

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Президент-Голова Правління
ЗАТ “Страхове товариство
“Стройполіс”

20 червня 2006 року

Войтко О.В.

**Правила
добровільного страхування медичних витрат**

Закритого акціонерного товариства
“Страхове товариство “Стройполіс”

Термінологія

Асистант – установа, яка представляє інтереси Страховика, і до якої повинен звертатись Страхувальник у разі страхового випадку.

Вигодонабувач – громадянин або юридична особа, які призначені Страхувальником для одержання страхового відшкодування в результаті настання страхового випадку..

Договір страхування – письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання в разі настання страхового випадку, визначеного в цих Правилах, здійснити виплату страхового відшкодування в межах страхової суми особі на користь якої укладено договір страхування (Застрахованій особі) або Вигодонабувачу, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначений термін та виконувати інші умови договору.

Застрахована особа – дієздатна фізична особа, про страхування медичних витрат якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Лікар - особа, що має дійсну, законну ліцензію та зареєстрована, як практикуючий Лікар та не є Застрахованою особою за Договором страхування та не є Найближчим родичем Застрахованої особи.

Ліміт відповідальності – максимально можлива відповідальність Страховика. Може бути встановлена по окремому страховому ризику, об'єкту страхування або по окремому страховому випадку.

Медична установа - установа, що має ліцензію, як медична установа та проводить прийом, догляд та лікування хворих та травмованих осіб у якості стаціонарних хворих та забезпечує організовані засоби для діагностики, медичного та хірургічного лікування, або є поліклінікою, амбулаторним відділенням, та не є будинком відпочинку чи санаторієм чи подібною установою та не є місцем, для лікування алкогольної чи наркотичної залежності.

Місце дії договору страхування - територія країни (країн), на якій перебуває Застрахована особа та яка зазначена у Договорі страхування.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, короткочасна, ненавмисна та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що фактично відбулась і яка призвела до розладу здоров'я або до смерті Застрахованої особи.

Раптове захворювання – хвороба, що настала несподівано, загрожує життю Страхувальника і потребує невідкладної медичної допомоги.

Страхова премія (платіж, внесок) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування.

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

Страхове відшкодування – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку в межах страхової суми, визначеної договором.

Страховий випадок – подія, яка визначена договором страхування, що відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Застрахованій особі або Вигодонабувачу.

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

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

Страховик – юридична особа, що у встановленому порядку одержала ліцензію на здійснення страхової діяльності і приймає на себе за договором страхування за певну винагороду (страхову премію) зобов'язання здійснити виплату страхового відшкодування внаслідок настання страхового випадку.

Страхувальник – юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком договір страхування.

Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком.

Хронічне захворювання – захворювання, яке відповідає таким критеріям: клінічно встановлений діагноз, довгострокове лікування (на протязі 3 місяців до початку терміну страхування).

1. Загальні положення

1.1. На умовах цих Правил та відповідно до Закону України “Про страхування” й цивільного законодавства України, ЗАТ “Страхове товариство “Стройполіс” (далі по тексту - Страховик) укладає з юридичними та дієздатними фізичними особами, надалі Страхувальниками, договори добровільного страхування медичних витрат.

1.2. Страхувальники можуть укладати договори про страхування медичних витрат третіх осіб (Застрахованих осіб). Якщо Страхувальник уклав договір страхування відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

1.3. Застрахованою особою може бути особа, яке живе в Україні та/ або починає подорожувати з її території. Застрахованою особою можуть бути особи, які на момент укладання договору страхування є не молодші 1-го та не старші 70 років, з добрим станом здоров'я.

1.4. Страхування може здійснюватись для осіб, які перебувають на території України, а також для осіб, які виїжджають за кордон.

1.5. Договором страхування можуть бути передбачені додаткові умови, що не зазначені у даних Правилах – за згодою Страховика та Страхувальника, та які не суперечать чинному законодавству України й цим Правилам.

2. Об'єкт страхування

2.1. Об'єктом страхування є майнові інтереси Застрахованої особи, що не суперечать чинному законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, а саме з непередбачуваними медичними витратами, що виникають у зв'язку з необхідністю надання медичної та медико-транспортної допомоги внаслідок настання страхового випадку.

3. Страхові випадки та страхові ризики

3.1. Страховим випадком за цими Правилами вважається здійснення Застрахованою особою, Асисистантом, чи третьою особою непередбачених медичних витрат в зв'язку з нещасним випадком чи раптовим захворюванням, що сталися з Застрахованою особою під час та на території дії договору страхування.

3.2. Страховими ризиками згідно цих Правил, на випадок яких проводиться страхування, є:

3.2.1. раптове захворювання Застрахованої особи;

3.2.2. травматичне ушкодження, розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

3.2.3. смерть Застрахованої особи внаслідок раптового захворювання, нещасного випадку.

3.3. Згідно цих Правил страховими випадками є:

3.3.1. Звичайні та виправдані витрати на евакуацію та/або пов'язані з нею витрати на транспортування до лікарні, витрати на медичну допомогу, гонорар лікаря та/або спеціаліста, вартість короткочасного або тривалого курсу лікування Застрахованої особи, вартість медикаментозного лікування, лікарських препаратів, зумовлені нещасним випадком або раптовим захворюванням Застрахованої особи.

У разі загрози життю Застрахованої особи в результаті загострення та/чи ускладненням хронічної хвороби, на яку Застрахована особа була хвора на час укладення Договору страхування, Страховик відшкодовує витрати, у розмірі, що не перевищує 10 % страхової суми за договором страхування такої особи.

3.3.2. Звичайні та виправдані витрати на послуги зв'язку з Асисистантом, Страховиком або службами спасіння чи невідкладної допомоги при настанні страхового випадку або екстремальної ситуації.

3.3.3. Звичайні та виправдані витрати у межах страхової суми, які необхідні після госпіталізації чи лікування для проведення медичної репатріації до місця постійного проживання та / або найближчого медичного пункту за місцем проживання, де може бути надано належне медичне обслуговування по рекомендації лікарів як прямий наслідок нещасного випадку або раптового захворювання Застрахованої особи.

3.3.4. У випадку смерті Застрахованої особи витрати, попередньо узгоджені з Асистантом або Страховиком, на транспортування тіла або попелу до місця поховання в країні постійного проживання (за винятком вартості поховання або похорону).

3.3.5. Витрати на невідкладну стоматологічну допомогу при гострому зубному болю, включаючи пломбування тільки природних (натуральних) зубів, але не більше 200 доларів США.

4. Виключення зі страхування та обмеження страхування

4.1. За цими Правилами не є страховим випадком та не відшкодовуються Страховиком такі витрати Страхувальника (Застрахованої особи):

4.1.1. Будь-які витрати, що були здійснені поза територією дії договору страхування.

4.1.2. Будь-які витрати, що перевищують 100 доларів США щодо лікування раптового захворювання або відшкодування витрат у результаті нещасного випадку, які не було узгоджено з Асистантом чи Страховиком.

4.1.3. Витрати Застрахованої особи, що пов'язані з постійними коронками чи штучними зубами або будь-яким протезуванням.

4.1.4. Витрати на евакуацію та/або пов'язані з нею витрати на транспортування до лікарні у разі незначних хвороб чи травм, які за висновком Асистанта або призначеного Страховиком медичного консультанта можуть лікуватись на місці.

4.1.5. Витрати на будь-яку евакуацію та/або репатріацію не організовану Асистантом чи Страховиком.

4.1.6. Витрати, пов'язані з придбанням окулярів, контактних лінз, слухових апаратів.

4.1.7. Витрати, пов'язані з пересадкою органів та/або їх частин.

4.1.8. Вартість медикаментозного лікування, лікарських препаратів, вартість короткочасного або довгострокового курсу лікування захворювань, виниклих в результаті невиконання вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень.

4.1.9. Витрати, виниклі прямо чи побічно через погіршення здоров'я Застрахованої особи внаслідок курсу лікування, отриманого Страхувальником до початку терміну страхування.

4.1.10. Витрати, пов'язані з наданням послуг, що не є необхідними з медичного погляду, або з лікуванням, не призначеним лікарем.

4.1.11. Витрати за виклик спеціалістів-лікарів без попередньої згоди Асистанта чи Страховика.

4.1.12. Витрати на медичне обстеження, огляд та/або встановлення діагнозу під час планового обстеження або перевірки здоров'я, включаючи витрати на вакцинації та щеплення, видачу медичних довідок та результатів огляду, та/або, якщо після таких заходів не було призначено лікування.

4.1.13. Витрати, пов'язані з наданням послуг медичним закладом, що не має відповідної ліцензії, або особою, яка не має права займатися медичною діяльністю.

4.1.14. Витрати, пов'язані з відновлювальною, учбовою, фізичною і психотерапією (аутотренінг, лікування сном, фітотерапія і т. ін).

4.1.15. Витрати, пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, зволожувача, послуг перукаря чи косметолога, тощо.

4.1.16. Витрати на лікування родичів Страхувальника, а також витрати, пов'язані з доглядом за хворим родичів або призначених ними осіб, незалежно від

того, є вони професійними медичними працівниками, чи ні.

4.1.17. Витрати на лікування нервових та психічних захворювань (депресій).

4.1.18. Витрати на лікування онкологічних захворювань, в тому числі, на репатріацію.

4.1.19. Витрати на лікування венеричних захворювань, СНІДу або подібного захворювання, а також захворювань, що є наслідком таких хвороб.

4.1.20. Витрати на транспортування тіла чи попелу Застрахованої особи, у випадку смерті, що є наслідком онкологічних захворювань, СНІДу.

4.1.21. Витрати пов'язані із нормальним чи патологічним проходженням вагітності, пологами, що не несуть загрози для життя.

4.1.22. Витрати на штучне запліднення, лікування безпліддя, статевих розладів, витрати пов'язані з операціями по зміні статі, по запобіганню вагітності, а також витрати на аборт, якщо його необхідність не буде викликана загрозою для життя.

4.1.23. Витрати, пов'язані з лікуванням гінекологічних захворювань, якщо його необхідність не буде викликана загрозою для життя.

4.1.24. Витрати на лікування урологічних захворювань, крім витрат на надання невідкладної допомоги.

4.1.25. Витрати на лікування дерматологічних захворювань, цукрового діабету, алергії, сонячних опіків та іншої патології шкіри, спричинених ультрафіолетовим випромінюванням (крім випадків загрози життю).

4.1.26. Витрати, пов'язані з видаленням бородавок, натоптишів, ортопедичним лікуванням плоскостопості, придбанням супінаторів, укладок для коригування стоп, лікуванням деформованих нігтів стопи чи кисті, грибкових захворювань.

4.1.27. Витрати, пов'язані з будь-якими видами харчових добавок чи медикаментозного харчування (якщо це не спричинено необхідністю підтримки життя у критичного хворого).

4.1.28. Витрати, пов'язані з лікуванням методами нетрадиційної медицини, проведенням курсу лікування на бальнеологічних і лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших подібних закладах.

4.1.29. Витрати пов'язані з алкогольним та наркотичними отруєнням, та лікуванням від алкогольної, тютюнової та наркотичної залежності.

4.1.30. Витрати, пов'язані з навмисною метою отримання будь-якого лікування.

4.1.31. Витрати, що підлягають відшкодуванню в силу іншого договору страхування.

4.2. Не відноситься до страхових випадків події, що відбулися внаслідок:

4.2.1. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) навмисних або неправомірних дій.

4.2.2. Навмисного спричинення Страхувальником (Застрахованою особою) собі тілесних ушкоджень.

4.2.3. Здійснення Застрахованою особою будь-яких дій в стані алкогольного, наркотичного чи токсикологічного сп'яніння (вміст алкоголю в крові більше 0,5‰).

4.2.4. Учасності у будь-якого роду військових діях, терористичних актах, страйках, безладдях, бійках (крім випадків самозахисту)

4.2.5. Вчинення спадкоємцем Застрахованої особи навмисного злочину, що призвів до настання страхового випадку.

4.2.6. Впливу ядерної енергії та іонізуючого випромінювання в будь-якій формі.

4.3. Страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу, пов'язані з:

4.3.1. Захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом протягом першого місяця після набуття чинності Договору страхування.

4.3.2. Новоутвореннями, хворобами ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлений медичним закладом протягом перших трьох місяців після набуття чинності Договору страхування.

4.3.3. Хворобою, на яку Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договору страхування.

4.3.4. Загостренням та ускладненням хронічної хвороби, на яку Застрахована особа була хвора на час укладення Договору страхування, крім випадків загрози життю Застрахованої особи.

4.3.5. Вродженими вадами розвитку.

4.3.6. Захворюваннями, травмами та отруєннями, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування.

4.3.7. Отриманням медичної допомоги та медичних послуг, що не є необхідними з медичного погляду, або лікуванням та витратами на ліки не призначеними лікарем.

4.3.8. Проведенням пластичних операцій, лікуванням ускладнень після таких операцій та будь-яким протезуванням за винятком реконструктивних оперативних втручань що проводяться з медичних показань.

4.3.9. Замахом на самогубство Страхувальника (Застрахованої особи) за винятком тих випадків, коли Страхувальник (Застрахована особа) був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб.

4.3.10. Захворюваннями, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів.

4.4. Страховик не несе відповідальність за несприятливі наслідки діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку, який стався в період дії договору страхування.

4.5. Страховик не несе відповідальності за договором страхування, якщо страховий випадок стався:

4.5.1. Під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні, або на території дії договору страхування.

4.5.2. Під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу, локауту або терористичного акту.

4.6. Страховик, якщо договором страхування не передбачене інше, не несе відповідальність за витрати на оплату медичних чи інших послуг, що передбачені Договором страхування, якщо вони виникли внаслідок:

4.6.1. Польоту Застрахованої особи на літальному апараті, керування цим апаратом, крім випадків польоту в ролі пасажира на літаку цивільної авіації, що відбувається за визначеним рейсом, які виконувались професійним пілотом.

4.6.2. Заняття Застрахованої особи будь-яким видом спорту: лижним спортом, альпінізмом, їздою на мотоциклі, охотою або іграми з застосуванням вогнепальної зброї, кінськими або автомобільними перегонами будь-якого виду, професійними спортивними іграми, повітряними іграми (фрістайл), стрибками з парашутом та авіаспортом, альпінізмом, скелелазінням, спелеологією, дельтапланеризмом, кінними видами спорту тощо.

4.6.3. Фізичної праці Застрахованої особи.

4.7. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення із страхових випадків і обмеження страхування, що не суперечать законодавству України.

5. Порядок укладання договору страхування

5.1. Для укладання договору страхування Страхувальник подає письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування.

5.2. Договір страхування набирає чинності з моменту його підписання кожною із сторін та внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування.

5.3. Договір страхування укладається в письмовій формі й видається Страхувальнику після його підписання сторонами. При втраті примірника договору страхування Страхувальник звертається до Страховика із заявою про видачу йому дубліката.

5.4. При укладенні договору страхування Застрахованим особам може бути додатково видані документи, що посвідчують факт укладання Договору страхування.

6. Строк та місце дії договору страхування

6.1. Договори страхування укладаються на строк, як правило, до одного року, якщо інше не передбачено договором страхування.

6.2. Договір страхування діє тільки у період, що вказаний у ньому і тільки на території, вказаній у ньому.

6.3. Виключаються з території страхування:

6.3.1. Країни, на території яких ведуться військові дії.

6.3.2. Країни, по відношенню до яких діють економічні та/або військові санкції ООН.

6.3.3. Території, на яких виявлено та визнано епідемії та епізоотії.

6.3.4. Території країн, при відвідуванні яких з очевидною ймовірністю може бути завдано шкоди здоров'ю людей.

6.4. Термін дії договору страхування обчислюється за київським часом.

6.5. Договором страхування може бути визначене що він діє тільки під час подорожі за територіальні межі країни громадянства чи постійного проживання Застрахованої особи. Страхування починається з часу, коли Застрахована особа покидає територіальні кордони країни громадянства чи постійного проживання та закінчується коли Застрахована особа повертається до території країни громадянства чи постійного проживання.

6.6. При страхуванні з терміном перебування за межами країни громадянства чи постійного проживання Застрахованої особи, договір страхування набуває чинності з моменту перетину кордону країни, вказаної у договорі страхування, але не раніше 00 годин дня, вказаного у договорі як початок періоду страхування, і закінчує діяти через проміжок часу, вказаний у договорі як кількість днів страхування, але не пізніше, ніж до моменту перетину Страхувальником, який повертається в Україну, кордону країни, вказаної у договорі страхування, або кордону будь-якої з країн, що належать до території, вказаної у договорі страхування, і не пізніше 24 годин 00 хвилин дня, вказаного у договорі як кінець періоду страхування.

6.7. При багаторазових поїздках Страхувальника за кордон, проміжок часу, вказаний у договорі як кількість днів страхування автоматично зменшується на кількість днів перебування Страхувальника за кордоном. При цьому відповідальність Страховика закінчується при вичерпанні ліміту часу вказаного у договорі як кількість днів страхування. Таким чином, Страховик несе відповідальність тільки у період, вказаний у договорі як кількість днів страхування.

6.8. При укладанні Договору страхування може бути передбачене, що Договір страхування діє тільки під час визначеного періоду доби, на виробництві або в побуті, під час використання визначених транспортних засобів або виконання визначених робіт, під час знаходження Застрахованої особи на визначеній території або при умові настання інших обставин, зазначених в Договорі страхування.

6.9. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) страхує медичні витрати не для виїзду за кордон, то договір страхування діє лише на території України.

7. Порядок визначення розміру страхових сум. Франшиза

7.1. Розмір страхової суми визначається за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні договору страхування та встановлюється для кожної Застрахованої особи.

7.2. Страхова сума може бути встановлена на кожну Застраховану особу окремо. В договорі страхування Страховик може встановлювати обмеження щодо розміру страхової суми для окремих страхових випадків.

7.3. В договорі страхування може бути передбачена Франшиза (умовна чи безумовна). Франшиза визначається при укладанні договору страхування у відсотках від страхової суми або в абсолютному розмірі.

7.3.1. Франшиза безумовна – частина збитків, що в будь-якому разі не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування і на яку при виплаті страхового відшкодування зменшується сума страхового відшкодування.

7.3.2. Франшиза умовна – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком у разі, коли сума такого збитку не перевищує встановленого розміру франшизи. В разі перевищення розмірів збитку над розмірами умовної франшизи, відшкодування виплачується у повному обсязі.

8. Страхові тарифи. Страхові платежі

8.1. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін. Базові річні страхові тарифи (в % від страхової суми), норматив витрат Страховика на ведення страхової справи, наведені в Додатку №1 до цих Правил.

8.2. Порядок сплати страхового платежу (страхової премії) встановлюється договором страхування. Страховий платіж може бути сплачений Страхувальником Страховику як одноразово, так і декількома платежами.

8.3. Якщо сума страхового платежу внесена не повністю в строки, встановлені договором страхування, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченому страховому платежу.

9. Права й обов'язки Сторін

9.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

9.1.1. Ознайомитися з Правилами страхування та одержати пояснення стосовно них.

9.1.2. При настанні страхового випадку, одержати страхове відшкодування згідно умов договору страхування.

9.1.3. При укладанні договору страхування призначати за згодою Застрахованої особи громадян або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання суми страхового відшкодування, а також змінювати їх до настання страхового випадку.

9.1.4. Ініціювати внесення змін до умов конкретного договору страхування.

9.1.5. Достроково припинити договір страхування та отримати суму страхових платежів, які повертаються, на умовах цих Правил.

9.1.6. Отримати дублікат договору страхування у разі його втрати. У разі повторної втрати договору страхування протягом його дії, з Страхувальника може додатково стягуватися платіж в розмірі фактичної вартості виготовлення договору страхування.

9.1.7. Оскаржити відмову Страховика у здійсненні виплати страхового відшкодування у судовому порядку.

9.1.8. У разі реорганізації Страхувальника – юридичної особи, всі його права та обов'язки, передбачені договором страхування, переходять до правонаступника Страхувальника за згодою Страховика, про що вносяться відповідні зміни в договір страхування.

9.1.9. У разі визнання за рішенням суду Страхувальника – фізичної особи недієздатним, його права і обов'язки переходять до його опікуна.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страхувальника.

9.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

9.2.1. При укладанні 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.

9.2.2. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо об'єкту страхування.

9.2.3. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих

внаслідок настання страхового випадку.

9.2.4. Узгоджувати дії і виконувати усі розпорядження Асистанта або представника Страховика та лікаря того закладу, де надається медична допомога.

9.2.5. Забезпечити збереження усіх документів, які мають відношення до конкретного страхового випадку або можуть допомогти у встановленні обставин цього випадку.

9.2.6. Своєчасно вносити страхові платежі на умовах передбачених договором страхування.

9.2.7. При будь-якій зміні ступеню страхового ризику в триденний строк у письмовій формі повідомити про це Страховика.

9.2.8. Після настання страхового випадку, негайно, але не пізніше 48 годин (за винятком вихідних та святкових днів), якщо інше не встановлено договором страхування, повідомити про це Страховика, способом, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення.

9.2.9. Надати Страховику всі документи, що підтверджують факт настання страхового випадку.

9.2.10. Не перешкоджати Страховику або його представникам самостійно з'ясовувати обставини виникнення та причини страхового випадку.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

9.3. Страховик має право:

9.3.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію.

9.3.2. У разі необхідності робити запити про відомості, пов'язані з страховим випадком до медичних установ, правоохоронних органів та інших організацій, які мають інформацію про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку.

9.3.3. У разі виникнення причин для сумнівів в обґрунтованому (законному) здійсненні виплати страхового відшкодування, відстрочити виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк не більше 90 днів.

9.3.4. Відмовити у здійсненні страхового відшкодування на умовах цих Правил.

9.3.5. Достроково припинити дію договору страхування на умовах цих Правил.

9.3.6. Змінювати та уточнювати окремі пункти цих Правил страхування згідно з діючим законодавством України. У цьому випадку зміни, внесені в Правила страхування, розповсюджуються тільки на договори, укладені після внесення змін до Правил страхування.

9.3.7. Відмовити в укладанні Договору страхування без пояснення причин.

9.3.8. Отримати від Страхувальника (медичного закладу, лікаря) усі необхідні документи і фактичні докази невідкладності надання допомоги перед тим, як прийняти рішення про виплату страхового відшкодування.

9.3.9. Вимагати від Страхувальника надання документів про стан його здоров'я (здоров'я Застрахованої особи) або вимагати проведення медичного обстеження та за результатами такого обстеження приймати рішення щодо укладення договору страхування або здійснення страхового відшкодування.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика.

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами 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 виплати страхового відшкодування.

9.4.3. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у передбачений договором страхування строк.

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

9.4.5. За заявою Страхувальника, у разі зменшення страхового ризику, або збільшення страхової суми, переукласти з ним договір страхування.

9.4.6. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника (Застраховану особу) та його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

10. Відповідальність Сторін

10.1. Відповідальність Страховика визначається розміром страхової суми за договором, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний здійснити виплату страхового відшкодування при настанні страхового випадку.

10.2. У випадку здійснення виплати страхового відшкодування Страховик продовжує нести відповідальність до кінця строку дії договору страхування у розмірі різниці між визначеною в ньому страховою сумою та сумою зроблених страхових виплат. Якщо страхова виплата здійснена у розмірі повної страхової суми, то дія договору припиняється з моменту такої виплати.

10.3. Страховик не має права розголошувати одержані ним внаслідок своєї професійної діяльності відомості про Страхувальника (Застраховану особу). За порушення таємниці страхування Страховик в залежності від виду порушених прав та характеру порушення несе відповідальність в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

10.4. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування.

11. Дії Страхувальника при настанні страхового випадку

11.1. У разі настання події, що може бути кваліфікована як страховий випадок, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний без затримки, але у будь-якому разі не пізніше 48 годин (за винятком вихідних та святкових днів), якщо інше не обумовлено в договорі страхування, повідомити про це Страховика або Асистанта, який забезпечує цілодобовий телефонний зв'язок.

11.2. Якщо Страхувальник самостійно не може повідомити про те, що сталося Асистанта чи Страховика, це може зробити інша особа (керівник туристичної групи, працівник медичного закладу і т.і.)

11.3. Страхувальник (Застрахована особа) повинен Узгодити з Асистантом чи Страховиком подальші дії та уточнити перелік документів, необхідних для отримання страхового відшкодування.

11.4. Асистант забезпечує консультаційну допомогу у будь-який час вдень і вночі 365 днів на рік.

11.2. Асистант сповіщає Страховика про настання події, що може бути кваліфікована як страховий випадок протягом 1 (одного) робочого дня, після надходження повідомлення від Застрахованої особи або іншої особи, якщо інше не обумовлено у договорі між Страховиком та Асистантом.

12. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку

12.1. Для отримання страхового відшкодування Страхувальник (Застрахована особа) надає:

12.1.1. письмову заяву на отримання страхового відшкодування;

12.1.2. оригінал договору страхування;

12.1.3. документ, що посвідчує особу одержувача страхового

відшкодування та довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру;

12.1.4. оригінали документів з лікувальних закладів в яких зазначається діагноз, тривалість лікування Страхувальника (Застрахованої особи), перелік наданих йому медичних послуг та їх вартість або інших документів з медичного закладу, що можуть підтвердити факт настання страхового випадку та розмір витрат;

12.1.5. документи від компетентних органів (МВС, МНС та ін.), матеріали слідчих або судових органів — при необхідності;

12.1.6. у випадку смерті Застрахованої особи - копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

12.1.7. якщо Застрахована особа виїжджала за кордон, то вона повинна пред'явити закордонний паспорт з відмітками прикордонних служб про перетин нею кордону території страхування;

12.1.8. інші документи, за вимогою Страховика, що мають відношення до з'ясування причин страхового випадку та розміру збитку.

13. Строки прийняття рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування

13.1. Рішення про виплату або про відмову у виплаті страхового відшкодування приймається Страховиком в строк, що не перевищує 15 робочих днів, з моменту надання Страхувальником (Застрахованою особою) або Вигодонабувачем (спадкоємцем Застрахованої особи) всіх необхідних документів і відомостей про факт настання події, що має ознаки страхового випадку.

13.2. Страховик має право подовжити строк прийняття рішення про виплату або про відмову у виплаті страхового відшкодування, якщо у нього виникли причини для сумнівів в обґрунтованому (законному) здійсненні страхової виплати, до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами (документи компетентних органів чи рішення суду), але не більше ніж на 90 днів.

13.3. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про виплату або про відмову у виплаті страхового відшкодування у випадку, якщо відповідними органами внутрішніх справ порушено карну справу проти Застрахованої особи, її спадкоємця або Вигодонабувача (посадових осіб Вигодонабувача – юридичної особи), і виконується розслідування обставин, які привели до настання страхового випадку. В цьому випадку рішення приймається після закінчення розслідування, але не пізніше шести місяців.

13.4. У випадку прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування, таке рішення повідомляється Страхувальнику (Застрахованій особі) або Вигодонабувачу (спадкоємцю Застрахованої особи) в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 5 робочих днів з моменту його прийняття.

13.5. Відмова Страховика у виплаті страхового відшкодування може бути оскаржена у судовому порядку.

14. Порядок та умови здійснення виплати страхового відшкодування

14.1. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування у відповідності до умов договору страхування шляхом оплати Асистанту, Застрахованій особі або третій особі вартості здійснених звичайних та виправданих медичних витрат в межах страхової суми (ліміту), визначеної договором страхування.

14.2. При настанні страхового випадку Страховиком можуть оплачуватись авансові рахунки Асистанта.

14.3. Витрати, які здійсненні Страхувальником (Застрахованою особою) самостійно, відшкодовуються тільки в тому випадку, якщо Страхувальник (Застрахована особа) зв'язалась з Асистентом чи Страховиком, й останніми було рекомендовано сплатити вартість послуг на місці самостійно. У разі, якщо такі витрати були зроблені Страхувальником (Застрахованою особою) під час перебування за кордоном, Страховик здійснює виплату страхового відшкодування в національній валюті України по курсу НБУ на день складання страхового акту.

14.4. Страхове відшкодування виплачується Страховиком на підставі заяви

Страхувальника (Застрахованої особи) та страхового акту після отримання всіх необхідних документів по страховому випадку.

14.5. Страховий акт складається Страховиком або уповноваженою ним особою не пізніше наступного робочого дня після прийняття рішення про виплату страхового відшкодування.

14.6. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування в 14-денний строк з дня оформлення страхового акту.

14.7. Загальна сума виплат по одному або декількох страхових випадках не може перевищувати страхової суми по договору страхування, встановленої для Застрахованої особи.

14.8. Страхові виплати за договорами страхування здійснюються Страховиком незалежно від суми, яку має отримати одержувач за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена як відшкодування збитків.

15. Причини відмови у виплаті страхового відшкодування

15.1. Підставою для відмови у здійсненні виплати страхового відшкодування є:

15.1.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадського 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.

15.1.2. Вчинення Страхувальником – громадянином або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

15.1.3. Надання Страхувальником (Застрахованою особою) або Вигодонабувачем (спадкоємцем Застрахованої особи) свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку.

15.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) або Вигодонабувачем (спадкоємцем Застрахованої особи) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру виплат.

15.1.5. Якщо буде доведено, що страховий випадок очікувався або передбачався заздалегідь й не був випадковим.

15.1.6. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) обов'язків, що зазначені договором страхування.

15.1.7. Інші випадки, передбачені законодавством України.

15.2. Договором страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству України.

16. Умови припинення дії договору страхування. Недійсність договору страхування

16.1. Дія договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

16.1.1. Закінчення строку дії;

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

16.1.3. 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.

Протягом цих десяти днів договір страхування вважається тимчасово призупиненим, та Страховик не несе відповідальності по страхових випадках, що стались в період дострокового припинення дії договору страхування;

16.1.4. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи, або смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування";

16.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

16.1.6. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

16.1.7. З ініціативи Страхувальника згідно з умовами цих Правил страхування та чинного законодавства України;

16.1.8. З ініціативи Страховика згідно з умовами цих Правил страхування та чинного законодавства України;

16.1.9. При невиконанні сторонами своїх обов'язків, визначених цими Правилами;

16.1.10. В інших випадках, передбачених законодавством України.

16.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.

Про намір достроково припинити дію договору страхування, будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування.

16.3. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи (35 % від суми страхового платежу), 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.

16.4. У разі дострокового припинення 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 дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи (35 % від суми страхового платежу), фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування.

16.5. Договір страхування достроково припиняється, якщо після початку його дії можливість настання страхового випадку відпала за обставин інших, ніж страховий випадок. При цьому Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи (35 % від суми страхового платежу), фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування.

16.6. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених цивільним законодавством України (нікчемний договір).

16.7. Договір страхування визнається судом недійсним, якщо його укладено після настання страхового випадку.

16.8. У разі недійсності договору страхування кожна із сторін зобов'язана повернути іншій стороні все отримане по цьому договору, якщо інші наслідки недійсності договору не передбачені законодавством України.

17. Порядок вирішення спорів

17.1. Спори, які виникають між суб'єктами страхування за договором страхування, вирішуються шляхом переговорів.

17.2. Сторони застосовують заходи досудового врегулювання спору шляхом звернення з письмовою претензією у порядку, визначеному чинним законодавством

України.

17.3. У разі недосягнення згоди між сторонами, спір може бути передано на розгляд суду відповідно до чинного законодавства України.

18. Особливі умови

18.1. Зміни та доповнення до цих Правил з метою розширення обсягу відповідальності Страховика за договором страхування, включаючи перелік страхових ризиків, в обов'язковому порядку попередньо реєструються в установленому законодавством порядку.

18.2. Ці Правила є власністю ЗАТ "Страхове товариство "Стройполіс" та не можуть бути використані в діяльності інших страховиків без дозволу ЗАТ "Страхове товариство "Стройполіс".

Додаток № 1

До Правил добровільного страхування
медичних витрат
від 20 червня 2006 року

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Президент-Голова Правління
ЗАТ "Страхове товариство "Стройполіс"

_____ Войтко О.В.
20 червня 2006 р.

СТРАХОВІ ТАРИФИ

При укладанні Договорів добровільного страхування медичних витрат застосовуються тарифи (у % від страхової суми), які наведені у Таблиці 1.

Таблиця 1

Базові річні страхові тарифи

Страхові випадки	Тариф, %
Транспортування до лікарні, витрати на медичну допомогу, вартість короткочасного або тривалого курсу лікування	0,25
Витрати на невідкладну стоматологічну допомогу	0,15
Витрати на проведення медичної репатріації	0,05
Витрати на транспортування тіла або попелу до місця поховання в країні постійного проживання	0,05

При укладанні Договору страхування на термін до одного року розмір тарифу розраховується виходячи з розміру річного страхового тарифу з урахуванням коефіцієнтів короткостроковості до річного страхового тарифу, що наведені нижче. При цьому неповний місяць дії Договору страхування вважається за повний.

Таблиця 2

Коефіцієнт короткостроковості

Термін страхування	Коригуючий коефіцієнт до страхового тарифу	Термін страхування	Коригуючий коефіцієнт до страхового тарифу
до 5-ти днів	0,05	4 місяці	0,50
до 10-ти днів	0,07	5 місяців	0,60
до 15-ти днів	0,10	6 місяців	0,70
до 20-ти днів	0,15	7 місяців	0,75
до 25-ти днів	0,20	8 місяців	0,80
1 місяць	0,25	9 місяців	0,85
2 місяці	0,30	10 місяців	0,90
3 місяці	0,40	11 місяців	0,95

В залежності від величини франшизи по договору страхування Страховиком застосовуються наступні коригуючі коефіцієнти

Корегування тарифу за франшизою

Франшиза, % від страхової суми	Коефіцієнт/ франшиза умовна	Коефіцієнт/ франшиза безумовна
0-0,1	1,10	1,05
0,1-0,5	1,05	1,00
0,5-1,0	0,90	0,95
1,0-3,0	0,95	0,90
3,0 та більше	0,90	0,85

В окремих випадках Страховик, в залежності від додаткових особливих умов договору страхування, може застосувати інші коригуючі коефіцієнти в діапазоні від 0,1 до 4,0.

Реальний страховий тариф за договором страхування розраховується шляхом множення базового страхового тарифу на коригуючі коефіцієнти.

Норматив витрат на ведення справ становить 35% від величини страхового тарифу.

Актуарій