Спори, пов'язані зі страхуванням, не врегульовані шляхом переговорів, розв'язуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

## **16. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ**

16.1. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

16.2. Страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків. Страховий тариф визначається відповідно до обраної Програми страхування з урахуванням суттєвих в

кожному конкретному випадку чинників, що впливають на ймовірність настання страхових випадків.

16.3. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування залежно від умов Договору страхування за згодою сторін.

16.6. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

16.8. Страховий платіж визначається виходячи з розміру страхової суми на підставі страхових тарифів, визначених в Програмах страхування (Додаток №1 до цих Правил).

16.9. Сплата страхового платежу може здійснюватися готівкою в касу Страховика або шляхом безготівкових розрахунків, у порядку, визначеному Договором страхування.

**Додаток №1**  
**до Правил добровільного**  
**страхування медичних витрат**

**від «04» листопада 2005 р.**

## **ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ**

### **I. ПРОГРАМА «СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ ПІД ЧАС ПОДОРОЖІ (ВІДПОЧИНКУ, ВІДРЯДЖЕННЯ, ЕКСКУРСІЇ) ГРОМАДЯН В МЕЖАХ УКРАЇНИ»**

1. Застрахованими особами можуть бути особи у віці від 3-х до 80-ти років, окрім інвалідів I групи.

2. Територія страхування – Україна.

3. За цією Програмою страховий випадок вважається таким що настав, якщо захворювання діагностовано під час дії Договору страхування та належним чином підтверджене документами лікувально-профілактичних закладів, що оформлені відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я України та чинного законодавства, та понесені у зв'язку з цим витрати на медичну допомогу та лікування підтверджені відповідними документами, що надаються Страхувальником (Застрахованою особою) або Асістантом.

4. За цією Програмою страхування відшкодовуються витрати на:

**Медичні послуги:**

4.1. Надання стаціонарної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) в лікувально-профілактичних закладах України, включаючи:

- вартість медикаментозного лікування;
- вартість діагностичних та лікувальних процедур (включаючи оперативні втручання), а також використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання;
- консультаційні послуги та винагороди медичному персоналу;
- вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних);
- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі.

Страховик залишає за собою право оплачувати лікування Застрахованої особи у межах встановленого у Договорі страхування ліміту, до тих пір, доки стан здоров'я хворого не дозволить перевезти його на місце постійного проживання для продовження лікування.

4.2. Надання амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби тощо).

4.3. Оплату ліків, придбаних за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого оригіналу рахунку;

4.4. Невідкладну стоматологічну допомогу на суму, що не перевищує встановленого в Договорі страхування ліміту відповідальності по стоматологічній допомозі;

4.5. Невідкладну пологову допомогу до 7-го місяця вагітності;

4.6. Надання швидкої медичної допомоги (в тому числі на місці виникнення надзвичайних обставин);

4.7. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого лікувального закладу або лікаря, який знаходиться поблизу;

- медичну евакуацію (репатріацію), включаючи витрати на супроводжуючу особу при наявності медичних показань про необхідність супроводження (якщо ця необхідність підтверджується відповідними документами), до місця постійного проживання.

#### **Додатково відшкодовуються наступні витрати:**

4.8. Репатріація тіла Застрахованої особи в разі смерті внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку. При цьому Страховик відшкодовує витрати на розтин тіла, труну, необхідну для перевезення, та перевезення останків до місця поховання на Україні.

4.9. Телекомунікація (послуги зв'язку при настанні страхового випадку).

5. Базовий страховий тариф по Україні встановлюється залежно від розміру страхової суми та терміну страхування у межах від 0,014% до 0,05 % від страхової суми за кожен день.

Для осіб у віці від 60 до 70 років страховий тариф збільшується в 2 рази.

Для осіб, які виїжджають у відрядження (на роботу) або відпочинок, що пов'язаний з небезпечними видами спорту, страховий тариф збільшується в 1,5 рази.

Для дітей у віці до 16 років та груп більше ніж із 15 осіб страховий тариф зменшується на 20%.

Конкретний розмір страхового тарифу встановлюється в Договорі страхування за згодою сторін з врахуванням конкретних умов Договору (терміну дії, наявності та розміру франшизи тощо) та ступеня ризику. При цьому можуть бути застосовані підвищуючі та понижуючі коефіцієнти до базових страхових тарифів у межах від 0,1 до 4,0.

6. Дії Страхувальника в разі настання страхового випадку.

6.1. В разі раптового захворювання або іншого нещасного випадку Страхувальник (Застрахована особа) або її довірена особа повинна негайно звернутися до лікувально-профілактичного закладу за отриманням медичної допомоги необхідного виду та обсягу, або, якщо це передбачено умовами Договору страхування зв'язатись з Асістансом і повідомити таку інформацію:

- прізвище, ім'я, номер та термін дії Договору страхування;
- своє місцезнаходження, контактні телефони;
- докладний опис обставин та характер необхідної допомоги.

6.2. Протягом 48-годин повідомити Страховика про настання страхового випадку будь-яким доступним засобом, щоб зафіксувати факт повідомлення (телефон, телефакс, телеграф, пошта).

6.3. У будь-якому випадку Застрахована особа повинна пред'явити Договір страхування (страховий поліс) лікарю, до якого вона звернулася.

7. Порядок і умови виплати страхового відшкодування.

7.1. Оплата вартості наданих Застрахованій особі послуг здійснюється Асітантом, якщо Застрахована особа отримала допомогу через Асітанта.

7.2. Якщо Застрахована особа сама оплатила послуги по наданню медичної допомоги, то Страховик здійснює страхову виплату шляхом відшкодування цих витрат після надання Застрахованою особою документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, але в розмірі не більше передбачених Договором страхування страхової суми та лімітів.

7.3. Страхова виплата здійснюється у гривнях.

7.4. Для отриманням страхової виплати Застрахована особа повинна надати Страховику оригінали наступних документів, які завірені у відповідності до вимог діючого законодавства України щодо заповнення форм первинної медичної документації лікувально-профілактичних закладів, затверджених наказами МОЗ України), а саме:

- ❖ виписку з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма №027/о);
- ❖ копію листка лікарських призначень (форма №003-4/о);
- ❖ документ, що підтверджує порядок госпіталізації: швидка медична допомога – ксерокопія супровідного листка станції швидкої медичної допомоги (форма №114/о), при самозверненні – ксерокопія акту самозвернення, що завірений підписом та особистою печаткою лікаря;
- ❖ оригінали довідок (рахунків-фактур) лікувального закладу із розрахунком фактичної вартості наданої медичної допомоги у лікувально-профілактичному закладі та/чи медикаментозного забезпечення проведеного лікування;
- ❖ товарний чек до чеку касового апарату, що завірений печаткою аптеки, в якому вказані: найменування препаратів, форма випуску, кількість та вартість препаратів; найменування, кількість та вартість предметів догляду, одноразового інструментарію та інш.

В цьому випадку страхова виплата здійснюється в термін, зазначений у Договорі страхування.

8. Норматив витрат на ведення справи за цією програмою складає 30%.

Розрахунок страхових тарифів  
виконав актуарій

С.Г. Топольська  
(Диплом №003 від 17.09.1999 р.)

## II. ПРОГРАМА «СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ ПІД ЧАС ПЕРЕБУВАННЯ ГРОМАДЯН ЗА КОРДОНОМ»

1. Застрахованими особами можуть бути особи у віці від 3-х до 80-ти років, окрім інвалідів I групи.

2. Договір страхування укладається на термін конкретної закордонної подорожі або на інший термін - до одного року.

3. Договір страхування діє на зазначеній у ньому території за виключенням України, країни постійного проживання Застрахованої особи, зон військового конфлікту та тих, які знаходяться під санкцією ООН.

Територія дії Договору страхування може включати територію:

- країн Європи;
- усіх країни світу;
- країн СНД.

4. Страхувальний захист починає діяти з моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при виїзді, але не раніше вказаної в Договорі страхування (страховому полісі) дати початку його дії, та закінчується з моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України під час в'їзду в Україну, але не пізніше зазначеної в Договорі страхування (страховому полісі) дати закінчення його дії.

5. За цією Програмою страховий випадок вважається таким що настав, якщо захворювання діагностовано під час дії Договору страхування та належним чином підтверджене документами лікувально-профілактичних закладів, якими надавалися медичні послуги, та понесені у зв'язку з цим витрати підтверджені відповідними документами, що надаються Страхувальником (Застрахованою особою) або Асістансом.

6. За цією Програмою страхування відшкодовуються витрати на:

### **Медичні послуги:**

6.1. Надання стаціонарної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) в медичних закладах, включаючи:

- вартість медикаментозного лікування;
- вартість діагностичних та лікувальних процедур (включаючи оперативні втручання), а також використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання;
- консультаційні послуги та винагороди медичному персоналу;
- вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних);
- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі.

Страхувальник залишає за собою право оплачувати лікування Застрахованої особи за кордоном у межах встановленого у Договорі страхування ліміту, до тих пір, доки стан здоров'я хворого не дозволить перевезти його в Україну для продовження лікування.

6.2. Надання амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби тощо).

6.3. Оплату ліків, придбаних за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого оригіналу рахунку;

6.4. Невідкладну стоматологічну допомогу на суму, що не перевищує встановленого в Договорі страхування ліміту відповідальності по стоматологічній допомозі;

6.5. Невідкладну пологову допомогу до 7-го місяця вагітності;

6.6. Надання швидкої медичної допомоги (в тому числі на місці виникнення надзвичайних обставин);

6.7. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого лікувального закладу або лікаря, який знаходиться поблизу;

- медичну евакуацію (репатріацію), включаючи витрати на супроводжуючу особу при наявності медичних показань про необхідність супроводження (якщо ця необхідність підтверджується відповідними документами), із-за кордону до місця постійного проживання.

Якщо має місце репатріація, то невикористаний зворотній квиток здається Страховику.

**Додатково відшкодовуються наступні витрати:**

6.8. Репатріація тіла Застрахованої особи у разі смерті внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку. При цьому Страховик відшкодовує витрати на розтин тіла, труну, необхідну для міжнародного перевезення, та перевезення останків до аеропорту, найбільш близькому до місця поховання на Україні.

6.9. Телекомунікація (послуги зв'язку при настанні страхового випадку).

7. Базовий страховий тариф при поїздках по країнам Європи встановлюється залежно від розміру страхової суми та терміну страхування у межах від 0,0009% до 0,5 % від страхової суми за кожну добу.

При території дії «усі країни світу», страховий тариф збільшується в 1,5 рази.

Для осіб у віці від 60 до 80 років страховий тариф збільшується в 2 рази.

Для осіб, які виїжджають на роботу або відпочинок, що пов'язаний з небезпечними видами спорту, страховий тариф збільшується в 1,5 рази.

Для дітей у віці до 16 років та груп більше ніж із 15 осіб страховий тариф зменшується на 20%.

Конкретний розмір страхового тарифу встановлюється в Договорі страхування за згодою сторін з врахуванням конкретних умов Договору (терміну дії, наявності та розміру франшизи тощо) та ступеня ризику. При цьому можуть бути застосовані підвищуючі та понижуючі коефіцієнти до базових страхових тарифів у межах від 0,1 до 4,0.

8. Дії Страхувальника в разі настання страхового випадку.

8.1. При настанні страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) або її довірена особа повинна негайно, як тільки з'явиться можливість зв'язатись з Асітантом і повідомити таку інформацію:

- прізвище, ім'я, номер та термін дії Договору страхування;

- своє місцезнаходження, контактні телефони;

- докладний опис обставин та характер необхідної допомоги.

8.2. У випадку, якщо не було зателефоновано Асітанту до моменту звернення до лікаря, необхідно зв'язатись з Асітантом протягом 48 годин. У будь-якому випадку

Застрахована особа повинна пред'явити Договір страхування (страховий поліс) лікарю, до якого вона звернулась.

9. Порядок і умови виплати страхового відшкодування.

9.1. Оплата вартості наданих Застрахованій особі послуг здійснюється Асістантом, якщо Застрахована особа отримала допомогу через Асістанта, при цьому відповідний іноземний заклад, який надавав допомогу надішле рахунок та інші документи безпосередньо Асістанту.

9.2. Якщо Застрахована особа сама оплатила послуги у країні перебування без узгодження з Асістантом, Страховик здійснює страхову виплату шляхом відшкодування цих витрат після повернення Застрахованої особи в Україну, але в розмірі не більше передбаченого Договором страхування ліміту. Страхова виплата у такому випадку здійснюється у національній валюті по курсу НБУ на день отримання виплати. Для отримання страхової виплати Застрахована особа повинна надати Страховику протягом 30 днів з моменту повернення із-за кордону: письмову заяву про виплату, оригінал страхового полісу, оригінали деталізованих рахунків (з зазначенням прізвища Застрахованої особи, діагнозу, дати звернення, тривалістю лікування, переліком послуг, які надавались, їх вартістю), оригінали медичних та інших документів, що підтверджують настання страхового випадку, квитанції про оплату одержаних послуг, рецепти з печаткою, де вказані прізвище лікаря, найменування призначених ліків, їх вартість.

В цьому випадку страхова виплата здійснюється в термін, зазначений у Договорі страхування.

10. Норматив витрат на ведення справи за цією програмою складає 30%.

Розрахунок страхових тарифів  
виконав актуарій

С.Г. Топольська  
(Диплом №003 від 17.09.1999 р.)



**“ЗАТВЕРДЖЕНО”**

**Голова Правління  
ПрАТ “СК“Гарант-Система”**

\_\_\_\_\_ **Петренко О.П.**

**“ 10 ” квітня 2014 р.**

**ЗМІНИ ТА ДОПОВНЕННЯ № 1**

**ДО ПРАВИЛ**  
**ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ**  
**МЕДИЧНИХ ВИТРАТ**

**м. Київ**

1. В тексті Правил замість «ЗАТ «СК «Гарант – Система» читати ПрАТ «СК «Гарант – Система», замість «Закрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Гарант – Система» - читати «Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Гарант – Система».

2. Розділ 2 Правил викласти у наступній редакції:

« **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).

»

3. Доповнити текст Правил Розділом 17 наступного змісту:

« **17. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

17.1. Як зазначено у Додатку №1 до Правил, Застрахованими можуть бути особи у віці від 3 років до 80 років. Особи віком до 3 років або старші за 80 років також можуть бути Застрахованими але на особливих умовах, які можуть включати обов'язковість попереднього обстеження Застрахованого, сплату підвищеного страхового платежу, включення до договору страхування додаткових виключень із страхових випадків .

Конкретні умови страхування визначаються за згодою сторін при укладенні договору страхування, однак не можуть суперечити цим Правилам та чинному законодавству України.

17.2. Договором страхування можуть бути передбачені також інші особливі умови страхування, узгоджені між Страхувальником та Страховиком, які не суперечать цим Правилам та чинному законодавству України.

»