

ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

1. В межах Класу 18 "Страховання витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі" Страховик відшкодовує такі витрати на **медичні та інші послуги**, передбачені обраною Програмою страхування, що включає:

Медичні та інші послуги	програми страхування			
	А	В	С	Д
НЕВІДКЛАДНА (швидка) допомога	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Екстрене СТАЦІОНАРНЕ лікування	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Екстрене АМБУЛАТОРНЕ лікування	ТАК	ТАК	ТАК	ні
Екстрена СТОМАТОЛОГІЧНА допомога	ТАК	ТАК	ні	ні
Медичне ТРАНСПОРТУВАННЯ	ТАК	ТАК	ні	ні
РЕПАТРІАЦІЯ останків	ТАК	ні	ні	ні

1.1 **Невідкладна (швидка) допомога**, що передбачає:

- виїзд бригади швидкої медичної допомоги державного (комунального) або відомчого медичного закладу;
- експрес діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- доставку каретою швидкої медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

Можливе надання невідкладної допомоги на базі комерційних медичних закладів у випадках, коли відсутня можливість організації допомоги в державних (комунальних) або відомчих медичних закладах, виключно за рішенням Страховика та/або Асистуючої компанії.

1.2 **Екстрене стаціонарне лікування** Застрахованої особи в державному (комунальному) або відомчому медичному закладі допоки стан її здоров'я за рішенням лікаря не дозволить евакуювати її до місця постійного проживання. Екстрене стаціонарне лікування передбачає лікування (в т.ч. перебування та харчування) в умовах стаціонару при наявності хвороб та станів, що потребують термінового стаціонарного лікування, а саме:

- консультації спеціалістів, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- консультативно-діагностичне обслуговування;
- консервативне та оперативне лікування (оперативне лікування, що проводиться негайно або в найближчі години з моменту надходження у стаціонар);
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

Страховик оплачує медичні витрати в зв'язку з екстреною госпіталізацією на термін, що не перевищує 14 (чотирнадцяти) календарних днів.

1.3 **Екстрене амбулаторне лікування** Застрахованої особи в державному (комунальному) або відомчому медичному закладі, що передбачає термінове консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, а саме:

- консультації спеціалістів, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

Можливе надання екстреної амбулаторної допомоги на базі комерційних медичних закладів (за виключенням закладів преміум рівня та брендovих клінік, таких як: клініка "Медіком", МЦ "Добробут", Універсальна клініка "Оберіг", та інш.) у випадках, коли відсутня можливість організації допомоги в державних (комунальних) або відомчих медичних закладах, виключно за рішенням Страховика та/або Асистуючої компанії. При цьому застосовується франшиза 30% вартості отриманих послуг на кожний страховий випадок.

1.4 **Екстрена стоматологічна допомога**, що передбачає термінове терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини (за виключенням проведення косметичних процедур, протезування, ортодонтичних операцій), пов'язані з:

- гострим зубним болем;
- травмами внаслідок нещасного випадку;

- ремонтом зубних протезів, пов'язаним з усуненням ускладнень, що виникають при прийнятті їжі.

Ліміт відповідальності Страховика на екстрену стоматологічну допомогу за Програмою А та Програмою В становить 1500 грн.

1.5 Медичне транспортування Застрахованої особи, що передбачає перевезення до медичного закладу відповідно до рішення лікуючого лікаря, а саме:

- перевезення Застрахованої особи з одного до іншого спеціалізованого медичного закладу на території України, якщо цього вимагає стан її здоров'я;
- медичну евакуацію Застрахованої особи до медичного закладу за місцем її постійного проживання (для громадян України) або до державного митного кордону України (для іноземців) у разі необхідності проведення подальшого стаціонарного лікування, якщо стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє її транспортування.

Рішення щодо транспортування та засобів транспортування Застрахованої особи мають право прийняти тільки лікарі, які уповноважені Асистуючою компанією, після консультації з лікуючими лікарями.

1.6 Репатріація останків Застрахованої особи, що передбачає:

- транспортування останків Застрахованої особи до місця її постійного проживання (для громадян України) або до державного митного кордону України для передачі родичам (для іноземців) у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок непередбаченого гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку. Страховик не оплачує витрати на похорон і заупокійну службу; або
- оплату Страховиком витрат на поховання Застрахованої особи на території місця тимчасового перебування. При цьому, такі витрати на поховання не повинні перевищувати вартості перевезення останків.

2. В межах Класу 1 "Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)" розмір страхової виплати визначається таким чином:

- у випадку **смерті** –100% відповідної страхової суми;
- у випадку **травматичних ушкоджень** – у розмірах, визначених у Таблиці 1 страхових виплат за травматичне ушкодження (Додаток 1 до ЗУСП-Оферти) відповідної страхової суми.

Якщо, при страхуванні від нещасних випадків, відбулось травматичне ушкодження і була здійснена страхова виплата, а надалі за наслідками цього ж нещасного випадку настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата здійснюється в розмірі, передбаченому у випадку смерті Застрахованої особи за вирахуванням раніше проведеної страхової виплати.

Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що мав місце в період дії Договору, визнається страховим випадком протягом 6 (шести) місяців з дня настання такого нещасного випадку незалежно від дати закінчення строку дії Договору.

2. Страховик здійснює страхову виплату в межах лімітів, передбачених Договором, за вирахуванням сум, відшкодованих: третіми особами; іншим страховиком за цим страховим випадком, якщо збитки застраховано у кількох страховиків на умовах, передбачених Договором.

3. Страхова виплата здійснюється шляхом:

3.1 перерахування коштів на рахунок Асистуючої компанії, медичного або іншого закладу, який надав медичні, медико-транспортні послуги, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної або іншої допомоги;

3.2 відшкодування Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних та медико-транспортних послуг у разі самостійної їх оплати, за умови попереднього узгодження з Асистуючою компанією або Страховиком такої оплати;

3.3 сплати Вигодонабувачу Застрахованої особи розміру виплати за розлад здоров'я чи смерть внаслідок нещасного випадку.

4. У випадках, передбачених п.п.3.2-3.3 страхова виплата здійснюється таким чином:

4.1 протягом **10 (десяти) робочих днів** з дня отримання всіх необхідних документів, Страховик складає страховий акт та приймає обґрунтоване рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті;

4.2 якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Застрахованою особою

документів, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, що володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати **90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання останнього документа**;

4.3 страхова виплата здійснюється впродовж **7 (семи) робочих днів** з дня підписання страхового акта.

5. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом **7 (семи) робочих днів** з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Застраховану особу (її Вигодонабувача, Страхувальника), в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

6. Загальна сума виплат за один або декілька страхових випадків, що сталися протягом строку дії Договору, не може перевищувати відповідної страхової суми, визначеної ним. Якщо загальна сума виплат за страховими випадками досягла відповідної страхової суми, то дія Договору по відношенню до такої Застрахованої особи за відповідним видом страхування припиняється.