

ЗАТВЕРДЖУЮ
Голова правління
ПрАТ «СК «ЮНІВЕС»

Спренгель А.С.

2015 р.



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

**ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО
СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ**

Київ, 2015

ЗМІСТ

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

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Правила добровільного страхування медичних витрат (далі – Правила) розроблені Приватним акціонерним товариством «Страхова компанія «ЮНІВЕС» (далі за текстом – Страховик) відповідно до Закону України «Про страхування», Цивільного кодексу України, інших нормативних актів України та є підставою для укладання Договорів добровільного страхування медичних витрат.

1.2. За цими Правилами та згідно з чинним законодавством України Страхувальником може бути юридична або дієздатна фізична особа.

1.3. За Договором страхування, що укладений відповідно до цих Правил, Страховик за встановлений договором страхування страховий платіж повинен здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою медичної та іншої допомоги у зв'язку з захворюванням Застрахованої особи, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або її смертю внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).

1.4. Загальні умови та порядок здійснення добровільного страхування медичних витрат визначаються цими Правилами. Конкретні умови страхування визначаються Договором добровільного страхування медичних витрат (далі – Договір страхування).

1.5. Положення цих Правил можуть бути змінені (виключенні або доповненні) за письмовою згодою Сторін при укладанні Договору страхування або під час його дії, за умови, що такі зміни не суперечать закону.

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

1.6.1. **Асистанс (асистуюча компанія)** – спеціалізована служба, яка, діючи від імені та за дорученням Страховика, координує взаємодію Страхувальника (Застрахованої особи) з Третіми особами, які надають їй послуги при настанні подій, передбачених Договором страхування. Асистанс організовує, контролює, оплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика. Назва Асистанс, адреси та телефони представництв Асистанс зазначаються в Договорі страхування.

1.6.2. **Репатріація тіла** – перевезення тіла Застрахованої особи до місця, зазначеного в Договорі страхування у випадку її смерті під час подорожі.

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

1.6.4. **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

1.6.5. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Третій особі та/або Страхувальнику (Застрахованій особі).

1.6.6. **Треті особи** – юридичні та фізичні особи, які надають послуги, передбачені Договором страхування, Застрахованій особі та мають право на здійснення такої діяльності.

1.6.7. **Терміни (визначення)**, не обумовлені цими Правилами, вживаються у визначенні 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. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом Договору страхування за цими Правилами 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).

2.2. Застрахованими особами за цими Правилами вважаються малолітні, неповнолітні та повністю дієздатні фізичні особи віком до 75 (сімдесяти п'яти) років за винятком осіб, зазначених у п.5.1 цих Правил, про страхування яких, за їх згодою, Страхувальником

укладено Договір страхування та які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. Вікове обмеження може бути зняте за рішенням Страховика при укладанні Договору страхування на особливих умовах.

2.3. Якщо Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою.

2.4. При укладанні Договору страхування Страхувальник, за згодою Застрахованої особи, має право призначати фізичних та юридичних осіб (далі – Вигодонабувачі) для отримання страхових виплат, а також змінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. ФРАНШИЗА

3.1. Страхова сума встановлюється в Договорі страхування за згодою Сторін при укладанні Договору страхування. Страхова сума може встановлюватись як обсяг відповідальності Страховика за Договором страхування в цілому, по окремій Застрахованій особі, по окремих страхових випадках, по окремих видах витрат.

3.2. В межах страхової суми Договором страхування можуть встановлюватись ліміти відповідальності Страховика.

3.3. Протягом строку дії Договору страхування до моменту настання страхового випадку будь-який ліміт відповідальності Страховика та розмір страхової суми може бути змінено.

3.4. Базові страхові тарифи для страхових випадків, визначених в розділі 4 цих Правил, наведені в Додатку 1 до цих Правил.

3.5. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою сторін, в залежності від обраних страхових ризиків, виду медичних та інших витрат, віку Застрахованих осіб, інших умов Договору страхування.

3.6. Норматив витрат Страховика на ведення страхової справи по конкретному Договору страхування визначається в Договорі страхування та не може перевищувати нормативу витрат Страховика на ведення страхової справи, визначеного згідно Додатку 1 до цих Правил.

3.7. Страховий платіж розраховується на підставі визначеного страхового тарифу та зазначається в Договорі страхування.

3.8. Порядок і форма сплати страхового платежу визначається умовами Договору страхування.

3.9. Страхувальники згідно з укладеними Договорами страхування мають право вносити платежі лише в грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент – в іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством.

3.10. Страховий платіж може бути сплачений готівкою або шляхом безготівкового перерахування на рахунок Страховика (його представника).

3.11. Договором страхування може бути передбачена франшиза. Розмір та вид франшизи визначається Сторонами при укладенні Договору страхування.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ВИТРАТИ, ЯКІ ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК

4.1. Страховими ризиками відповідно до цих Правил є захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або її смерть внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).

4.2. Страховим випадком згідно з цими Правилами є понесення документально підтверджених витрат, пов'язаних з наданням Застрахованій особі під час здійснення подорожі (поїздки) Третіми особами медичних та інших послуг, які передбачені Договором страхування, що виникають внаслідок подій, зазначених в п.4.1 цих Правил, та які відбулися протягом строку дії Договору страхування.

4.3. При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує на умовах, встановлених Договором страхування, наступні витрати:

4.3.1. На надання **медичної допомоги Застрахованій особі**, а саме:

4.3.1.1. На надання амбулаторної допомоги внаслідок захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку в медичному закладі або у ліцензованого лікаря (необхідні консультації, діагностичні дослідження, проведення лікувальних заходів та медичних маніпуляцій, оплати призначених лікарських засобів та витратних медичних матеріалів тощо).

4.3.1.2. На надання стаціонарної допомоги внаслідок захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, включаючи витрати на консультаційні послуги, діагностичні дослідження, консервативне або невідкладне оперативне лікування, оплати призначених лікарських засобів та витратних медичних матеріалів, перебування у палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими в даному медичному закладі.

4.3.1.3. На надання швидкої медичної допомоги Застрахованій особі внаслідок захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, а саме на виїзд бригади швидкої медичної допомоги, діагностику та лікування на місці виклику, на забезпечення лікарськими засобами та витратними медичними матеріалами.

4.3.1.4. На надання невідкладної (екстреної) стоматологічної допомоги Застрахованій особі внаслідок гострого зубного болю або внаслідок нещасного випадку в межах ліміту відповідальності, що встановлений в Договорі страхування.

4.3.2. На **медичне транспортування** Застрахованої особи:

4.3.2.1. На медичне транспортування Застрахованої особи, якщо цього потребує тяжкий стан Застрахованої особи, внаслідок чого її самостійне пересування є неможливим, до найближчого медичного закладу або ліцензованого лікаря для проведення подальшого лікування.

4.3.2.2. На медичну евакуацію Застрахованої особи внаслідок захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку. Медична евакуація здійснюється за наступних умов: якщо витрати на лікування можуть перевищити страхову суму (ліміт відповідальності) на цю Застраховану особу, або значно перевищують витрати на медичну евакуацію; якщо відсутні можливості надання необхідної медичної допомоги. До витрат на медичну евакуацію можуть включатися витрати на супроводжуючу особу при наявності медичного висновку про необхідність такого супроводження. При цьому вид, клас транспорту, маршрут, кінцевий пункт маршруту медичної евакуації визначає Асистанс за погодженням із Страховиком. Якщо має місце евакуація, то невикористаний зворотній квиток Застрахованої особи, здається Страховику. Медична евакуація проводиться тільки за умови відсутності медичних протипоказань у Застрахованої особи до евакуації.

4.3.2.3. На репатріацію тіла Застрахованої особи у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку. При цьому вид, клас транспорту, маршрут, кінцевий пункт маршруту репатріації визначає Асистанс за погодженням із Страховиком. Якщо має місце репатріація, то невикористаний зворотній квиток Застрахованої особи, здається Страховику.

4.3.3. На **поховання Застрахованої особи** в країні або місці тимчасового перебування, якщо вони не перевищують витрати на репатріацію (за погодженням із Страховиком та близькими родичами Застрахованої особи).

4.3.4. На **проїзд одного з близьких родичів Застрахованої особи до країни або місця тимчасового перебування Застрахованої особи** та в зворотному напрямку у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі у критичному (особливо тяжкому) стані більше строку, визначеного в Договорі страхування, та за умови, що поруч з Застрахованою особою не має особи віком від 18 років, яка перебуває разом з нею. При

цьому вид, клас транспорту, маршрут визначається Страховиком або Асистансом за погодженням із Страховиком.

4.3.5. На **проживання в готелі протягом строку, вказаного в Договорі страхування, одного з близьких родичів у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі у критичному (особливо тяжкому) стані.** При цьому кількість оплачуваних днів проживання та ліміт витрат за один день проживання визначаються в Договорі страхування.

4.3.6. На повернення (**проїзд**) **до місця постійного проживання дітей, віком до 14 (чотирнадцяти) років,** які тимчасово перебували разом з Застрахованою особою, внаслідок тяжкого раптового захворювання, нещасного випадку або смерті Застрахованої особи. Вид, клас транспорту, маршрут повернення визначає Страховик або Асистанс за погодженням із Страховиком. При цьому для отримання послуг Страхувальник (Застрахована особа або представник) зобов'язаний передати зворотній квиток дитини представнику Асистансу або Страховику, а Страховик залишає за собою право використати цей зворотній квиток. Страховик відшкодовує вартість проїзду дитини тільки в тому разі, якщо жодна із перебуваючих з нею осіб, віком від 18 років, не в змозі про неї піклуватися, тобто дитина залишилася без нагляду, внаслідок тяжкого раптового захворювання, нещасного випадку, або смерті Застрахованої особи.

4.3.7. На **передачу термінових повідомлень,** пов'язаних зі страховим випадком, що передаються до Асистансу або до Страховика, при наданні документів, які підтверджують такі витрати.

4.3.8. На організацію передачі термінових повідомлень, пов'язаних із страховим випадком, близьким родичам Застрахованої особи.

4.3.9. Договором страхування може бути передбачено відшкодування інших непередбачуваних витрат Страхувальника (Застрахованої особи), що можуть виникнути під час подорожі (поїздки) та настанням страхового випадку.

4.4. Конкретний перелік та розмір витрат, що підлягають відшкодуванню за рахунок Страховика, визначається Договором страхування.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. При укладанні Договору страхування Страховик має право передбачити обмеження відносно певної категорії фізичних осіб або відмовити в укладанні Договору страхування таких осіб, а саме:

5.1.1. осіб, вік яких на день закінчення строку дії Договору страхування перевищує 75 років, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

5.1.2. осіб, які мають медичні протипоказання щодо подорожі (поїздки);

5.1.3. осіб, які відправляються в подорож (поїздки) з метою лікування;

5.1.4. осіб, визнаних у встановленому порядку недієздатними;

5.1.5. осіб, хворих на наркоманію, алкоголізм, токсикоманію;

5.1.6. осіб, хворих на СНІД та ВІЛ – інфікованих осіб.

5.2. Якщо інше не передбачено Договором страхування, то Страховик не відшкодовує витрати:

5.2.1. По лікуванню захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, які виникли до початку подорожі (поїздки) та продовжуються на момент початку подорожі (поїздки).

5.2.2. Пов'язані з наданням послуг медичними закладами, що не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на здійснення медичної діяльності (в т.ч. не ліцензованим лікарем чи медичним працівником).

5.2.3. На превентивне і підтримуюче лікування, а також реабілітацію, перебування у санаторно-курортних закладах, пансіонах, будинках відпочинку та інших закладах подібного типу.

5.2.4. Що виникли внаслідок застосування способів лікування, офіційно не визнаних наукою та медициною, на лікування нетрадиційними методами, в т.ч. на обстеження і

лікування методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії тощо, або які вважаються експериментальними або носять дослідницький характер.

5.2.5. На діагностику та лікування онкологічних захворювань, психічних захворювань чи розладів, депресій.

5.2.6. На діагностику або лікування вроджених та хронічних захворювань, крім випадків підтвердженого медичним закладом критичного стану здоров'я застрахованої особи, що загрожує її життю та який потребує надання невідкладної медичної допомоги.

5.2.7. На лікування патологічних переломів кісток із-за природжених фізичних вад або внаслідок захворювання набутого до початку дії Договору страхування.

5.2.8. На стоматологічне або офтальмологічне лікування, крім випадків, пов'язаних з усуненням гострого болю, або пов'язаних з нещасним випадком.

5.2.9. На будь-які послуги, пов'язані з пластичною, реконструктивною хірургією та протезуванням (в т.ч. зубне та офтальмологічне), придбанням протезів та ортопедичних виробів (оптичних коректорів зору, окулярів, оправ до них, контактних лінз, слухових апаратів, вимірювальних приладів, інвалідних візків, милиць, тростин, термометрів тощо).

5.2.10. На будь-які медичні послуги (допомогу), у тому числі хірургічну, що має плановий характер, на хірургічне втручання (в т.ч. аорто-коронарне шунтування, протезування, стентування, балонну ангіопластику тощо) або терапевтичне лікування, що не є терміновим та за медичним висновком може бути відкладене до повернення Застрахованої особи до місця свого постійного проживання, в тому числі витрати на проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можна замінити курсом консервативного лікування.

5.2.11. Пов'язані з вагітністю та її наслідками або ускладненнями, в т.ч. пов'язані з пологами, штучним перериванням вагітності, за винятком випадків, коли штучне переривання вагітності було необхідним у зв'язку з нещасним випадком або раптовим захворюванням за медичними показаннями.

5.2.12. Що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показниками), що вона самостійно або в супроводі іншої особи, може повернутися до місця, зазначеного в Договорі страхування, або розміри їх оплати в країні або місці тимчасового перебування не є виправданими, розумними та необхідними з медичної точки зору або не призначені лікарем.

5.2.13. На транспортування, в т.ч. з одного медичного закладу в інший, медичну евакуацію або репатріацію, що не були організовані Асистансом або без попереднього погодження з Асистансом (Страховиком) або за відсутності клінічної необхідності та медичних показань у такому транспортуванні.

5.2.14. На евакуацію Застрахованої особи у випадку незначних захворювань або травм, що за медичними показаннями не перешкоджають продовженню здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).

5.2.15. На транспортування Застрахованої особи по території країни постійного проживання Застрахованої особи чи країни, громадянином якої вона є.

5.2.16. Які є наслідком дій Застрахованої особи під впливом алкоголю або його сурогатів, наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та/або прекурсорів, токсичних речовин, а також, під впливом медичних препаратів.

5.3. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страховий випадок стався внаслідок:

5.3.1. Учасі Застрахованої особи у всякого роду воєнних конфліктах, військових діях чи військових заходах, незалежно від того оголошено війну чи ні (війна, вторгнення, ворожі акти або військові дії, збройний конфлікт, громадянська війна, страйк чи громадське заворушення, акти громадської непокори, заколот, військове або народне повстання, бунт, революція, громадське заворушення в масштабах або з кількістю учасників, що може бути прирівняне до повстання, узурпація влади, введення військової влади або військового положення або стану облоги, будь-які військові маневри, навчання, або інші військові заходи).

5.3.2. Терористичних актів або проведення антитерористичних заходів.

5.3.3. Прямого чи непрямого впливу атомного вибуху, радіації чи радіоактивного ураження, пов'язаних з будь-яким застосуванням атомної енергії і використанням радіоактивних матеріалів, хімічного забруднення.

5.4. Конкретний перелік виключень зі страхових випадків зазначається в Договорі страхування. Договір страхування може передбачати відмінні від вище зазначених виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать законодавству. За погодженням сторін на особливих умовах можуть бути застраховані окремі виключення зі страхових випадків, наведені в цьому розділі.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування, укладений на підставі цих Правил, діє на території, зазначеній в Договорі страхування. Строк дії Договору страхування визначається при його укладанні за згодою Сторін та вказується в Договорі страхування.

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

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

6.4. Дія Договору страхування закінчується о 24 годині 00 хвилин дня, зазначеного в Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ 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. При укладанні Договору страхування Страхувальник повинен надати Страховику відомості стосовно (подорожі) поїздки Застрахованої особи та іншу інформацію за вимогою Страховика, яка необхідна для укладання Договору страхування.

7.3. Конкретний перелік документів, що подаються Страхувальником для укладання Договору страхування, визначається Страховиком.

7.4. При укладанні Договору страхування Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі існуючі договори страхування та договори страхування, що укладаються в цей час з іншими страховими компаніями щодо осіб, стосовно яких укладається Договір страхування, а також про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і розміру можливих збитків, а також надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну ступеня страхового ризику.

7.5. Відповідальність за достовірність та повноту інформації, наданої Страхувальником Страховику при укладанні Договору страхування, несе Страхувальник.

7.6. При укладанні Договору страхування на користь інших осіб Страхувальник додатково подає Страховику список, в якому зазначаються відомості про Застрахованих осіб та страхові суми на кожную Застраховану особу. При цьому можливе укладання як окремого Договору страхування на кожную Застраховану особу так і одного Договору страхування на групу Застрахованих осіб.

7.7. Договір страхування укладається у письмовій формі. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

7.8. У випадку втрати Договору страхування (страхового поліса, свідоцтва, сертифікату) в період його дії, Страховик, на підставі письмової заяви Страхувальника, видає дублікат документа. Після цього втрачений примірник вважається недійсним, і ніякі виплати згідно з ним не проводяться.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страхувальник має право:

8.1.1. Укладати Договори страхування із Страховиком на власну користь та на користь інших осіб (Застрахованих осіб).

- 8.1.2. Ознайомитися з умовами Договору страхування та умовами цих Правил.
- 8.1.3. Ініціювати внесення змін умов Договору страхування у період його дії.
- 8.1.4. Достроково припинити дії Договору страхування відповідно до Розділу 14 цих Правил.

8.1.5. Отримати страхову виплату в розмірі та в порядку, передбаченому Договором страхування та цими Правилами;

8.1.6. Отримати від Страховика дублікат Договору страхування у разі втрати оригіналу;

8.1.7. Оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати у судовому порядку.

8.2. Страхувальник зобов'язаний:

8.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

8.2.2. При укладенні Договору страхування 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.

8.2.3. При укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні Договори страхування щодо предмета Договору страхування. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

8.2.4. Повідомити Страховика (Асистанс) про настання страхового випадку, в строк передбачений умовами Договору страхування.

8.2.5. Виконувати умови Договору страхування, в т.ч. узгоджувати із представником Страховика (Асистансу) всі дії, пов'язані з отриманням медичних та інших платних послуг, передбачених Договором страхування, виконувати рекомендації та розпорядження Страховика (Асистанса).

8.2.6. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування.

8.2.7. Повернути Страховику отриману страхову виплату, якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності були виявленні обставини, що за чинним законодавством або відповідно до цих Правил або умов Договору страхування, позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на одержання страхової виплати.

8.3. Страховик має право:

8.3.1. Перевіряти достовірність повідомленої Страхувальником інформації та наданих документів, а також виконання Страхувальником умов Договору страхування.

8.3.2. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу в разі отримання інформації про обставини, що стали причиною збільшення страхового ризику або припинити його дію відповідно до цих Правил або умов Договору страхування.

8.3.3. Достроково припинити дію Договору страхування відповідно до Розділу 14 цих Правил.

8.3.4. При необхідності організувати медичні огляди з метою обстеження Застрахованої особи.

8.3.5. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту, причин, обставин настання страхового випадку та (або) визначення розміру страхової виплати, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність наданої інформації.

8.3.6. При необхідності, робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до компетентних органів та інших підприємств, установ, організацій, які володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причини і обставини страхового випадку.

8.3.7. Відмовити у здійсненні страхової виплати на підставах, передбачених Договором страхування або Правилами;

8.3.8. Вимагати від Страхувальника повернення виплаченої страхової виплати, якщо Страховик отримав докази того, що Страхувальник не мав права на її отримання.

8.4. Страховик зобов'язаний:

8.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами.

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

8.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;

8.4.4. забезпечити конфіденційність інформації медичного характеру про Застраховану особу і не розголошувати її окрім випадків, коли надання такої інформації пов'язане з необхідністю надання медичної допомоги або передбачене законодавством.

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

8.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені відмінні, від зазначених в цьому розділі, права та обов'язки Страховика та Страхувальника.

8.6. Договором страхування також можуть бути передбачені права та обов'язки, як для Застрахованої особи, так і для Вигодонабувача.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. В разі настання події, що має ознаки страхового випадку, та може призвести до непередбачених витрат, які визначені в Договорі страхування, Страхувальник (Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси), перед тим, як звернутися за допомогою до відповідного медичного закладу або лікаря або отримати будь-які додаткові послуги, передбачені Договором страхування, зобов'язана звернутися за телефоном, вказаним у Договорі страхування, до Страховика або Асистансу, який представляє інтереси Страховика, для отримання інструкцій щодо подальших своїх дій.

9.2. Застрахована особа зобов'язана неухильно дотримуватись інструкцій та рекомендацій, наданих їй Асистансом (Страховиком) для координації подальших дій.

9.3. У виключних ситуаціях, коли Застрахована особа з об'єктивних причин (непритомний стан Застрахованої особи, за відсутності осіб, які могли би представляти її інтереси, в т.ч. шок будь-якої етіології, кома, колапс, втрата свідомості, потьмарення розуму тощо) не може зв'язатися з Асистансом (Страховиком) внаслідок різкого погіршення здоров'я, Застрахована особа повинна після стабілізації стану здоров'я в строки, визначені Договором страхування, пред'явити представникам медичного закладу або лікарю Договір страхування та зателефонувати до Асистансу (Страховика).

Зазначені дії від імені Страхувальника (Застрахованої особи) може виконувати будь-яка особа, яка може представляти її інтереси (родичі, співробітники Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо).

9.4. Застрахована особа зобов'язана проходити лікування за призначенням лікаря, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога, достовірно інформувати лікаря та персонал медичного закладу і Асистанс (Страховика) про стан свого здоров'я та наявні ризики його погіршення.

9.5. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний передати представнику Асистансу або Страховику невикористані авіа- або залізничні квитки в період їх чинності.

9.6. Конкретний порядок дій Страхувальника (Застрахованої особи) у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, зазначається в Договорі страхування.

9.7. Договором страхування може бути передбачений інший порядок дій Страхувальника (Застрахованої особи) у разі настання події, внаслідок якої у Застрахованої особи виникає потреба в отриманні медичних послуг та (або) додаткових послуг, забезпечення надання яких передбачене Договором страхування, що не суперечить законодавству України.

10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ШКОДИ

10.1. Для прийняття Страховиком рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа, її представники, спадкоємці) надає Страховику наступні документи:

10.1.1. Оригінал документів з медичного закладу (на фірмовому бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища пацієнта (Застрахованої особи), точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, їх перелік, вартість, загальну суму витрат).

10.1.2. Рецепти, виписані лікуючим лікарем Застрахованій особі, де вказані назви лікарських засобів.

10.1.3. Оплачені деталізовані рахунки щодо наданих медичних та інших послуг, з вказаними датами та вартістю, загальною сумою до оплати.

10.1.4. Деталізовані рахунки за телефонні розмови (факсимільні повідомлення), на яких зазначено номер телефону, дату, час та вартість розмови.

10.1.5. Платіжні документи, що підтверджують факт оплати за надані послуги, які передбачені Договором страхування: квитанції про сплату послуг, касові чеки, банківські квитанції із зазначеною сумою переказу, тощо.

10.1.6. Закордонний паспорт Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю (або проїзний документ на дитину), якщо дія Договору страхування розповсюджується на територію інших країн.

10.1.7. У випадку смерті Застрахованої особи – документ, що підтверджує факт та причини смерті.

10.2. Страховик має право вимагати від Страхувальник (Застрахованої особи, її представників, спадкоємців) надання додаткових, не зазначених у п.п.10.1 цих Правил, документів, якщо на підставі наявних документів, неможливо визначити факт та обставини події, що має ознаки страхового випадку, та розмір завданої шкоди. Конкретний перелік документів, на підставі яких здійснюється страхова виплата, визначається Страховиком при з'ясуванні причин та обставин страхового випадку. Страховик має право звільнити Страхувальника від обов'язку надавати частину документів із переліку зазначеного в п.п.10.1 цих Правил.

10.3. Для отримання страхової виплати особа, яка звернулася за такою виплатою, повинна надати:

10.3.1. заяву про здійснення страхової виплати із зазначенням способу отримання страхової виплати;

10.3.2. Договір страхування (страховий поліс, страховий сертифікат);

10.3.3. документи, що посвідчують особу одержувача страхової виплати, її право на отримання страхової виплати та довідку про присвоєння ідентифікаційного номера.

10.4. Якщо інше не передбачено Договором страхування, документи, зазначені у розділі 10 цих Правил, можуть надаватись Страховику у формі:

10.4.1. оригінальних примірників;

10.4.2. нотаріально завірених копій;

10.4.3. простих копій, за умови надання Страховику можливості звірки цих документів з оригінальними примірниками.

10.5. Документи, зазначені в Розділі 10 цих Правил, мають бути оформлені відповідно до існуючих норм (із зазначенням номеру, дати, засвідчені підписами уповноважених осіб та печатками або штампами, без виправлень) та містити інші реквізити, обов'язкові для такого виду документів. Якщо документи, що необхідні для підтвердження настання страхового випадку та розміру страхової виплати, не надані у повному обсязі та/чи у належній формі, або оформленні з порушенням існуючих норм (відсутній номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), то страхова виплата не проводиться до усунення цих недоліків.

10.6. Страховик має право вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, її представників, спадкоємців) офіційного перекладу документів, які надані для прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати, на українську мову.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. Страховик здійснює страхову виплату відповідно до умов Договору страхування на підставі заяви Страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами Договору страхування) та страхового акту, складеного в строки, передбачені п.12.1 цих Правил, Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

11.2. Страхова виплата здійснюється в межах встановленої в Договорі страхування страхової суми та лімітів відповідальності, що встановлені в Договорі страхування, в розмірі фактичних та документально підтверджених витрат за надані Застрахованій особі медичні та (або) інші послуги, за вирахуванням встановленої в Договорі страхування франшизи.

11.3. Витрати на медичні та інші послуги, які не обумовлені Договором страхування, не відшкодовуються Страхувальнику (Застрахованій особі) навіть тоді, коли вони включені у загальний рахунок.

11.4. При настанні страхового випадку Страховиком відшкодовуються витрати:

11.4.1. Безпосередньо Асистансу, за надані Застрахованій особі послуги, на підставі договору про співробітництво між Страховиком та Асистансом та документів, що підтверджують факт настання та врегулювання страхового випадку.

11.4.2. Безпосередньо Третім особам, які надавали послуги, передбачені Договором страхування Застрахованій особі.

11.4.3. Безпосередньо Застрахованій особі на умовах п. 11.5 та п. 11.6 цих Правил.

11.5. В разі порушення Застрахованою особою обов'язку щодо повідомлення Асистанса або Страховика, та у випадку оплати витрат безпосередньо Застрахованою особою або особою, яка представляє її інтереси без узгодження з Асистансом або Страховиком, Страховик може відмовити у виплаті або здійснити компромісну страхову виплату, при якій відшкодовуються безпосередньо Застрахованій особі тільки непередбачені медичні витрати в розмірах, встановлених в Договорі страхування.

11.6. Якщо інше не передбачене Договором страхування, страхова виплата Страхувальнику (Застрахованій особі) з яким страховий випадок по Договору страхування стався за межами країни постійного проживання, здійснюється за офіційним обмінним курсом НБУ, встановленим на дату, зазначену в Договорі страхування, в межах страхової суми, встановленої в Договорі страхування для цієї Застрахованої особи або окремого ліміту відповідальності Страховика за конкретним видом витрат, що визначений у Договорі страхування. У цьому ж порядку визначається розмір франшизи, встановленої Договором страхування.

11.7. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками, що сталися в період дії Договору страхування із Застрахованою особою, не може перевищувати страхову суму, встановлену в Договорі страхування для цієї Застрахованої особи або окремий ліміт відповідальності Страховика, що визначений у Договорі страхування.

12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком в строк, що не перевищує 30 (тридцяти) робочих днів з дати отримання усіх необхідних документів і відомостей про факт та причини настання події, що має ознаки страхового випадку, та документів, що підтверджують витрати. Рішення про здійснення страхової виплати оформляється страховим актом.

12.2. Страхову виплату Страховик здійснює протягом 10 (десяти) робочих днів з дня складення страхового акту, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

12.3. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик письмово повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу) з обґрунтуванням причин відмови у строк, передбачений Договором страхування.

12.4. Договором страхування можуть бути передбачені інші строки для прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

13.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

13.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), 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 (Застрахованою особою), умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

13.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку.

13.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником Асистансу (Страховика) про настання страхового випадку без поважних на це причин та/або створення Страховику перешкод у визначені обставин, характеру та розміру збитків.

13.2. В інших випадках, передбачених законом.

13.3. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхової виплати.

13.4. Страхувальник (Застрахована особа) може оскаржити рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати у порядку, передбаченому законодавством України.

13.5. Негативний фінансовий стан Страховика не є підставою для відмови у здійсненні страхової виплати.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Всі зміни і доповнення, що вносяться до Договору страхування після його укладання, приймаються за згодою сторін, із врахуванням попередніх страхових виплат, шляхом укладання додаткової угоди до Договору страхування, яка з моменту підписання її сторонами стає невід'ємною частиною Договору страхування.

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

14.2.1. Закінчення строку дії.

14.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі.

14.2.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування 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 умовами Договору страхування.

14.2.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України "Про страхування".

14.2.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

14.2.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

14.2.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

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

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

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

14.6. 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 йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

14.7. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення дії Договору страхування.

14.8. Недійсність Договору страхування:

14.8.1. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.

14.8.2. Договір страхування визнається недійсним і не підлягає виконанню також у разі якщо його укладено після страхового випадку.

14.9. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

14.10. Якщо Страхувальник не повідомив Страховика про те, що предмет Договору страхування уже застрахований, новий договір страхування є нікчемним. Визнання нікчемного договору страхування недійсним судом не вимагається.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори між Страхувальником (Застрахованою особою) та Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

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

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

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Цими Правилами регламентовано основні умови страхування. Однак за згодою Сторін у Договір страхування можуть бути включені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що не суперечать закону.


16.2. Зміни та доповнення до цих Правил в обов'язковому порядку реєструється в Уповноваженому органі, згідно з законом. Новий текст таких Правил і Договори страхування, які укладено згідно з новим текстом Правил, набувають чинності після дати офіційної реєстрації в Уповноваженому органі.

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Базові добові страхові тарифи при добровільному страхуванню медичних витрат:

№ п.п.	Номер відповідного Розділу (пункту) Правил	Страхові випадки (витрати, які відшкодовує Страховик)	Добовий страховий тариф, % страхової суми
1.	п.4.3.1.1 – п.4.3.1.3	Амбулаторна допомога, стаціонарна допомога, швидка медична допомога	0,00080
2.	п. 4.3.1.4	Невідкладна (екстрена) стоматологічна допомога	0,000005
3.	п. 4.3.2.1	Медичне транспортування Застрахованої особи до найближчого медичного закладу або ліцензованого лікаря	0,000005
4.	п. 4.3.2.2	Медична евакуація Застрахованої особи внаслідок захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	0,000005
5.	п.4.3.2.3	Репатріація тіла Застрахованої особи у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	0,000005
6.	п. 4.3.3	Поховання Застрахованої особи в країні або місці тимчасового перебування, якщо вони не перевищують витрати на репатріацію	0,000007
7.	п. 4.3.4	Проїзд одного з близьких родичів Застрахованої особи до країни або місця тимчасового перебування Застрахованої особи та в зворотному напрямку у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі у критичному (особливо тяжкому) стані	0,000007
8.	п. 4.3.5	Проживання в готелі протягом строку, вказаного в Договорі страхування, одного з близьких родичів у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі у критичному (особливо тяжкому) стані	0,000005
9.	п. 4.3.6	Проїзд дітей віком до 14 (чотирнадцяти) років до місця постійного проживання	0,000005
10.	п. 4.3.7	Передача термінових повідомлень , пов'язаних з страховим випадком, що передаються до Асистансу або до Страховика.	0,000001
11.	п. 4.3.8	Організація передачі термінових повідомлень, пов'язаних із страховим випадком, близьким родичам Застрахованої особи	0,000001
12.	п. 4.3.9	Інші витрати	0,000002

2. В залежності від віку Застрахованої особи до базового страхового тарифу, що зазначений у п.1 цього Додатку, застосовуються коригуючі коефіцієнти в діапазоні 0,6 – 4,0.
3. В залежності від кількості Застрахованих осіб до базового страхового тарифу, що зазначений у п. 1 цього Додатку, застосовуються коригуючі коефіцієнти в діапазоні 0,7 – 1,0.
4. В залежності від занять Застрахованою особою за кордоном спортом, а також від видів спорту до базового страхового тарифу, що зазначений у п.1 цього Додатку, застосовується коригуючі коефіцієнти в діапазоні від 0,85 до 5,0.
5. В залежності від території дії Договору, до базового страхового тарифу, що зазначений у п.1 цього Додатку, застосовуються коригуючі коефіцієнти в діапазоні 0,6 – 5.
6. В залежності від розміру нормативу витрат Страховика на ведення справи до базового страхового тарифу, що зазначений у п.1 цього Додатку, застосовується корегуючі коефіцієнт в діапазоні 0,4 – 1,7.
7. В залежності від розміру страхової суми та франшизи до базового страхового тарифу, що зазначений у п.1 цього Додатку, можуть застосовуватися коригуючі коефіцієнти в діапазоні 0,5 – 3,0.
8. Коригуючі коефіцієнти, крім визначених в п.2 – 7 цього Додатку до Правил, встановлюються Страховиком в залежності від інших суттєвих факторів в діапазоні 0,3 – 3,0.
9. Базові страхові тарифи розраховані з розрахунку нормативу витрат Страховика на ведення справи 50% від величини страхового тарифу.

Актуарій
(свідоцтво № 01-018 від 19.11.15 р.)  Ю.В. Клименко

Прошиито, пронумеровано і
скріплено печаткою 16 сторінок

« 21 » грудня 20 15 року

Голова правління ПАТ «ЄК «ЮНІВЕС»



НАЦІОНАЛЬНА КОМПАНІЯ ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ЕНЕРГЕТИКИ	
ЗАРЕЄСТРОВАНЕ	
Найменування посади	
Підпис	Прізвище, ім'я та по батькові
29.12.15	21 153
Дата	Розрахунок

Усен Роман
О. Шакирзур
С. Сиренгелъ