

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Голова Правління
Публічне акціонерне товариство «Страхова
компанія «Поінт»


Д.В. КУЧЕР



ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

місто Київ – 2011

ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Дані «Правила добровільного страхування медичних витрат» (далі - Правила) розроблені у відповідності до законодавства України і регулюють правовідносини між суб'єктами Договору страхування при його укладанні та в період його дії.

В цих Правилах, а також в Договорах страхування (далі – Договір, Договори), які будуть укладені на їх підставі, використовуються наступні терміни:

СТРАХОВИК – Публічне акціонерне товариство «Страхова компанія «Поїнт», що приймає на себе за Договором страхування за визначену винагороду (страхову премію) зобов'язання відшкодувати витрати, пов'язані з наданням Застрахованій особі невідкладних медичних та інших послуг, що виникли в результаті страхового випадку, передбаченого умовами Правил та Договору страхування.

СТРАХУВАЛЬНИК - юридична особа, яка організує поїздку або подорож фізичних осіб (Застрахованих осіб) за кордон, або дієздатна фізична особа, що уклала договір страхування на свою користь або на користь третіх осіб (далі – Застраховані особи).

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА - фізична особа, зазначена в договорі страхування та знаходиться під страховим захистом.

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ - письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у визначений договором строк та виконувати інші умови договору.

СТРАХОВА СУМА - грошова сума, в межах якої Страховик, згідно умов договору страхування, зобов'язаний здійснити виплату страхового відшкодування при настанні страхового випадку.

СТРАХОВА ПРЕМІЯ (ПЛАТІЖ, ВНЕСОК) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику, згідно з договором страхування.

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

СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ – страхова виплата, яка здійснюється Страховиком у межах страхової суми за договором страхування при настанні страхового випадку.

ФРАНШИЗА – частина збитків, що не відшкодовується страховиком згідно з договором страхування.

СТРАХОВИЙ РИЗИК – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

СТРАХОВИЙ ВИПАДОК - подія, передбачена договором страхування, яка відбулась під час дії договору страхування, документально підтверджена, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) або іншій особі, яка визначена у договорі страхування (сервісній компанії (службі)).

РАПТОВЕ ГОСТРЕ ЗАХВОРЮВАННЯ – гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або гострим станом Застрахованої особи, що становить загрозу її життю та здоров'ю та вимагає надання негайної медичної допомоги.

ЗАГРОЗА ЖИТТЮ ТА ЗДОРОВ'Ю – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання, або смерті Застрахованої особи.

НЕЦАСНИЙ ВИПАДОК - раптова, випадкова, ненавмисна та незалежна від волі Застрахованої особи короткочасна подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи, а саме: травматичне пошкодження, утоплення, опіки та обмороження, переохолодження, удар блискавкою чи електричним струмом, випадкове гостре отруєння хімічними речовинами, харчовими продуктами, ліками тощо, укуси тварин, комах, змій.

НАВМИСНІ ДІЇ - дії Страхувальника (Застрахованої особи), здійснюючи які він передбачає та свідомо бажає завдання шкоди собі та/або третій особі.

ГОСТРИЙ БІЛЬ – реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

БЛИЗЬКІ РОДИЧІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ - чоловік/дружина, діти, мати, батько, рідні брати або сестри Застрахованої особи.

СЕРВІСНА КОМПАНІЯ (СЛУЖБА) — асисстанська компанія, що діє від імені та за дорученням Страховика по організації необхідної допомоги Застрахованим особам та координує їх дії при настанні надзвичайної події, що може бути визнана страховим випадком

КРАЇНА ПЕРЕБУВАННЯ — територія іноземної держави, на якій знаходиться Застрахована особа в період дії договору страхування. Під час дії договору страхування Застрахована особа може відвідувати декілька іноземних країн, при цьому договір страхування буде діяти на території кожної з цих країн.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Дані Правила розроблені у відповідності до Закону України "Про страхування".

1.1. Страховик укладає договори страхування витрат Застрахованих осіб за оплату вартості наданих невідкладних медичних та інших послуг під час перебування на території, зазначеній в Договорі страхування як територія страхування.

1.2. Згідно з умовами Договору страхування, що укладений у відповідності до цих Правил, Страховик зобов'язується відшкодувати сервісній компанії (службі), або Застрахованій особі витрати, пов'язані з надзвичайними подіями під час поїздки Застрахованої особи.

1.3. За даними Правилами передбачається укладання Договору страхування як окремої фізичної особи, так і групи осіб.

1.4. Дані Правила регулюють загальні умови страхування та порядок укладення Договору страхування. Конкретні умови страхування визначаються при укладанні Договору страхування за згодою Сторін на підставі цих Правил та не суперечити чинному законодавству України.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування за цими Правилами є майнові інтереси Страхувальника, що не суперечать закону і пов'язані з відшкодуванням збитків, а саме:

2.1.1. оплату витрат за невідкладні медичні послуги надані Страхувальнику (Застрахованій особі);

2.1.2. витрат, пов'язаних із транспортуванням Застрахованої особи у випадку, якщо цього вимагає стан її здоров'я;

2.1.3. репатріацією тіла померлої Застрахованої особи;

2.1.4. адміністративними та юридичними послугами, що були надані Застрахованій особі під час знаходження на території страхування.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

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

3.1. Страховим ризиком, згідно з цими Правилами, є нижченаведені раптові та незалежні від волі Застрахованої особи надзвичайні події, що настали під час дії договору страхування:

3.1.1. Раптове гостре захворювання Застрахованого або розлад здоров'я, що стався несподівано і становить загрозу для життя та здоров'я Застрахованої особи та потребує невідкладної медичної допомоги.

3.1.2. Розлад здоров'я, тілесні ушкодження Застрахованої особи у зв'язку з нещасним випадком, що становлять загрозу для життя Застрахованої особи та потребують невідкладної медичної допомоги.

3.1.3. Смерть Застрахованої особи у зв'язку з раптовим гострим захворюванням або нещасним випадком.

3.1.4. Організація послуг, передбачених договором страхування у зв'язку із надзвичайними подіями, що викладені у п. 3.1.1.- 3.1.3. цих Правил: розміщення у готелі, замовлення водія або автомобіля з водієм тощо.

3.2. Страховим випадком, згідно з цими Правилами є:

3.2.1. Виникнення в період дії Договору страхування витрат Застрахованої особи за оплату вартості наданих їй під час поїздки Україною невідкладних медичних та інших послуг, передбачених Договором страхування, якщо ці послуги були надані Застрахованій особі у зв'язку з надзвичайними подіями, які перераховані у пп. 3.1.1.- 3.1.3. цих Правил.

3.2.2. Пред'явлення вимоги на оплату вартості послуг, передбачених Договором страхування, які були надані у зв'язку із смертю Застрахованої особи під час дії Договору страхування внаслідок раптового гострого захворювання або нещасного випадку.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Страховик не відшкодовує витрати:

4.1.1. Пов'язані з хронічними захворюваннями (лікування, придбання медикаментів) та наслідками таких захворювань, які існували на момент укладання договору страхування, крім випадків ліквідації гострої смертельної небезпеки або цілеспрямованих заходів по ліквідації гострого болю.

4.1.2. На лікування сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання.

4.1.3. На лікування алергічних реакцій та захворювань, крім випадків, коли вони становлять загрозу життю Застрахованої особи.

4.1.4. На лікування нервових та психіатричних захворювань.

4.1.5. На лікування онкологічних захворювань.

4.1.6. Пов'язані з лікуванням СНІДу та його наслідків.

4.1.7. На лікування гострої або хронічної ниркової недостатності, яка потребує проведення гемодіалізу.

4.1.8. Пов'язані з лікуванням венеричних захворювань та захворювань, що передаються статевим шляхом.

4.1.9. На проведення абортів, крім випадків, коли аборт визнаний необхідним з медичної точки зору, а також витрати, пов'язані з вагітністю, пологами та їх ускладненнями після 7-го місяця вагітності.

4.1.10. На протезування зубів та стоматологічну допомогу, яка перевищує необхідну допомогу для зняття гострого болю.

4.1.11. На надання послуг лікувальним закладом або особою, які не мають відповідної ліцензії.

4.1.12. На штучне запліднення, лікування безпліддя, витрати по запобіганню вагітності.

4.1.13. Планові обстеження зору та слуху.

4.1.14. Якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування.

4.1.15. Компаньйонів або членів родини Застрахованої особи під час госпіталізації Застрахованої особи.

4.1.16. Витрати, не передбачені Договором страхування.

4.1.17. Витрати, пов'язані з форс-мажорними обставинами, які передбачені Договором страхування.

4.2. Страховим випадком не визнаються і виплата страхового відшкодування не проводиться, якщо випадок є наслідком:

4.2.1. Вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних або токсичних речовин.

4.2.2. Навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень.

4.2.3. Самогубства або замаху на самогубство.

4.2.4. Учасі у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту).

4.2.5. Учасі у військових діях будь-якого роду, народних заворушеннях, повстаннях.

4.2.6. Терористичних актів.

4.2.7. Прямої чи непрямой дії радіоактивного випромінювання, хімічного, бактеріологічного забруднення.

4.2.8. Керування Застрахованою особою засобами наземного або водного транспорту без відповідного посвідчення або передачі нею керування особі, яка не має відповідного посвідчення або знаходилась у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння.

4.3. Якщо Договором страхування не передбачено інше, не відшкодовуються витрати:

4.3.1. На водолікування, геліотерапію та косметичне лікування, якщо воно не обумовлено травмою, одержаною під час нещасного випадку у період страхування.

4.3.2. На придбання та ремонт допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів і т.і.), якщо воно не обумовлено страховим випадком, що стався в період дії Договору страхування.

4.3.3. На послуги нетрадиційної медицини.

4.3.4. На послуги, пов'язані з наданням додаткового комфорту під час надання необхідних медичних послуг, а саме: радіоприймач, телевізор, а також послуг перукаря або косметолога тощо.

4.3.5. На виконання будь-якої небезпечної роботи по найму.

4.3.6. На заняття спортом на професійному рівні (включаючи змагання та тренування).

4.3.7. На заняття небезпечними видами спорту: контактні види бойових мистецтв, альпінізм, дельтапланеризм, рафтинг, підводне плавання та тому подібними.

4.3.8. На реабілітаційну терапію та фізіотерапію.

4.4. Договір страхування не укладається стосовно осіб віком до 1 року та старше 80 років.

5. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВА ПРЕМІЯ, СТРАХОВИЙ ТАРИФ

5.1. Страхова сума встановлюється у Договорі страхування за згодою Сторін.

5.2. Розмір страхової премії встановлюється в залежності від розміру страхової суми, строку страхування та інших умов Договору страхування. Страховий тариф встановлюється в відсотках від страхової суми. Базові страхові тарифи, що застосовуються при укладанні договорів страхування на підставі цих Правил, зазначені в Додатку 1 до цих Правил.

5.3. Страхові премії вносяться Страхувальником одноразовим платежем за весь строк страхування, якщо інше не передбачено у Договорі. Страхувальник сплачує страхову премію Страховику або його представнику готівкою або по безготівковому рахунку у відповідності з діючим законодавством України.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування укладається строком до 1 (одного) року, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Договір страхування може укладатися на строк окремої конкретної поїздки.

6.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування та закінчується не пізніше вказаної в Договорі страхування дати закінчення дії Договору.

6.3. Територія дії Договору страхування – Україна, якщо інше не передбачено умовами договору страхування. У будь-якому випадку дія договору страхування не може поширюватись на територію зон військових дій.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування укладається на основі усної або письмової заяви Страхувальника.

7.2. При укладанні договору страхування Страхувальник надає Страховику всі дані, необхідні для укладання Договору страхування відносно кожної Застрахованої особи, а саме:

7.2.1. ідентифікаційні відомості (П.І.Б., дата народження, паспортні дані, ІНН, адреса постійного проживання);

7.2.2. ідентифікаційні відомості щодо одержувача страхового відшкодування (Вигодонабувача);

7.2.3. інформацію про обставини, що впливають на ступінь ризику при укладанні Договору страхування (заняття спортом, місце, час перебування, дати початку і завершення поїздки тощо).

7.3. Якщо Договір страхування укладається стосовно декількох осіб, то до нього додається список Застрахованих осіб, що є невід'ємною частиною цього Договору.

7.4. При укладанні Договору страхування разом із Заявою та інформацією відносно кожної Застрахованої особи (п.7.2. Правил), Страхувальник повинен надати Страховику документи для ідентифікації Страхувальника:

7.4.1. для фізичної особи – резидента України:

- копію паспорту (перша, друга сторінка і сторінка з зазначенням місця проживання);
- ідентифікаційний код (копія).

7.4.2. для фізичної особи – нерезидента України:

- копію паспорту (сторінки з зазначенням ПШБ, дати народження, серії та номеру паспорту, дати видачі та орган, що його видав, сторінка зі штампом, що підтверджує реєстрацію проживання чи тимчасового перебування). У разі відсутності штамп реєстрації необхідно взяти копію сторінки паспорту з відміткою митного органу про останню дату перетину кордону України.

7.4.3. для юридичної особи – резидента України:

- копію свідоцтва про державну реєстрацію;
- копію першої та другої сторінки Статуту;
- інформацію щодо посадових осіб та їх повноважень (довіреність, наказ, інший документ, що дає право підпису Договору страхування);
- копію довідки про присвоєння ідентифікаційного коду згідно з Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).

7.4.4. для юридичної особи – нерезидента України:

- копію легалізованого витягу торгівельного, банківського чи судового реєстру або засвідчене нотаріально реєстраційне посвідчення уповноваженого органу іноземної держави про реєстрацію відповідної юридичної особи.

Ідентифікація особи не є обов'язковою у разі здійснення фінансової операції особою, що була ідентифікована раніше.

7.5. Факт укладання Договору страхування може засвідчуватись страховим полісом, що видається Страховиком Страхувальнику.

7.6. Укладання Договору страхування засвідчується підписами Страхувальника та уповноваженої особи Страховика і печаткою Страховика, а у випадку, коли Страхувальником є юридична особа – підписом уповноваженої особи Страхувальника і

печаткою Страхувальника.

8. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Договір страхування припиняє свою дію за згодою сторін, а також у випадках:

- закінчення строку дії договору;
- виконання Страховиком фінансових зобов'язань по договору у повному обсязі;
- несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки.

При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору;

- 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»;

- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
- в інших випадках, передбачених законодавством України.

8.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено Договором страхування. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

8.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхового відшкодування, 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.

8.4. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за час дії Договору з вирахуванням витрат на ведення справи, визначеної нормативом у розмірі страхового тарифу, виплат страхових відшкодувань, що були здійснені за цим Договором страхування.

8.5. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повернути Страховику оригінал цього Договору.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

9.1.1. На відшкодування витрат, визначених Договором страхування у відповідності з Правилами, за одержані медичні та інші сервісні послуги.

9.1.2. Вимагати від Страховика своєчасних виплат страхового відшкодування у строки, визначені Договором страхування. За несвоєчасну виплату страхового відшкодування з вини Страховика Страхувальнику (Застрахованій особі) виплачується пеня за кожний день прострочення платежу в розмірі, визначеному Договором страхування.

9.1.3. Ознайомитися з умовами Договору страхування та Правилами страхування.

9.1.4. ініціювати зміни до Договору страхування, які стосуються строку страхування, розміру страхової суми, програми страхування.

9.1.5. При укладанні Договору страхування призначити для отримання страхового відшкодування Вигодонабувача (Вигодонабувачів).

9.1.6. Оскаржити відмову Страховика про виплату страхового відшкодування в судовому порядку.

9.1.7. Одержати дублікат Договору страхування у випадку його втрати.

9.1.8. Застрахувати додаткову кількість осіб або припинити дію Договору страхування відносно частини Застрахованих осіб, про що вносяться відповідні зміни до Договору страхування.

9.2. Страховик має право:

9.2.1. Перевіряти інформацію, що повідомив Страхувальник, а також виконання Страхувальником вимог та умов Договору страхування.

9.2.2. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.

9.2.3. Надсилати запити в компетентні органи та одержувати додаткові документи, необхідні для визнання події страховим випадком.

9.2.4. Відмовити у виплаті страхового відшкодування на умовах, передбачених законодавством, умовами цих Правил та Договору страхування. Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування Страховик зобов'язаний прийняти на протязі 10 робочих днів після надання Страхувальником (Застрахованою особою) всіх необхідних документів.

9.2.5. Відстрочити виплату страхового відшкодування у разі, коли:

- не повністю з'ясовані обставини страхового випадку, розмір збитків, обставини, які підтверджують право Страхувальника (Вигодонабувача) на одержання відшкодування - до з'ясування таких обставин, але не більш, ніж на 90 днів з дати отримання Страховиком повного пакету документів (розділ 11 цих Правил);

- проти Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача порушена кримінальна справа, що має безпосереднє відношення до страхового випадку – до винесення остаточного рішення по даній кримінальній справі;

- в інших випадках, зазначених в Договорі страхування – однак не більше, ніж на 90 днів, з дати настання страхового випадку;

9.2.6. Пред'явити позов – відповідно до чинного законодавства до особи, яка винна в настанні страхового випадку.

9.3. Страхувальник зобов'язаний:

9.3.1. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо Застрахованої особи щодо цього предмету страхування.

9.3.3. При укладанні договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

9.3.4. Своєчасно вносити страхові платежі.

9.3.5. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків внаслідок настання страхового випадку.

9.3.6. При настанні страхового випадку діяти у відповідності до умов та вимог, що викладені у статті 10 даних Правил.

9.3.7. Погоджувати зі Страховиком або сервісною службою (компанією), телефони якої вказані у Договорі страхування, всі дії, пов'язані з отриманням лікування та інших послуг в разі раптового гострого захворювання, нещасного випадку та інших надзвичайних подій, обумовлених Договором страхування.

9.3.8. Виконувати розпорядження та/чи рекомендації сервісної служби або Страховика.

9.3.9. Надати право вільного доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, яка пов'язана зі страховим випадком.

9.3.10. Надати Страховику необхідні документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків.

9.3.11. Не розголошувати відомостей про Страховика та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування та Правилами страхування.

9.4.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати або страхового відшкодування Страхувальнику.

9.4.3. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у передбачений договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування або законом.

9.4.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору.

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

9.4.5. В разі прийняття рішення про відмову у виплаті всього або частини страхового відшкодування повідомити про це Страхувальника в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

9.4.6. Видавати на вимогу Страхувальника копію (дублікат) Договору страхування, що підтверджують прийняття ризику на страхування.

9.5. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші права та обов'язки Сторін.

10. ДІЇ СТОРІН ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. При настанні надзвичайної події, що передбачена Договором страхування, Застрахована особа, або її довірені особи зобов'язані:

10.1.1. негайно, як тільки з'явиться можливість, зв'язатись із Страховиком, або сервісною службою за вказаними у Договорі страхування телефонами і повідомити таку інформацію:

- номер Договору страхування;
- ім'я Застрахованої особи;
- місце знаходження, телефон;
- докладний опис обставин надзвичайної події та характер необхідної допомоги.

10.2. У разі неможливості зателефонувати перед консультацією з лікарем або перед екстреною госпіталізацією Застрахована особа, або особа, що представляє її інтереси, повинна, як тільки стане можливо (але не пізніше 2 діб з моменту настання події) повідомити Страховику або його довірній особі, сервісній службі про настання події, що може бути визнана страховою.

Застрахована особа втрачає право на відшкодування медичних витрат у разі, якщо вона не повідомить про випадок в строк, передбачений Договором страхування без поважних на те причин.

10.3. При виборі лікувального закладу, якщо характер захворювання не потребує термінового лікарського втручання для врятування життя, Застрахована особа повинна

звернутись до Страховика або його довіреної особи і отримати консультацію щодо рекомендованих лікувальних закладів.

10.4. У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин повинна самостійно оплатити вартість наданої їй медичної допомоги, вона зобов'язана узгодити це із Страховиком або його довіреною особою та надати всі необхідні документи для отримання страхового відшкодування.

10.5. При отриманні рекомендацій Страховика або його довіреної особи, виконувати їх рекомендації щодо своїх подальших дій.

10.6. Сприяти прийняттю Страховиком необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів заподіяних збитків.

10.7. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, понесених внаслідок настання страхового випадку.

10.8. У будь-якому випадку керуватися вимогами, передбаченими Договором страхування.

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

11.1. Для отримання страхового відшкодування Застрахована особа має право звертатися до Страховика на протязі 30 днів з моменту повернення з поїздки. При цьому до письмової заяви на відшкодування витрат додаються:

- оригінал Договору страхування;
- протокол або довідка офіційного органу, що підтверджує факт та обставини (з детальним описом) настання страхового випадку;
- документи, що підтверджують факт оплати за отримані послуги (оригінали деталізованих розрахунків щодо наданих послуг з деталізацією виду послуг, рецепти з назвами ліків, сплаченою сумою та печаткою відповідної аптеки і таке інше);
- довідка медичної установи з приводу амбулаторного або стаціонарного лікування Застрахованої особи з зазначенням початку та кінця госпіталізації, діагностики захворювання, причин, які викликали захворювання, загальних висновків лікаря;
- документи щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком;
- свідоцтво (копія) про смерть у випадку смерті Застрахованої особи.
- інші документи на вимогу Страховика.

11.2. Всі документи мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу, контактний телефон організації, що видала документ.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Оплата вартості наданих Застрахованій особі невідкладних послуг здійснюється сервісною компанією, якщо Застрахована особа отримала допомогу через сервісну компанію (службу). Розрахунки між Страховиком та сервісною компанією (службою) за надані Застрахованій особі послуги здійснюються у порядку та у строки, передбачені договором між Страховиком та сервісною компанією (службою).

12.2. Якщо Застрахована особа сама сплатила вартість невідкладних медичних послуг, але узгодила ці витрати із Страховиком або з сервісною компанією (службою), Страховик відшкодує ці витрати в розмірі, який не перевищує страхову суму, яка встановлена у Договорі страхування, за умови документального обґрунтування та підтвердження цих витрат.

12.3. Якщо Застрахована особа сама сплатила вартість невідкладних послуг без узгодження із Страховиком або з сервісною компанією (службою), Страховик залишає за

собою право відшкодування частини проведених медичних витрат на умовах, передбачених Договором страхування.

12.5. Виплата страхових відшкодувань здійснюється Страховиком відповідно до договору страхування на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи) і страхового акту, що складається Страховиком, або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

12.6. Рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування приймається Страховиком протягом 10 робочих днів з дня надання Застрахованою особою оригіналів всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.

12.7. Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком протягом 15 робочих днів з дня прийняття рішення про виплату, якщо інший строк не передбачений у Договорі страхування.

12.8. Про рішення щодо відмови у виплаті страхового відшкодування письмово повідомляється Страхувальнику (Застрахованій особі) протягом 15 робочих днів з дня прийняття такого рішення.

12.9. Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

13.1. Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування, якщо Страхувальник (Застрахована особа):

13.1.1. Вчасно не звернувся до Страховика з заявою про відшкодування витрат, оплачених самостійно.

13.1.2. Вчинив навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними суспільного або службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності. Кваліфікація дій Страхувальника, Застрахованої особи або встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

13.1.3 Здійснив навмисний злочин, що привів до страхового випадку.

13.1.4. Подав свідомо неправдиву інформацію про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку.

13.1.5. Несвоєчасно повідомив про настання страхового випадку без поважних на те причин або створив Страховику перешкоди у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру виплат.

13.1.6. Подав заяву про виплату страхового відшкодування за випадком, що не передбачений Договором страхування як страховий.

13.1.7. Не повідомив Сервісну компанію в строк, передбачений Договором страхування про випадок, що може бути визнано страховим без поважної на це причини.

13.1.8. Не отримав згоду Сервісної компанії (служби) або Страховика на проведення витрат.

13.1.9. Інші випадки, передбачені законодавством України.

13.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови в здійсненні виплат страхового відшкодування, якщо це не суперечить законодавству України.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

14.1. Суперечності, які виникли між Сторонами, вирішуються шляхом переговорів, із залученням незалежних експертів при необхідності.

14.2. Питання, по яким не було досягнуто домовленості, вирішуються на основі діючого законодавства України.

15. ОСОБЛИВІ УМОВИ

15.1. На підставі цих Правил можуть розроблятися програми та умови страхування, що не суперечать законодавству України та цим Правилам.

15.2. У разі розбіжностей між умовами страхування, зазначеними в Договорі страхування і умовами, зазначеними в цих Правилах слід керуватись умовами Договору страхування.

15.3. Всі заяви і повідомлення, передбачені умовами Договору страхування, укладеному відповідно до цих Правил, повинні бути надіслані Сторонами за адресами, зазначеними в Договорі страхування в письмовій формі, рекомендованим листом з повідомленням, або доставлені кур'єрською службою, або особисто.

15.4. Про будь-які зміни щодо особи Страхувальника, в тому числі зміни адреси і телефону, Страхувальник зобов'язаний негайно, в будь-якому випадку не пізніше 10 (десяти) днів повідомити Страховика.

У разі ненадходження заяви до Страховика про зміни вважаються дійсними всі заяви і повідомлення Страховика, надіслані за останньою відомою йому адресою.

15.5. На додаток до основних вимог і положень страхування медичних витрат Страхувальник і Страховик при укладанні відповідних Договорів страхування використовують Додаток №1 - «страхові тарифи до правил добровільного страхування медичних витрат»

**СТРАХОВІ ТАРИФИ ДО ПРАВИЛ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ**

1. Базові річні тарифні ставки (у відсотках від страхової суми) за ризиками, переліченими в п.3.1. Правил наведені таблиці №1.

Таблиця № 1

Страховий ризик	Базовий річний страховий тариф
Раптове гостре захворювання відповідно до пп. 3.1.1. Правил	3,512%
Нещасний випадок відповідно до пп. 3.1.2. Правил	0,815%
Смерть Застрахованої особи відповідно до пп. 3.1.3. Правил	0,469%
Відшкодування додаткових витрат відповідно до пп. 3.1.4. Правил	0,204%

2. Конкретний розмір тарифу розраховується шляхом множення базової тарифної ставки на поправочні коефіцієнти, що враховують рівень ризику і умови договору страхування (табл.2-4).

3. Для врахування рівня ризику за договором страхування істотні обставини, які мають суттєве значення для оцінки ризику, класифіковані на групи (табл.2), за якими встановлені відповідні поправочні коефіцієнти до базового тарифу. Якщо декілька істотних обставин мають різний рівень ризику, вибирається група з більшим ризиком. При цьому враховується інтенсивність дії того чи іншого фактору (час перебування на роботі з підвищеним рівнем ризику, частота занять спортом, група спортивного рівня та інші).

Таблиця № 2. Класифікація істотних обставин за групами ризику

Група ризику	Істотні обставини	Коефіцієнт
I	Професія, рід занять: службовці, працівники адміністративно-керуючого апарату, інженерно-технічні працівники, що не зв'язані з процесом виробництва, робітники масових професій, домогосподарки, учні інститутів, технікумів, діти Вид спорту: гольф, городки, теніс настільний, шахи.	0,8-0,9
II	Професія, рід занять: робітники, безпосередньо зайняті в процесі виробництва. Вид спорту: бадмінтон, піші походи рівнинним ландшафтом. Мета поїздки, вид туристичної подорожі: відпочинок у санаторіях, профілакторіях, інших оздоровчих закладах.	0,9-1,2

Група ризику	Істотні обставини	Коефіцієнт
III	Професія, рід занять: водії автотранспорту, льотний склад гражданської авіації, команди суден морської та річкової флотилії, працівники органів внутрішніх справ, військовослужбовці, інкасатори. Вид спорту: радіо спорт, спортивне орієнтування, художня гімнастика, волейбол, буєрний спорт, великий теніс, гирьовий спорт, стрільба (усі види), біатлон, плавання (крім підводного). Мета поїздки, вид туристичної подорожі: екскурсії, спортивний туризм (крім екстремального). Особи вік яких перевищує 70 років.	1,2-2,5
IV	Професія, рід занять: робітники, які зайняті на будівництві висотних об'єктів, робітники АЕС, працівники гірничої й газорятувальної служби, рятувальних станцій, охоронники. Вид спорту: акробатика, легка і важка атлетика, футбол, хокей, піші походи гірським ландшафтом, лижне двоборство, лижні гонки, пожежно-прикладний спорт, фехтування, планерний спорт, парусний спорт, регбі, батут, бейсбол, гребля, водні лижі, велоспорт, сучасне п'ятиборство, бобслей, стрибки у воду, фрістайл, водне поло, ковзанярський спорт, фігурне катання, баскетбол.	2,5-3,0
V	Професія, рід занять: випробувачі автомашин і літаків, водолази, пожежники, шахтарі, підривники, особи, причетні до виробництва, зберігання, випробовування вибухових речовин, артисти цирку (які виконують трюки на канатах, трапеціях), акробати, гімнасти, авто мотогонщики, дресирувальники диких звірів, наїзники коней, каскадери. Вид спорту: альпінізм, автоспорт, мотоспорт, кінний спорт, підводний спорт, гірськолижний спорт, бокс, карате, кік-боксінг, дельтапланеризм, стрибки на лижах із трампліна, боротьба (усі види), гандбол, спортивна гімнастика, поло. Мета поїздки, вид туристичної подорожі: екстремальний туризм (альпінізм, підводний спорт, гірськолижний спорт, стрибки на лижах із трампліну та інше).	3,0-4,0
VI	Неможливо встановити (інше).	0,8-3,0

4. Розміри страхових тарифів для Договорів страхування, строк дії яких менше одного року

Таблиця № 3

Строк страхування (у місяцях)	% відрічного тарифу	Строк страхування (у місяцях)	% відрічного тарифу
1	30	7	75
2	37	8	80
3	45	9	85
4	57	10	90
5	65	11	95
6	70	рік	100

5. В залежності від інших факторів ризику та умов договору страхування страховий тариф коригується шляхом застосування поправочних коефіцієнтів відповідно до таблиці 4.

Таблиця № 4

Поправочний коефіцієнт	Діапазон значень
Вік Застрахованої особи	0,5 – 3
Вид діяльності Застрахованої особи	0,8 – 2,5
Місце проживання Застрахованої особи	0,8 – 2
Умови проживання Застрахованої особи	1 – 2
Стан здоров'я Застрахованої особи	0,5 – 5
Розмір фрашизи	0,5 – 1
Обсяг страхового захисту (перелік страхових випадків)	0,5 – 1,3
Розмір страхової суми	1 – 3
Тривалість періоду очікування	0,2 – 1
Тривалість періоду відстрочки	0,2 – 1
Кількість Застрахованих осіб при страхуванні групи осіб	0,5-1
Територія дії Договору страхування	0,5 – 2
Андерайтинговий коефіцієнт	0,5 – 2
Інші умови страхування та фактори ризику	0,3 – 2,5

Нормативні витрати на ведення справи не повинні перевищувати 30 %.

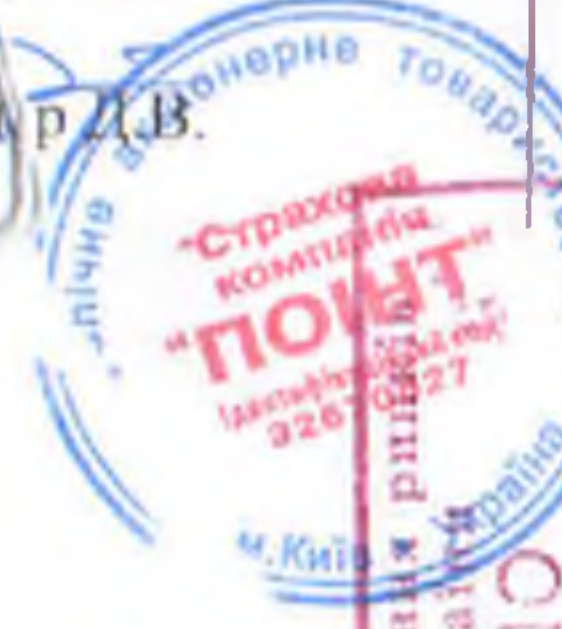
Актуарій _____ / Карташов Ю.М. /
Свідоцтво №03-002 від 26.11.2009р.

У цьому документі проширо,
пронумеровано та замішено печаткою

16 (шістнадцять) аркушів

Голова правління ПАТ «СК «Поінт»


Кучер Д.В.



Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України
ЗАРЕЄСТРОВАНО
М.В. Довгий
Голова Комісії

Касієн О.І.
Голова ПАТ «СК «Поінт»

2	1	1	0	7	2
---	---	---	---	---	---

Дата *26.05.19* Реєстраційний номер