

СЕРТИФІКАТ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

до Генерального договору комплексного добровільного страхування подорожуючих за кордоном №1619/300/000001
укладеного на підставі Заяв на страхування вкладених у Договорі на туристичне обслуговування
до Ваучеру № 000000
Період страхування: 24.03.2012 - 31.03.2012



SURNAME, NAME

SURNAME, NAME

П.І.(Застрахованої особи)

Страховик – ПАТ «Страхова компанія «Універсальна», 01030, м. Київ, вул. Богдана Хмельницького, 48-А, тел./факс +38 (044) 281 61 50, 281 61 55, office@universalna.com.ua; www.universalna.com, СЛУЖБА ПІДТРИМКИ: 0 800 500 381

Страховальник - ТОВ «ТЕЗ Тур», 03150, Україна, м. Київ, вул. Червоноармійська, 63, оф. 2, т. +38 (044) 531-98-00, 390-50-00, kiev@teztour.com, www.teztour.com

Страхова сума при страхуванні медичних витрат - 15 000,00 дол. США (на одну Застраховану особу).

Страхова сума при страхуванні від нещасних випадків - 1 000,00 грн. (на одну Застраховану особу).

Територія дії Договору - Єгипет, Туреччина.

Строк дії Договору - зазначено у Ваучері як дата прибуття - день початку дії Договору, дата від'їзду - день закінчення дії Договору.

Страховий захист починається з моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при в'їзді за кордон або з 00 годин за Київським часом дня, вказаного як початок дії Договору (за датою, що настала пізніше).

Страховий захист закінчується в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при поверненні з-за кордону або о 24 годині за Київським часом дня, вказаного як кінець дії Договору (за датою, що настала раніше).

У ВИПАДКУ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ВАМ НЕОБХІДНО:

1. Перед тим, як звернутися по допомогу до відповідного закладу чи лікаря, негайно, в будь-який час доби, повідомити про подію Спеціалізовану Службу Страховика по

В ЄГИПТІ (Remed Assistance) +2 02 241 37 305 (з мобільного) 02 241 37 305 (зі стаціонарних телефонів в ЄГИПТІ)	В ТУРЕЧЧИНІ (Remed Assistance) +90 242 310 28 47 (з мобільного) 0 242 310 28 47 (зі стаціонарних телефонів в ТУРЕЧЧИНІ)
---	--

2. При зверненні до Спеціалізованої Служби Страховика необхідно повідомити наступну інформацію:

2.1. прізвище, ім'я Застрахованої особи;

2.2. місцезнаходження і номер контактного телефону;

2.3. номер Ваучера;

2.4. детальний опис випадку і характер необхідної допомоги;

2.5. строк дії Договору по відношенню до Застрахованої особи

та виконувати вказівки Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика).

3. Якщо таке повідомлення неможливо здійснити з об'єктивних причин до моменту отримання медичних чи додаткових послуг, це необхідно зробити з першою ж нагодою, не пізніше 24 годин, як тільки ці причини перестануть діяти. До об'єктивних причин в цьому випадку належать:

3.1. відсутність діючих засобів зв'язку в місці перебування Застрахованої особи;

3.2. непридатний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси).

4. У разі самостійної оплати Застрахованою особою наданих медичних чи додаткових послуг Страховик відшкодовує письмово обґрунтовані та підтверджені відповідними документами витрати, що не перевищують 100 євро. Витрати, що перевищують зазначений ліміт, Страховик має право не відшкодовувати, якщо з ним або Спеціалізованою Службою Страховика не було попередньо письмово погоджено здійснення таких витрат.

Витяг з Генерального договору комплексного добровільного страхування подорожуючих за кордоном №1619/300/000001:

2. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА СТРАХОВИХ РИЗИКІВ

2.2. Частина страхування медичних витрат

2.2.1. За умовами цього Договору страховою подією є:

2.2.1.1. раптове захворювання Застрахованої особи, що настало під час подорожі у період та на території дії Договору;

2.2.1.2. тілесне ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що настало під час подорожі у період та на території дії Договору;

2.2.1.3. смерть Застрахованої особи внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку, що настала під час подорожі у період та на території дії Договору.

2.2.2. Страховими випадками є документально підтверджені витрати на надані Застрахованій особі медичні та додаткові послуги:

2.2.2.1. швидкої медичної допомоги або перевезення транспортним засобом до найближчого медичного закладу, якщо цього потребує стан здоров'я Застрахованої особи;

2.2.2.2. амбулаторного лікування в медичному закладі або у ліцензованого лікаря, а саме: необхідні консультації, діагностику, лікування, оплату призначених медикаментів;

2.2.2.3. стаціонарного лікування в медичному закладі, а саме: необхідні консультації, діагностику, лікування, оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятим у даному медичному закладі;

2.2.2.4. екстреної стоматологічної допомоги на суму не більше 100 доларів США, а саме: екстреної стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, вилучення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин губа та/або прилеглик до нього тканин, або щелепного травми, отриманого внаслідок нещасного випадку;

2.2.2.5. екстреної медичної евакуації з-за кордону до лікарні, найближчої до місця постійного проживання в Україні, якщо необхідність евакуації підтверджується відповідними документами, а також транспортні витрати на супроводжуючу особу за наявності медичної довідки про необхідність супроводу;

Медична евакуація Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком).

Страховик залишає за собою право відшкодовувати витрати на лікування Застрахованої особи доти, доки лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), не засвідчать, що стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє перевезти її в Україну для продовження лікування.

Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону.

Якщо лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), вважають, що евакуація Застрахованої особи можлива, а Застрахована особа відмовляється від неї, Страховик негайно припиняє оплату послуг за амбулаторне або стаціонарне лікування Застрахованої особи;

2.2.2.6. репатріації тіла до митного пункту України у випадку смерті Застрахованої особи під час подорожі внаслідок настання страхової події;

Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком). Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлого запис-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи після перетину кордону.

2.2.2.7. телефонного зв'язку Застрахованої особи або особи, що представляє її інтереси, із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком) з приводу повідомлення про страховий випадок.

2.2.2.8. поховання Застрахованої особи за кордоном або кремація тіла Застрахованої особи за кордоном.

При цьому відшкодовуються витрати на суму не більше 500 євро.

Страховик не відшкодовує витрати на отримання дозволу від адміністративних органів країни.

2.2.2.9. Для Застрахованих осіб старше 30 років підтвердженнями страхових випадків є документально підтверджені витрати на надані Застрахованій особі медичні та додаткові послуги за п.2.2.2.5.-2.2.2.8. Договору

2.2.2.10. Страховик не відшкодовує витрати, пов'язані з лікуванням захворювань чи наслідків травми, по яких встановлено групу інвалідності, за винятком надання медичної допомоги при невідкладних станках.

2.3. Частина страхування від нещасних випадків:

2.3.1. Нещасним випадком вважається раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи (Страховальника, Вигодонабувача) подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я і/або смерть Застрахованої особи, а саме: травматичні пошкодження організму (травми, в тому числі від вогнепальної зброї), поранення, контузії, анафілактичний шок, випадкове потраплення в дихальні шляхи чужорідного тіла, утоплення, ураження блискавкою або електричним струмом, опіки, обмороження, перегрівання, переохолодження, укуси тварин, отруйних комах, шпій тощо,

випадкове отруєння газами, побутовими або промисловими хімічними речовинами, ліками, недоброякісними продуктами харчування (за винятком інфекційних хвороб), такі захворювання, як сказ, правець, ботулізм, маларія, а також енцефаліт, що передається укусами кліщів.

2.3.2. Страховими випадками є:

2.3.2.1. травматичні ушкодження організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку незалежно від ступеню непридатності Застрахованої особи;

2.3.2.2. стійка непридатність Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (встановлення інвалідності I-ої, II-ої, III-ої груп);

2.3.2.3. смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

6. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВІПЛАТІ

6.1. Частина страхування медичних витрат

6.1.1. Страховик не відшкодовує витрати, пов'язані з:

6.1.1.1. лікуванням хронічних захворювань, вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень;

6.1.1.2. новоутвореннями;

6.1.1.3. психічними захворюваннями, а також пов'язаними з ними травматичними пошкодженнями;

6.1.1.4. венеричними захворюваннями та хворобами, які передаються статевим шляхом;

6.1.1.5. туберкульозом;

6.1.1.6. хворобами крові та кровотворних органів, імунodefіцітними станками;

6.1.1.7. епідемічними та пандемічними хворобами;
6.1.1.8. гострою та хронічною променевою хворобою;
6.1.1.9. вагітністю (за виключенням позаматкової вагітності), пологами, перериванням вагітності;
6.1.1.10. будь-якими розладами здоров'я, ускладненнями або смертю, що сталися через невиконання рекомендацій лікувального лікаря, побічними діями ліків, що не були призначені лікарем, побічними діями харчових добавок;
6.1.1.11. захворюваннями або наслідками (ускладненнями) захворювань на вірусні гепатити;
6.1.1.12. захворюваннями та розладами органів слуху (крім отитів);
6.1.1.13. грибковими та дерматологічними хворобами (крім інфекційних захворювань шкіри), в тому числі алергічними (крім набряку Квінке) та харчовими дерматитами, викликаними впливом ультрафіолетового випромінювання, сонячними опіками;
6.1.1.14. подіями, що виникли до початку строку страхування та або на території постійного місця проживання, що призвели до медичних та додаткових витрат під час подорожі;
6.1.1.15. подіями, що виникли після закінчення дії Договору, а також тими, що мали місце після повернення Застрахованої особи з подорожі;
6.1.1.16. амбулаторним або стаціонарним лікуванням Застрахованої особи, якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання;
6.1.1.17. медичними оглядами, що не є наслідками гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження, а також наданням послуг, що не є обгрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, чи не входять у призначення лікарем лікування;
6.1.1.18. послугами, які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведенні хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування;
6.1.1.19. проведенням профілактичних вакцинацій, лікарських експертів та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;
6.1.1.20. всіма видами пластичних та косметичних операцій та процедур, всіма видами протезування;
6.1.1.21. наданням стоматологічної допомоги за винятком екстреної допомоги (зняття гострого болю);
6.1.1.22. фізіотерапевтичним лікуванням, та лікуванням нетрадиційними методами;
6.1.1.23. придбанням та ремонтом допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, вимірвальних приладів тощо), придбанням загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, забезпеченням дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;
6.1.1.24. штучним заплідненням, лікуванням бешкетів, заходами по запобіганню вагітності;
6.1.1.25. медичними або додатковими послугами чи медикаментозним забезпеченням, що перевищують достатні та обгрунтовані розміри оплати для країни перебування;
6.1.1.26. медичною евакуацією або репатріацією, організованою без участі Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика);
6.1.1.27. витратами, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування.
6.1.2. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання.

9. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

9.1. У випадку, якщо Застрахована особа користувалася медичними чи додатковими послугами, організованими Спеціалізованою Службою Страховика, розрахунки за надані послуги здійснюються безготівковим розрахунком відповідно до умов укладених зі Спеціалізованою службою Страховика договори.
9.2. У випадку, якщо Застрахована особа (Страховальник) самостійно оплатила вартість медичних чи додаткових послуг, страхова виплата здійснюється Застрахованої особі (Страховальнику/Вигодонабувачу) на підставі наступних документів:
9.2.1. заява на отримання страхової виплати за встановленою Страховиком формою, що подається протягом 15 (п'ятнадцяти) днів після закінчення подорожі або лікування;
9.2.2. Сертифікату та Ваучера;
9.2.3. закордонного паспорта (або дитячого проїзного документа) Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю;
9.2.4. документа, що посвідчує особу (паспорт - копія 1-2 та 11 сторінок);
9.2.5. довідки про присвоєння ідентифікаційного номера.
При настанні страхового випадку в частині страхування медичних витрат
9.2.6. довідки-рахунку з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначенням: прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, призначені медикаментозно-діагностичні засоби із зазначенням їх кількості та вартості;
9.2.7. рецептів, виписаних Застрахованої особі лікувальним лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;
9.2.8. деталізованих рахунків за інші послуги з розбіркою їх за датами та вартістю, вказавши загальною сумою дооплати;
9.2.9. деталізованих рахунків за телефонні розмови (факсимільні повідомлення), на яких зазначено номер телефону, дату, час та вартість кожної розмови;
9.2.10. документів, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, розписки про отримання грошей, банківські квитанції з зазначеною сумою на переказ тощо);
При настанні страхового випадку в частині страхування від нещасних випадків:
9.2.11. офіційного протоколу або довідки про настання нещасного випадку;
При травматичному ушкодженні організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку незалежно від ступеню непрацездатності Застрахованої особи:
9.2.12. довідки з медичного закладу із зазначенням прізвища Застрахованої особи, діагнозу, дати звернення та тривалості лікування, засвідченої підписом, печаткою відповідальної особи (лікувального лікаря) та штампом медичного закладу;
у разі стійкої непрацездатності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (встановлення інвалідності I-ої, II-ої, III-ої груп);
9.2.13. висновку лікарсько-консультативної комісії (ЛКК) про встановлення перманентної інвалідності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (для Застрахованих осіб віком до 16 років);
9.2.14. висновку медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) про встановлення перманентної інвалідності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (для Застрахованих осіб, старших 16 років);
у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку:
9.2.15. свідоцтва про смерть;
9.2.16. висновку відповідальної установи, що підтверджує факт смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
9.2.17. свідоцтва про право на спадщину;
9.2.18. інших документів за вимогою Страховика.

9.3. Розмір страхової виплати в частині страхування медичних витрат визначається Страховиком, виходячи з вартості медичної допомоги, наданої Застрахованої особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору, але у будь-якому випадку, не більше страхової суми (ліміту страхової суми), зазначеної (визначеної) в Договорі.
9.4. Страховик здійснює страхову виплату при настанні нещасного випадку Застрахованої особи Вигодонабувачу;
9.4.1. При травматичному ушкодженні організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку незалежно від ступеню непрацездатності Застрахованої особи - по "Таблиці виплат" (Додаток №2 до Правил добровільного страхування від нещасних випадків);
9.4.2. у разі стійкої непрацездатності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (встановлення інвалідності I-ої, II-ої, III-ої груп):
- Застрахованої особи до 16 (шістнадцяти) років - 100% страхової суми;
- Застрахованої особи, старшої 16 (шістнадцяти) років:
I групи - 100% страхової суми;
II групи - 80% страхової суми;
III групи - 60% страхової суми.
9.4.3. у разі смерті Застрахованої особи - 100% страхової суми - Вигодонабувачу.
9.5. З урахуванням обставин порі, що відбулась, Страховик має право вимагати додаткові документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, обставин його настання, розмір витрат та виконання Страховальником умов Договору.
9.6. Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) банківських днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати.
9.7. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, наданих в порядку, передбаченому умовами по конкретному виду страхування.
9.8. Усі документи, що надаються Страховнику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки/підписи, а також назву, адресу та контактний телефон організації, що видала документ.
9.9. Усі документи надаються Страховнику у формі оригінального або нотаріально засвідченого примірника, або простої копії за умови надання можливості звірки цієї копії з оригінальним примірником документа.
9.10. Усі документи надаються Страховнику українською, англійською, французькою, німецькою, польською або російською мовами. Якщо документи складені іншими мовами, Застрахована особа має надати офіційний переклад цих документів українською мовою.
9.11. Документи надаються офіційному представникові Страховика або безпосередньо Страховнику за адресою, вказаною у Сертифікаті.
9.12. За наявності підстав для сумніву щодо обгрунтованості (законності) страхової виплати Страховик може відкласти рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин на строк не більше 45 (сорока п'яти) робочих днів.
9.13. Про відмову у здійсненні страхової виплати або прийняття рішення про відстрочку виплати Страховик письмово повідомляє Застраховану особу протягом 5 (п'яти) робочих днів з викладенням мотивації прийнятого рішення або обгрунтуванням причин відмови.
9.14. Страхові виплати Застрахованим особам (Страховальнику/Вигодонабувачу) здійснюються в національній валюті України за курсом НБУ на день виплати.
9.15. Сума страхової виплати не може перевищувати страхову суму (ліміт страхової суми), встановлену по конкретному виду страхування для Застрахованої особи.
9.16. Страхова сума по конкретному виду страхування зменшується на суму здійсненої Страховиком страхової виплати. Страховик не несе відповідальності і не відшкодовує ту частину збитків, що перевищує страхову суму (відповідний ліміт відповідальності) за Страховим сертифікатом.
9.17. Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медичної та іншої допомоги та послуг, застраховані у кількох страховиках, то у разі настання страхового випадку страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати дійсних витрат. При цьому кожний страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування.

10. ЗАГАЛЬНІ ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

10.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:
10.1.1. наявність дії або бездіяльності Страховальника (Застрахованої особи), спричиненої на настанні страхового випадку, крім дій, вчинених у стані необхідної самооборони (без перевищення її меж) або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
10.1.2. подання Страховальником (Застрахованою особою) завідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;
10.1.3. створення Страховиком перешкоди у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
10.1.4. неповідомлення або несвочасне повідомлення Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика) про настання страхового випадку без поважних на це причин або несвочасне подання документів Страховнику для отримання страхової виплати (страхового відшкодування);
10.1.5. невиконання Страховальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором;
10.1.6. невиконання або порушення вказівок Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика);
10.1.7. отримання Страховальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх забороні;
10.1.8. відмова Страховальника від обстеження або експертизи, призначеної Страховиком з метою підтвердження факту та обставин настання страхового випадку та розміру витрат;
10.1.9. інші випадки, передбачені законом.
10.2. Не визнаються страховими випадками порі, які настали внаслідок:
10.2.1. війни (оголошеної чи неоголошеної), бойових або військових дій, громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану, дій ядерного інциденту чи іонізуючого випромінювання;
10.2.2. вчинення самогубства або замаху на самогубство Застрахованою особою (за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб);
10.2.3. вчинення Застрахованої особи при здійсненні або спробі здійснення нею протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами;
10.2.4. маражання Застрахованої особи на несправданій ринку, свідому небезпеку (за винятком ризиків життя);
10.2.5. вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин;
10.2.6. виконання Застрахованою особою будь-якого виду небезпечної роботи, зняття професійних або аматорських спортом, альпінізмом, підводним плаванням, спелеологією, стрибками у воду, будь-якими формами польотів, зимовими видами спорту, внаслідок участі в змаганнях, автогонках, якщо додатковий ризик не був оплачений додатковою страховою премією.