

Публічна пропозиція (Частина 2 Оферти) на укладення електронного договору добровільного комплексного страхування медичних витрат іноземних громадян протягом перебування на території України, програма ІН.

Частина 2 Договору

Ця Частина 2 Публічної пропозиції (Оферти) є офіційною пропозицією ТОВАРИСТВА З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ГАРДІАН», місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 96, телефон +38044 333 37 10, код ЄДРПОУ 35417298 (далі – Страховик/Сторона Договору), в особі Генерального директора Берліна Віктора Михайловича, що діє на підставі Статуту, невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – Клієнти, а після прийняття умов цієї Оферти – Страхувальники/Сторони Договору) укласти із Страховиком електронний договір добровільного комплексного страхування медичних витрат іноземних громадян протягом перебування на території України, програма ІН (далі – Договір або договір страхування або електронний договір страхування) з використанням інформаційно-телекомунікаційної системи (далі – ІТС) Страховика та/або його партнера (агента), після акцепту пропозиції та укладення відповідного Договору ця Публічна пропозиція (Частина 2 Оферти) є Частиною 2 Договору.

Договір укладається на підставі Ліцензій на здійснення: добровільного страхування медичних витрат – серія АЕ номер 522648, строк дії з 16.10.2014 р. безстроково, та добровільного страхування від нещасних випадків – серія АЕ номер 293885, строк дії з 27.05.2014р. безстроково, виданих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України, відповідно до: Правил добровільного страхування медичних витрат №17 (нова редакція) від 10.12.2019р., зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг 11.01.2020р., Розпорядження №1 (далі – Правила-1) та Правил добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція) №6 (нова редакція) від 10.12.2019р., зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (далі – Правила-2), Правила-1 та Правила-2 разом далі – Правила, Закону України «Про страхування», із дотриманням вимог Законів України «Про туризм», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про електронну комерцію», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис» та згідно норм чинного законодавства. Правила розміщені на сайті Страховика за посиланням: <https://grdn.com.ua/licenzii/>.

Загальні положення.

1. Загальні положення.

1.1. Договір укладається у порядку, передбаченому Законом України «Про електронну комерцію», на умовах цієї Публічної пропозиції (Частини 2 Оферти), яка розміщується на сайті Страховика <https://grdn.com.ua> та/або його партнера (агента), та Частини 1 Оферти, яка містить індивідуальні умови страхування, шляхом надсилання Страховиком клієнту пропозиції його укласти (Оферти) та прийняття її Клієнтом (акцепту) з використанням інформаційно-телекомунікаційної системи (далі – ІТС) Страховика та/або його партнера (агента). Страховик забезпечує безперешкодний доступ особам, яким адресована пропозиція укласти електронний договір, до документів, що включають умови Договору та до самої пропозиції у формі, що унеможливорює зміну змісту, на власному сайті Страховика та/або на сайтах партнерів (агентів).

1.2. Укладений за цією Публічною пропозицією (Офертою) Договір включає всі істотні умови та складається із:

- Частини 2, яка містить загальні умови Договору, викладені в цьому документі і розміщені на сайті Страховика та/або його партнера (агента), та
- Частини 1, яка містить індивідуальні умови для кожного Договору, які визначаються в електронному договорі страхування і до укладення Договору (акцепта) надаються Клієнту в електронному вигляді після заповнення в ІТС Страховика або його партнера (агента) заявки на страхування.

1.3. Надання Клієнту доступу до Частини 1 Оферти, яка містить індивідуальні умови Договору (а саме: страхувальник, застраховані особи, вигодонабувач, розміри страхової суми та лімітів відповідальності Страховика, страхового тарифу, страхового платежу, франшизи; строк та місце дії Договору) є підтвердженням отримання заявки Клієнта на страхування.

Відповідь Клієнта про прийняття пропозиції укласти договір страхування (акцепт) надається шляхом заповнення формуляра заяви (форми) про прийняття такої пропозиції в електронній формі, що

підписується одноразовим ідентифікатором, та оплати страхового платежу у розмірі, визначеному умовами Договору страхування. Акцепт вважається наданим за умови вчинення всіх зазначених дій.

1.4. Заповнення Клієнтом електронного формуляра заяви (форми) на страхування не зобов'язує його укласти Договір, у разі відсутності електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором у формулярі заяви (форми) Договір вважається неукладеним.

1.5. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страховиком або його партнером (агентом) Страхувальнику СМС-повідомленням (чи іншим повідомленням на Viber, Telegram тощо) на телефонний номер Страхувальника та/або на електронну адресу, вказані ним при заповненні формуляра заяви (форми) на страхування.

1.6. При цьому підписання Страхувальником акцепту одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником електронного договору страхування у відповідності до вимог ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію». Договір є укладеним з моменту отримання Страховиком акцепту Страхувальника, за умови надходження на рахунок Страховика відповідного страхового платежу.

1.7. Після отримання акцепту Страховик надсилає Страхувальнику укладений ним електронний договір страхування у формі, що унеможливує спотворення його змісту, на електронну пошту Страхувальника, вказану ним при заповненні заявки на страхування, або в інший спосіб за вибором Страхувальника, що дає змогу встановити дату відправлення.

1.8. Сторони узгодили, що направлення Страховиком Договору в електронному вигляді є належним врученням Договору Страхувальнику.

1.9. Страховик зобов'язується на письмову вимогу Страхувальника створити паперову копію Договору страхування, підписати, скріпити печаткою та надати Страхувальнику у вказаний ним спосіб протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги.

1.10. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон або електронну пошту Страхувальника.

1.11. Під час виконання зобов'язань за Договором Сторони можуть використовувати для листування адреси електронної пошти один одного. Страхувальник може направити електронне повідомлення на електронну адресу Страховика office@grdn.com.ua (далі – електронна адреса Страховика).

1.12. Страховик надає Клієнту для ознайомлення документи та інформацію, зазначені у ч.1 та ч.2 ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», шляхом розміщення їх на власному сайті у відкритому доступі за посиланням: <https://www.grdn.com.ua>, а також шляхом надання для ознайомлення повного тексту проекту Договору до його укладення.

1.13. Страхувальник шляхом надання акцепту підтверджує отримання зазначеної інформації та документів, а також те, що зазначена інформація та документи є повними та достатніми для правильного розуміння суті фінансової послуги.

1.14. Підписуючи Договір, сторони та їх уповноважені представники Сторін дають згоду (дозвіл) на обробку їх персональних даних, з метою підтвердження повноважень суб'єкта на укладання, зміну та розірвання Договору, виконання Договору страхування, забезпечення реалізації адміністративно-правових і податкових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку та статистики, а також для забезпечення реалізації інших передбачених законодавством відносин. Представники Сторін підписанням Договору підтверджують, що вони повідомлені про свої права відповідно до ст.8 Закону України «Про захист персональних даних».

1.15. У разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору та положеннями Правил, застосовуються умови, визначені Договором.

1.16. Не обумовлені цим Договором умови регламентуються чинним законодавством України.

1.17. Сторони Договору не можуть передавати права та (або) обов'язки за цим Договором без письмової згоди на це іншої Сторони.

1.18. УМОВИ СТРАХУВАННЯ включають:

- Розділ I. Умови добровільного страхування медичних витрат іноземних громадян протягом перебування на території України, програма ІН (далі – страхування медичних витрат);
- Розділ II. Умови додаткового добровільного страхування від нещасних випадків (далі – страхування від нещасних випадків);
- Розділ III. Пам'ятка для Застрахованої особи.

РОЗДІЛ I. УМОВИ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ.

2. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

- 2.1. **Асистуюча компанія (Асистанс)** – юридична особа, в т.ч. її офіційні представники, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи під час настання подій, передбачених Договором, а також організовує надання та оплату послуг Застрахованій особі на території України у разі настання страхового випадку.
- 2.2. **Бездіяльність** – невжиття заходів, нездійснення дій, які страхувальник міг та повинен був вжити та/або здійснити відповідно до правил, інструкцій, норм та інших нормативно-правових актів для запобігання настанню страхового випадку, зменшення розміру заподіяного збитку.
- 2.3. **Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, яка визначена Страхувальником (за згодою Застрахованої особи) у договорі страхування як особа, яка має право отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку.
- 2.4. **Воєнні ризики** – за цим Договором до воєнних ризиків належать ризики, пов'язані із травматичним чи іншими ушкодженнями здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, обумовленого безпосередніми наслідками воєнних дій – вибухи бомб, снарядів, мін, пожежі, обстріли житлових районів, будівель та споруд мирної інфраструктури – на території дії Договору страхування, яка не включає в себе: тимчасово окуповані території, території, на яких ведуться бойові дії, території, з яких оголошено обов'язкову евакуацію, проведення військових навчань та/чи випробувань військової техніки/зброї.
- 2.5. **Гострий біль** – реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, який у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.
- 2.6. **Договір страхування** – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, укладена в порядку, передбаченому Законом України «Про електронну комерцію», згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується сплатити страховий платіж у визначений строк та виконувати інші умови Договору страхування.
- 2.7. **Екстрена медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані людини (загрози життю та здоров'ю) та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.
- 2.8. **Екстрене оперативне втручання** – операція, яку необхідно зробити негайно, коли найменша затримка може призвести до погіршення прогнозу, важких ускладнень та негативних наслідків для життя та здоров'я.
- 2.9. **Загроза життю та здоров'ю** – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної невідкладної медичної допомоги може призвести до смерті Застрахованої особи чи значного та тривалого розладу здоров'я (інвалідності).
- 2.10. **Застрахована особа** – фізична особа, що в'їжджає на територію України та знаходиться під страховим захистом.
- 2.11. **ІТС** – інформаційно-телекомунікаційна система.
- 2.12. **Ліміт відповідальності Страховика** – грошові суми, в межах яких Страховик відповідно до умов страхування медичних витрат зобов'язаний здійснити Страхову виплату при настанні Страхового випадку по окремим послугам чи видам медичної та/чи іншої пов'язаної з нею допомоги. Ліміт відповідальності може визначатися у відсотках від страхової суми, у кількості разів надання певного виду допомоги, у грошових коштах (Гривня).
- 2.13. **Місце постійного проживання** – місце/адреса, за якою Застрахована особа постійно проживає в країні її громадянства.
- 2.14. **Навмисні дії** – дії Страхувальника (Застрахованої особи), здійснюючи які він передбачає та свідомо завдає шкоди собі та/або третій особі.
- 2.15. **Найближчі родичі Застрахованої особи** – її чоловік (дружина), діти, батьки.
- 2.16. **Невідкладна стаціонарна допомога** – комплекс медичних послуг, що надаються Застрахованій особі при гострих розладах здоров'я внаслідок раптового гострого захворювання чи нещасного випадку, що загрожують його життю чи здоров'ю та потребують екстреної госпіталізації, інтенсивного лікування та цілодобового медичного нагляду протягом більше доби.
- 2.17. **Невідкладна стоматологічна допомога** – надання медичної послуги Застрахованій особі, спрямованої на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, без подальшого відновлювального лікування при раптовому гострому захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур.
- 2.18. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи.

До нещасних випадків відносяться: травматичні ушкодження (травми), отримані Застрахованою особою (забій, переломи, вивихи, розриви і поранення) в побуті та/чи на виробництві, в результаті дорожньо-транспортної пригоди тощо; утоплення; опіки, відмороження; ураження електричним струмом або блискавкою; випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (побутовими або промисловими), ліками, отруйними рослинами, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу); укуси тварин, отруйних комах, змій. Протиправні дії третіх осіб до нещасних випадків не належать в розумінні умов цього Договору.

2.19. **Партнер** (агент) – юридична або фізична особа, яка укладає договори страхування від імені та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору доручення (агентського договору).

2.20. **ПЛР** (полімеразна ланцюгова реакція) – метод, що дозволяє виявити в організмі людини наявність вірусу групи SARS (в т.ч. вірус COVID-19).

2.21. **Програма страхування** – це погоджений між Страховиком та Страхувальником у Договорі страхування перелік послуг певного обсягу, що надаються Застрахованій особі при настанні страхового випадку та оплачуються Страховиком прямо чи опосередковано.

2.22. **Раптова хвороба (захворювання)** – раптове, непередбачуване, гостре погіршення стану здоров'я Застрахованої особи у зв'язку з несподіваною хворобою (включаючи раптове захворювання, викликане вірусом SARS-CoV-2(COVID-19) під час дії Договору), що становить пряму загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи, та вимагає негайного медичного втручання (надання їй екстреної медичної допомоги). Екстрена медична допомога надається до усунення гострих проявів розладу здоров'я Застрахованої особи (зникає загроза життю Застрахованої особи і вона може бути переведена із відділення лікування невідкладних станів в інше відділення для подальшого стаціонарного та/або амбулаторного лікування).

2.23. **Репатріація тіла** – передбачає репатріацію тіла Застрахованої особи, якщо смерть настала внаслідок страхового випадку, до країни колишнього місця постійного проживання.

2.24. **Розлад здоров'я** – стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

2.25. **Спадкоємець Застрахованої особи** – особа, яка отримує Страхову виплату за Договором на підставі документу, що встановлює право цієї особи на спадщину.

2.26. **Спорт** – змагальна діяльність, підготовка до неї, а також специфічні відносини, норми і досягнення, пов'язані з цією діяльністю.

2.27. **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком при настанні страхового випадку згідно умов Договору. Страхова виплата не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнала Застрахована особа або витрат третіх осіб на надання допомоги Застрахованій особі, а також страхових сум і лімітів, встановлених умовами цього Договору.

2.28. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик, згідно умов Договору страхування, зобов'язаний здійснити виплату при настанні страхового випадку.

2.29. **Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування, яка відбулась під час дії такого договору, документально підтверджена, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату у межах та обсязі умов та лімітів, передбачених Договором (Програмою страхування).

2.30. **Страховий захист** – захист страхових інтересів Страхувальника (сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно з умовами Договору страхування).

2.31. **Страховий платіж** – плата за страхування, який Страхувальник зобов'язаний оплатити Страховику, згідно умов Договору.

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

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

2.34. **Страховик** – Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «Гардіан», ЄДРПОУ 35417298, яке за цим Договором зобов'язується здійснювати страхові виплати на визначених Договором умовах та за визначену винагороду (страховий платіж).

2.35. **Страхувальник** – дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком договір страхування відносно себе або відносно інших осіб за їх згодою (далі – Застрахованих осіб). Страхувальник може бути одночасно Застрахованою особою.

2.36. **Строк дії Договору** – строк, на який укладається Договір, в межах строку дії якого Страховик забезпечує страховий захист Застрахованої особи протягом обумовленої у Договорі кількості днів перебування на території України (в поїздках, в подорожах).

2.37. **Тілесне ушкодження** – травма, поранення, опіки тощо, що були отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час поїздки територією України протягом дії Договору, та потребують екстреної госпіталізації або невідкладного амбулаторного лікування.

2.38. **Форс-мажорні обставини** – на умовах цього Договору під форс-мажорними обставинами розуміють незвичайні і непередбачувані обставини поза контролем Страхувальника, наслідків яких не можна було уникнути навіть при докладанні найбільших зусиль.

2.39. **Франшиза** – визначена умовами Договору частина збитків, яка в будь-якому разі не відшкодовується Страховиком (безумовна). На умовах Договору франшиза може бути передбачена як відсоток від страхової суми чи суми страхової виплати або як абсолютна грошова величина, яка не відшкодовується Страховиком при настанні страхового випадку. Збитки, що перевищують розмір франшизи, оплачуються (відшкодовуються) Страховиком за вирахуванням розміру франшизи. Збитки, що не перевищують франшизи, не відшкодовуються Страховиком. Франшиза, встановлена в грошовій одиниці, відповідає грошовій одиниці страхової суми та/чи розрахунковій грошовій одиниці, визначеній умовами Договору.

2.40. **Хронічне захворювання** (хвороба) – хвороба з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або щорічними періодами загострень, або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними зміненнями та функціональними розладами тканин й органів.

3. Предмет Договору.

3.1. Предметом цього Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі за її згодою, а також медичними та додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки).

4. Строк і місце дії Договору.

4.1. Договір набирає чинності з 00 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Частині 1 Договору як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем отримання Страховиком (представником Страховика, уповноваженою особою Страховика) страхового платежу в розмірі, визначеному в електронному договорі страхування, та з моменту проходження Страхувальником (Застрахованою особою) прикордонного контролю при в'їзді на територію України і діє до 24 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Частині 1 Договору як дата закінчення строку дії Договору, але не пізніше моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при виїзді з території України, якщо інші передбачені умовами Договору обставини не призвели до дострокового припинення його дії. Страхувальник має сплатити страховий платіж не пізніше 24-00 год. дня, що передує даті зазначеній в Частині 1 Договору як дата початку строку дії. У випадку несплати Страхувальником платежу у визначений строк, Договір вважається таким, що не був укладений.

4.2. Місцем дії Договору є територія України (за виключенням АР Крим, м. Севастополь, населених пунктів у Донецькій та Луганській областях, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, і тих, які розташовані на лінії зіткнення згідно з переліком, затвердженим Розпорядженням КМУ від «07» листопада 2014 року № 1085 із змінами та доповненнями, а також територій, на яких фактично проводяться воєнні (бойові) дії, або тих, які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), незалежно від включення таких територій у відповідні переліки, що затверджуються органами влади України).

5. Страхові ризики і страхові випадки.

5.1. Страховими ризиками за цим Договором є подія, яка виникла під час дії Договору у зазначеному в ньому місці його дії, з наступного переліку:

5.1.1. захворювання (раптова хвороба) Застрахованої особи;

5.1.2. захворювання (раптова хвороба) Застрахованої особи, викликане вірусом COVID-19 і підтвержене результатами тесту ПЛР сертифікованої державної лабораторії з першим чи другим рівнем акредитації, наслідком чого стало понесення Застрахованою особою додаткових витрат на:

а. діагностику коронавірусної інфекції (COVID-19) методом ПЛР;

б. лікування гострого захворювання, викликаного коронавірусом COVID-19, якщо це підтверджено результатами відповідного тесту ПЛР;

с. обов'язкову обсервацію Застрахованої особи з метою запобігання поширення коронавірусу (COVID-19) після перетину нею державного кордону України;

5.1.3. нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою;

5.1.4. нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою внаслідок воєнних ризиків за визначенням п.2.4. цього Договору.

5.1.5. смерть Застрахованої особи внаслідок раптової хвороби або нещасного випадку.

5.2. Страховим випадком за Договором є подія, передбачена умовами п.5.1. п.5 цієї Частини 2 Договору та зазначена в Частині 1 Договору, що не підпадає під виключення або обмеження страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату шляхом відшкодування Асистансу або Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачеві) витрат за надані Застрахованій особі медичні та додаткові послуги під час подорожі територією, зазначеною як місце дії Договору, у межах сум, лімітів, в обсязі та на умовах, передбачених Договором.

5.3. До витрат, вартість яких відшкодовується Страховиком за страховими випадками згідно цього Договору, належать лише витрати офіційно наданих платних медичних та інших послуг, оплата яких підтверджена оригінальними документами, оформленими із дотриманням усіх норм чинного законодавства України.

5.4. Програма страхування ІН включає такі медичні та додаткові послуги:

5.4.1. Невідкладна (екстрена) стаціонарна допомога в медичних закладах (оплата консультацій, діагностичних та лікувальних процедур, в т.ч. оперативних (екстрених, термінових) втручань, медикаментів, перев'язувальних матеріалів, засобів фіксації, перебування в палаті, харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі) – до 50 000,00 (П'ятдесяти тисяч грн. 00 коп.) на один випадок;

5.4.2. Невідкладна амбулаторна допомога в медичному закладі або дипломованим лікарем (оплата консультацій, діагностичних та лікувальних процедур, медикаментів, витратних медичних, в т.ч. перев'язувальних, матеріалів) – до 15 000,00 (П'ятнадцяти тисяч грн. 00 коп.) на один випадок;

5.4.3. Оплата медикаментів, призначених для невідкладної допомоги, придбаних за призначенням лікаря та на підставі пред'явленого рецепту (за наявності підтвердження про оплату);

5.4.4. Невідкладна стоматологічна допомога – до 1000,00 (Одна тисяча грн. 00 коп.) гривень;

5.4.5. Медичні перевезення за медичними показаннями: транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого лікаря або лікувального закладу;

5.4.6. Обов'язкова обсервація Застрахованої особи з метою запобігання поширення коронавірусу (COVID-19) після перетину нею державного кордону України;

5.4.7. Репатріація тіла Застрахованої особи до країни колишнього постійного місця проживання якщо смерть настала внаслідок випадку, який у відповідності до умов цього Договору є страховим випадком. Кінцевим пунктом маршруту репатріації є аеропорт або митний пункт у країні колишнього постійного місця проживання, куди прибуває труна із тілом померлої Застрахованої особи. Всі заходи з репатріації тіла Застрахованої особи здійснюються за посередництвом Асистансу за рішенням Страховика та наявності письмової згоди родичів померлої Застрахованої особи. Страховик відшкодовує документально підтверджені витрати виключно за мінімально необхідним набором послуг з репатріації: витрати на оформлення необхідних документів, труну чи контейнер для міжнародного перевезення, катафалк, оплату перевезення до митного пункту, аеропорту в країні колишнього постійного проживання. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на подальше транспортування (до місця колишнього постійного проживання, поховання та ін.) та ритуальні послуги (послуги, пов'язані з організацією поховання та облаштуванням місця поховання та ін., а також будь-які послуги, пов'язані з кремацією. Для організації репатріації тіла (останків) Застрахованої особи, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло (останки) померлого після перевезення труни на митну територію країни колишнього постійного проживання Застрахованої особи – до 50 000,00 (П'ятдесяти тисяч грн. 00 коп.) на один випадок.

5.5. В разі виникнення раптового захворювання, пов'язаного з SARS-CoV-2(COVID-19), під час дії Договору Страховик відшкодовує витрати на лікування щодо такого захворювання (у обсязі послуг, зазначених у вищенаведених підпунктах 5.4.1.-5.4.5. цієї Частини 2 Договору разом) у розмірі, що не перевищує 10000,00 (Десять тисяч грн. 00 коп.) гривень – ліміт відповідальності Страховика на строк дії Договору. Витрати на діагностику (в т.ч. тестування, як первинне, так і повторне) з виявлення інфікування Застрахованої особи SARS-CoV-2(COVID19) відшкодовуються за умови наявності симптомів гострого захворювання, яке потребує надання Застрахованій особі екстреної медичної допомоги, та за призначенням лікаря;

5.6. В разі настання страхового випадку за ризиком згідно п.5.1.4. цієї Частини 2 Договору відповідні витрати покриваються (відшкодовуються) в межах 50 000,00 (П'ятдесят тисяч грн. 00 коп.) гривень.

5.7. Витрати на обов'язкову обсервацію покриваються в межах 2200,00 (Дві тисячі двісті грн. 00 коп.) гривень.

5.8. При лікуванні згідно п.5.4.1.-5.4.5. покривається надання екстреної та невідкладної медичної допомоги лише за основним захворюванням в медичних закладах державної та комунальної власності на стандартних умовах (в тому числі харчування та рівень палат в разі стаціонарного лікування).

5.9. Для осіб віком понад 70 (сімдесят) років передбачені ліміти відповідальності Страховика, а саме:

5.9.1. Ліміт згідно п.5.4.1. в межах 30 000,00 (Тридцять тисяч грн. 00 коп.) гривень;

5.9.2. Ліміт згідно п.5.4.2. в межах 5 000,00 (П'ять тисяч грн. 00 коп.) гривень;

5.9.3. Ліміт згідно п.5.4.3-5.4.5. – витрати включаються в суми лімітів згідно п.5.9.1. та п.5.9.2.

5.9.4. Ліміт згідно п.5.4.7 в межах 30 000,00 (Тридцять тисяч грн. 00 коп.) гривень;

5.9.5. франшиза в розмірі 50% від суми страхової виплати за будь-яким страховим випадком.

6. Виключення із страхових випадків та обмеження страхування.

6.1. Страховик звільняється від обов'язку здійснити страхову виплату в разі, якщо:

6.1.1. страхова подія відбулася до початку дії Договору, зокрема, інфікування Застрахованої особи на COVID-19 відбулося до початку дії страхового захисту;

6.1.2. у Застрахованої особи було встановлено лабораторно підтверджене інфікування COVID-19 в країні постійного проживання протягом 14 днів до початку подорожі;

6.1.3. строк обсервації перевищує 14 (чотирнадцять) календарних днів з дати проведення Застрахованій особі тесту ПЛР, який лабораторно підтвердив її інфікування на COVID-19, у частині витрат за п'ятнадцятий та кожен наступний день обсервації;

6.1.4. до укладення Договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) знав або повинен був знати про невідворотність настання страхового випадку (наявність типових ознак захворювання до моменту укладення договору, віднесення місця постійного проживання Застрахованої особи до списку країн, щодо яких встановлено вимогу про обов'язкову обсервацію тощо).

6.2. Страховик не відшкодовує витрати на:

6.2.1. будь-яке тестування на COVID-19 при відсутності загрози життю Застрахованої особи та / або призначення лікаря та / або якщо таке тестування проведене не в сертифікованій державній лабораторії з рівнем акредитації не нижче 2-го рівня;

6.2.2. витрати на лікування, обсервацію Застрахованих осіб при відсутності рекомендацій відповідних компетентних органів України по відношенню до конкретних Застрахованих осіб, зазначених в цьому Договорі;

6.2.3. витрати, що перевищують встановлені Договором ліміти відповідальності або страхову суму;

6.2.4. витрати пов'язані з наслідками та ускладненнями захворювання на COVID-19, якщо інфікування/захворювання Застрахованої особи почалось поза строком та/або місцем дії цього Договору;

6.2.5. витрати на лікування лабораторно підтвердженого захворювання на COVID-19 в медичних закладах, які не акредитовані відповідними компетентними органами України як ті, що мають інфекційне відділення і можуть надавати медичну допомогу при захворюванні на COVID-19, на час звернення до них Застрахованої особи;

6.2.6. витрати, пов'язані з діагностикою, лікуванням та/або обсервацією в разі, якщо Застрахована особа порушила правила особистої гігієни, особистої безпеки та правила поведінки в зонах відпочинку та/або громадських місцях, в тому числі рекомендовані Страховиком, туристичним оператором, будь-яким іншим провайдером послуг та інструкції відповідних працівників (готелі, пляжі, супермаркети, громадські місця та організації тощо);

6.2.7. витрати, пов'язані з лікуванням гострої респіраторної інфекції, викликаной коронавірусом SARS-CoV-2 (COVID-19), якщо діагноз не підтверджено методом генодіагностики (ПЛР-діагностика вірусної РНК) в державній сертифікованій лабораторії не нижче 2-го рівня акредитації;

6.2.8. витрати, пов'язані з лікуванням хвороби, діагноз якої вказано не у відповідності до Міжнародної класифікації хвороб 10-го чи 11-го перегляду;

6.2.9. витрати на обсервацію, необхідність якої прямо не пов'язана з COVID-19 чи не передбачена нормативним документами як обов'язкова на момент виникнення такої потреби.

6.3. Страховик не відшкодовує медичні витрати пов'язані з лікуванням, якщо під час його отримання Застрахована особа не перебувала на території дії Договору.

6.4. Страховик не відшкодовує витрати на платне лікування в медичній установі або перебування на обсервації, а також будь-які додаткові витрати, які надаються Застрахованій особі безкоштовно або компенсуються третіми особами.

6.5. Дія страхового захисту не поширюється і страховими не визнаються випадки/події:

6.5.1. що сталися під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними у встановленому законодавством порядку;

6.5.2. що виникли до дати початку або після дати закінчення строку дії Договору;

6.5.3. що сталися поза межами місця дії Договору;

6.5.4. зникнення Застрахованої особи безвісті.

6.6. В разі, якщо Страховику не надані всі передбачені умовами цього Договору документи, зокрема, до рахунків відсутні калькуляції вартості отриманих Застрахованою особою послуг (докладний перелік з визначенням виду послуг та їх вартості), сума страхової виплати по таких рахунках не може перевищувати 20% загальної вартості, вказаної в таких рахунках.

6.7. Страховик не визнає страховими випадками та не здійснює страхові виплати, в т.ч. не відшкодовує витрати:

6.7.1. на санаторно-курортне лікування, медичну реабілітацію та відновлювальну терапію, оздоровчі заходи;

6.7.2. що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показаннями), що вона сама чи в супроводі іншої особи може повернутися до місця постійного проживання;

6.7.3. витрати і збитки через неможливість працювати, брати участь в подорожі, екскурсії, за бронювання квитків і місць у готелях тощо;

6.7.4. пов'язані з штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, заходами по запобіганню вагітності, лікуванню будь-яких порушень менструального циклу та/чи репродуктивної та/чи сексуальної функцій;

6.7.5. пов'язані з вагітністю, передчасними пологами (викидень, загроза викидня і т.п.) та їх ускладненнями, пологам та їх ускладненнями, проведенням абортів, крім випадків, коли аборт був необхідний за медичними показаннями як наслідок нещасного випадку або ускладнень позаматкової вагітності;

6.7.6. на медичні чи інші послуги у зв'язку з раптовою хворобою або нещасним випадком, що стались внаслідок вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, або вживання не призначених лікарем ліків, іншими випадками самолікування;

6.7.7. на діагностику та лікування в разі, якщо оплата таких послуг передбачена чи фактично здійснена будь-якими іншими особами та/чи за договорами, в тому числі за договорами страхування, будь-яким іншим видом забезпечення (соціальні виплати, робочі контракти, державна допомога, благодійна допомога тощо);

6.7.8. на платне лікування у медичному закладі, а також будь-які витрати у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування;

6.7.9. стоматологічну допомогу, яка перевищує необхідну допомогу для усунення гострого болю та ризику серйозних ускладнень;

6.7.10. пов'язані з наданням послуг, що не є необхідними з медичної точки зору, чи з лікуванням, не призначеним лікарем;

6.7.11. пов'язані з наданням послуг медичним закладом, що не має відповідної ліцензії або особою, що не має права на здійснення медичної діяльності;

6.7.12. на проведення дезінфекцій, профілактичних вакцинацій, ін'єкцій, щеплень;

6.7.13. на проведення лікарських експертиз, лабораторних, інструментальних чи інших діагностичних досліджень, не пов'язаних зі страховим випадком чи основним діагнозом;

6.7.14. пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, послуг перукаря, масажиста, косметолога, таксі тощо;

6.7.15. на водолікування, геліотерапію та косметичне лікування;

6.7.16. на лікування нетрадиційними методами, які не є офіційно загальноприйнятими;

6.7.17. на лікування Застрахованої особи родичами та догляд за нею, незалежно від того, чи є вони медичними працівниками;

6.7.18. на реабілітаційну терапію та фізіотерапію;

6.7.19. на будь-які поточні обстеження (зору, слуху, стану органів чи систем організму без прямих медичних показань з метою надання невідкладної допомоги);

6.7.20. на утримання компаньйонів або членів родини Застрахованої особи під час госпіталізації Застрахованої особи;

6.7.21. пов'язані з ритуальними атрибутами та ритуалом поховання чи Застрахованої особи.

6.8. Не підлягають відшкодуванню витрати на лікування та діагностику:

- 6.8.1. захворювань, невилікуваних на день початку поїздки;
- 6.8.2. захворювань, які з медичної точки зору є протипоказанням для поїздки за кордон;
- 6.8.3. захворювань та/чи станів, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;
- 6.8.4. захворювань, виникнення яких могло бути попереджене завчасною вакцинацією;
- 6.8.5. без наданого лікарем відповідної кваліфікації документально підтвердженого призначення на їх прийом (медикаментів), проведення (обстежень), застосування (методів лікування);
- 6.8.6. будь-яких хронічних захворювань (незалежно від стадії) і хворобливих станів, що почались ще під час перебування в країні постійного проживання (незалежно від часу діагностування), та їх наслідків і ускладнень, крім випадків надання медичної допомоги в зв'язку з гострим болем та/чи в обсязі, необхідному для рятування життя Застрахованої особи за наявності прямої загрози життю Застрахованої особи;
- 6.8.7. захворювань чи станів, лікування та діагностику за якими можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до повернення в країну постійного місця проживання можливо замінити курсом консервативного лікування та/чи наданням першої допомоги, т.п.;
- 6.8.8. вроджених аномалій, вад розвитку, хромосомних аномалій та прямих наслідків і ускладнень цих захворювань/станів;
- 6.8.9. дерматовенерологічних захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, гострих та хронічних гепатитів, СНІДу, а також всіх захворювань і станів, викликаних ВІЛ-інфекцією чи порушенням системи імунітету будь-якого іншого генезу;
- 6.8.10. психіатричних та/чи психотерапевтичних захворювань та розладів, шизофренії, епілепсії, деменції, всіх видів психозів та будь-яких порушень психічного стану;
- 6.8.11. нервових, неврологічних захворювань, епілептичних чи інших судомних приступів та їх наслідків;
- 6.8.12. будь-яких новоутворень (доброякісних та/або злоякісних), онкологічних захворювань, їх наслідків та ускладнень; туберкульозу (незалежно від форми) та його ускладнень;
- 6.8.13. захворювань дихальної та/чи серцево-судинної систем з використанням сцинтиграфії, ехокардіографії, КТ, ангіографії, з застосуванням будь-яких оперативних (хірургічних) методів лікування, в т.ч., видалення тромбів/тромботичних мас, ангіопластиком за допомогою стента (стентування), накладанням анастомозів, шунтів, пластиком судин, дефектів клапанів та перегородок тощо;
- 6.8.14. захворювань периферійних судин, зокрема, варикозна хвороба, геморої, облітеруючий ендартеріїт, атеросклероз та будь-які його ускладнення, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність тощо;
- 6.8.15. гіпертонічної хвороби, симптоматичної гіпертензії, вегетативної (нейроциркуляторної) дистонії, енцефалопатії будь-якого генезу, окрім невідкладної допомоги при кризових станах в обсягах першої/невідкладної допомоги (купірування кризу);
- 6.8.16. будь-яких вікових дегенеративно-дистрофічних змін та їх ускладнень, зокрема, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз, остеохондроз (будь-яка форма) тощо;
- 6.8.17. будь-яких колагенозів (системних захворювань сполучної тканини) та їх наслідків;
- 6.8.18. будь-яких аутоімунних та/або системних демієлінізуючих захворювань чи станів та їх ускладнень;
- 6.8.19. захворювань крові та кровотворних органів незалежно від форми (гострі, хронічні) та їх ускладнень;
- 6.8.20. мікозів будь-якої локалізації та/чи дерматологічних захворювань незалежно від форми (гострі, хронічні);
- 6.8.21. алергічних захворювань та станів, окрім першої допомоги при анафілактичному шоці;
- 6.8.22. будь-яких захворювань ендокринної системи незалежно від форми (гострі, хронічні) та їх ускладнень, зокрема, цукрового діабету (будь-якого типу), будь-яких порушень гормонального стану;
- 6.8.23. травматичних ушкоджень, зумовлених нестабільністю суглобів чи повторними травматичними ушкодженнями (звичними вивихами);
- 6.8.24. епідемічних та пандемічних хвороб, окрім раптового захворювання на SARS-CoV-2(COVID-19);
- 6.8.25. ГРВІ, грипу, будь-яких вірусних чи бактеріальних інфекцій/захворювань, а також харчових отруєнь – за відсутності симптомів гіпертермії (температури тіла 38,0 і вище) та/чи зневоднення, що вимагає інфузійної терапії;
- 6.8.26. сонячних опіків, теплових ударів, алергічних реакцій на сонячне випромінювання, окрім

виникнення гострої небезпеки для життя Застрахованої особи, що стало прямим показанням до невідкладної госпіталізації з подальшим стаціонарним лікуванням саме за цим діагнозом (без урахування супутніх);

6.8.27. отитів, видалення сірчаних пробок;

6.8.28. гострої та хронічної променевої хвороби.

6.9. Не відшкодовуються витрати, пов'язані із:

6.9.1. трансплантацією органів та/чи тканин незалежно від діагнозу та/чи медичних показань;

6.9.2. проведенням будь-яких пластичних, а також косметичних чи естетичних оперативних втручань;

6.9.3. будь-яким видом протезування;

6.9.4. зі зміною статі та/чи психологічними/психічними розладами, та/чи будь-якими гендерними проблемами;

6.9.5. використанням і підбором коригувальних та/або допоміжних медичних пристроїв чи виробів медичного призначення (протезів, окулярів, контактних лінз, слухових пристроїв, слухових імплантатів тощо); ортопедичних засобів та посібників (бандажі, корсети, ортези, ортопедичне взуття, милиці, м'який медичний інвентар тощо), медичних пристроїв, які заміщають або корегують функції уражених чи відсутніх органів тощо (штучні водії ритму, кришталіки, стенти, шунти, імпланти, протези, конструкції та пристосування для металостеосинтезу тощо);

6.9.6. будь-якою вакцинацією, її наслідками, будь-якими її ускладненнями;

6.9.7. медичними перевезеннями, діагностикою, лікуванням будь-яких наслідків страхового випадку в будь-якій іншій країні (на території будь-якої іншої країни), ніж та, що зазначена як місце дії Договору в Частині 1 Договору.

6.10. Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:

6.10.1. Громадських заворушень, страйків, надзвичайного стану, бойових, військових (оголошена війна чи неоголошена) дій будь-якого роду і їх наслідків, масових безпорядків, повстань та будь-яких інших акцій громадської непокори, терористичних актів, форс-мажорних подій, дії ядерного інциденту та/чи іонізуючого випромінювання та/чи радіоактивного забруднення, а також порушення норм екологічної безпеки, незалежно від характеру участі Застрахованої особи у таких подіях, окрім нещасних випадків внаслідок воєнних ризиків за визначенням п.2.4. цієї Частини 2 Договору.

6.10.2. Постійної, регулярної, тривалої дії чи раптового викиду, розливу, переміщення газів та газоподібних речовин, парів, променів, рідин, вологи, кислот, хімічних сполук або будь-яких, в тому числі неатмосферних, опадів (сажа, кіптява, дим, пил та ін.) та інших забруднюючих речовин;

6.10.3. Дії стихійних лих та/чи явищ (повені, смерчі, урагани, штормові бурі, землетрус, виверження вулканів, зливи, гради тощо);

6.10.4. Навмисних дій/бездіяльності або необережності Застрахованої особи та/або зацікавлених третіх осіб, що призвело до настання страхового випадку, а також здійснення або спроби здійснення Застрахованою особою злочинних дій або порушення нею законів, встановлених норм, медичних призначень, санітарних і проти-епідеміологічних рекомендацій тощо. Під необережністю розуміється, що особа:

6.10.4.1. передбачала можливість настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), і ставилася до цього байдуже або легковажно розраховувала на те, що вони не настануть;

6.10.4.2. не передбачала можливості настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), хоча повинна була та мала таку можливість;

6.10.5. Невиконання Застрахованою особою (Страхувальником) офіційних рекомендацій органів влади країни громадянства/підданства Застрахованої особи та Страховика щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, пов'язаних із раптовим захворюванням на SARS-CoV-2(COVID-19);

6.10.6. Вчинення самогубства або спроби самогубства Застрахованою особою, за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб, що має бути доведено документально відповідними компетентними органами;

6.10.7. Скоєння будь-якого правопорушення на території України, яке визнається таким за нормами чинного законодавства України та/чи спроби здійснення протиправних дій Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем), які знаходяться в причинно-наслідковому зв'язку зі страховим випадком;

6.10.8. Наражання Застрахованої особи (Страхувальника) на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя) – свідомого перебування в місцях, задалегідь відомих як небезпечні для життя та здоров'я людини, та/чи участь у проведенні будь-яких небезпечних робіт та/чи небезпечних видах відпочинку/розваг тощо;

- 6.10.9. Порушення Застрахованою особою (її представником) правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху, норм етики, моралі тощо;
- 6.10.10. Виконання Застрахованою особою будь-якого виду фізичної роботи та/чи будь-якої роботи по найму, роботи на небезпечних ділянках (водії, гірники, будівельники, електромонтажники тощо), якщо такі ризики не були окремо передбачені та визначені у цьому Договорі та за якими сплачені відповідні додаткові страхові платежі;
- 6.10.11. Заняття професійним чи аматорським спортом або будь-якими видами активного відпочинку чи дозвілля, якщо такі ризики не були окремо передбачені та визначені у цьому Договорі та за якими сплачені відповідні додаткові страхові платежі;
- 6.10.12. Польоту Застрахованої особи на будь-якому літальному апараті, керування таким апаратом, крім випадків польоту в ролі пасажера на літаку цивільної авіації, який виконувався професійним пілотом;
- 6.10.13. Аварії, якщо транспортним засобом керувала Застрахована особа, не маючи посвідчення водія відповідної категорії чи знаходячись під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин чи перебуваючи під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, а також, якщо вона, заздалегідь про це знаючи, їхала у транспортному засобі, яким керувала особа, що не мала посвідчення водія відповідної категорії чи знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин чи перебуваючи під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції;
- 6.10.14. Спроби Застрахованої особи у встановленні рекордів швидкості або участі у такого роду змаганнях;
- 6.10.15. Участі Застрахованої особи у автоперегонах або інших змаганнях (чи підготовці до них) на землі, воді або у повітрі в якості водія, капітана, пілота чи їх помічника, а також наїзника на тваринах;
- 6.10.16. Виконання обов'язків піротехніка, професійного водолаза, фокусника або дресирувальника тварин (за винятком сплати Страхувальником додаткового страхового платежу);
- 6.10.17. Участі Застрахованої особи у таких небезпечних для життя видах діяльності як стрибки з парашутом (як із літаків, так і з веж або інших об'єктів (вольтижування), стрибки з використанням еластичного троса, походи в екстремальних умовах, участь у пошукових або інших експедиціях у зони з екстремальними природно-кліматичними умовами (гірська місцевість) або в географічно віддалені регіони;
- 6.10.18. Полювання;
- 6.10.19. Активні види відпочинку/дозвілля, зокрема: з використанням будь-яких механічних, електричних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Застрахована особа сплатила проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, а також занять різноманітними видами боротьби, боксу, гірського, лижного, велосипедного, водного, пішохідного туризму, спелеотуризму та іншими аналогічними видами відпочинку/дозвілля;
- 6.11. На страхування не приймається особа, яка на момент укладення Договору хворіє на: захворювання сполучної тканини; вади серця; хронічні серцево-судинні захворювання незалежно від ступеню недостатності кровообігу; гепатити (В,С,D); цироз печінки; туберкульоз; цукровий діабет; гломерулонефрит; хронічну ниркову недостатність; менінгіт; енцефаліт; розсіяний склероз; епілепсію; паркінсонізм; злоякісні новоутворення (пухлини, рак, лейкоз тощо), психічні захворювання, розлади чи пограничні стани; венеричні захворювання; СНІД, ВІЛ-інфекцію; захворювання та/чи патологічні стани, причиною яких стало вживання алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря. Якщо виявиться, що на дату укладення цього Договору Страхувальник (Застрахована особа) була такою особою, то Договір вважається таким, що не вступив в дію з дати його укладення, страхові виплати за таким Договором не здійснюються, а страховий платіж підлягає поверненню Страхувальнику протягом 30 днів з дати виявлення Страховиком такого факту та надання Страхувальником реквізитів для здійснення такого повернення.
- 6.12. За Договором не відшкодовуються будь-які випадки заподіяння непрямих збитків, зокрема, послуги перекладача, моральна шкода, шкода навколишньому природному середовищу, неустойка (штраф, пеня), упущена вигода, шкода, заподіяна третім особам, будь-які інші непрямі збитки, витрати, не передбачені цим Договором тощо, а також витрати на отримання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, окрім тестування на COVID-19 методом генодіагностики (ПЛР-діагностика вірусної РНК) в сертифікованій державній лабораторії з рівнем акредитації не нижче 2-го рівня, за результатами якого виявлено гостру респіраторну інфекцію, викликану коронавірусом SARS-CoV-2 (COVID-19).

7. Дії Страхувальника/Застрахованої особи в разі настання випадку з ознаками страхового та перелік документів, які підтверджують факт та обставини випадку.

7.1. В разі настання події, яка може бути визнана страховим випадком, Застрахована особа має діяти відповідно до Пам'ятки Застрахованій особі, наведеній в Розділі III цієї Частини 2 Договору.

7.2. В разі самостійної оплати Страхувальником/Застрахованою особою за проведене Застрахованій особі лікування, яке було попередньо погоджене з Асистуючою компанією, для отримання страхової виплати у вигляді відшкодування понесених витрат в межах лімітів цього Договору Страхувальник/Вигодонабувач має протягом 15 календарних днів з дня закінчення лікування надати Страховику повний пакет належним чином оформлених документів відповідно до переліку:

7.2.1. Заяву про страхову виплату за формою Страховика;

7.2.2. Копію Договору (примірник Страхувальника);

7.2.3. Документи для проведення ідентифікації особи-одержувача страхової виплати, передбачені чинним законодавством України (копії):

- документа, що посвідчує особу одержувача виплати;
- документ з відміткою про перетин (дату) кордону Застрахованою особою;
- документ про підстави перебування Застрахованої особи на території України;
- реквізити рахунку отримувача виплати (Застрахована особа/Вигодонабувач), відкритого в національній валюті України в банківській установі, яка створена і діє відповідно до законодавства України;
- довідки державної податкової адміністрації про присвоєння ідентифікаційного номера одержувачу виплати (за наявності);

7.2.4. Документи для підтвердження права на отримання страхової виплати (в разі отримання страхової виплати довіреною особою Застрахованої особи):

- оформлена в установленому порядку довіреність від Застрахованої особи отримувачу виплати;
- документи для проведення ідентифікації особи-одержувача страхової виплати;

7.2.5. Для відшкодування витрат, понесених у зв'язку з отриманням медичної допомоги, надається:

- Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма 027-о), засвідчена підписом і печаткою лікаря, підписом посадової особи та круглою печаткою медичного закладу;
- Акт наданих медичних послуг із докладною калькуляцією їх вартості;
- Рахунок на оплату медичних послуг та оригінал квитанції банку або іншого розрахункового документу про його оплату;
- Медичний документ із переліком призначених для лікування медикаментів, засвідчений підписом і печаткою лікаря, підписом посадової особи та круглою печаткою медичного закладу (рецепт, перелік тощо);
- Фіскальний чек або інший розрахунковий документ, що підтверджує факт оплати за медикаменти (в разі, якщо у фіскальному чеку не зазначені назви медикаментів, їх кількість та форма випуску, то до фіскального чеку додається відповідний товарний чек);
- оригінал результатів дослідження на наявність у Застрахованої особи вірусу групи SARS (COVID-19) методом ПЛР сертифікованої державної лабораторії з першим чи другим рівнем акредитації – в разі страхового випадку за ризиком згідно п.5.1.2. цієї Частини 2 Договору;
- оригінал офіційного протоколу, довідки, акту або іншого документу, виданого компетентними органами, який підтверджує факт, причини та обставини настання нещасного випадку – в разі, якщо втрати на лікування пов'язані з наслідками нещасного випадку.

7.2.6. У разі отримання медичних та інших послуг у приватному закладі охорони здоров'я або у приватного підприємця (фізичної особи – СПД, суб'єкта господарювання) додатково надаються копії:

- витягу із ЄДР;
- Ліцензії на здійснення медичної практики;
- свідоцтва платника податків.

7.2.7. Для відшкодування витрат, понесених у зв'язку із обсервацією:

- оригінал документу про обов'язкову обсервацію Застрахованої особи у зв'язку з COVID-19, виданий уповноваженим органом України.
- рахунок на оплату послуг обсервації та відповідний акт наданих послуг з зазначенням назви та переліку таких послуг;
- фіскальний чек або квитанція банку, інший розрахунковий документ, які підтверджують оплату отриманих послуг.

7.2.8. В разі смерті Застрахованої особи також надаються:

- 7.2.8.1. оригінал або нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи;
- 7.2.8.2. оригінал чи нотаріально засвідчена копія лікарського свідоцтва про смерть із повним посмертним діагнозом, встановленим за результатами розтину, а саме: безпосередня причина смерті (хвороба, яка привела до смерті, або ускладнення основного захворювання); основні первинні захворювання, які визвали чи обумовили безпосередню основну причину смерті; інші хвороби, які негативно вплинули на перебіг основного захворювання, але причинно не пов'язані із захворюванням або його ускладненням, що безпосередньо є причиною смерті;
- 7.2.8.3. протокол розтину (витяг) та результати токсикологічного дослідження на момент смерті Застрахованої особи;
- 7.2.8.4. оригінали документів щодо послуг перевезення тіла Застрахованої особи, які містять перелік наданих послуг із вказівкою на вартість кожної з них, в тому числі документів, які підтверджують оплату таких послуг (квитанції банку);
- 7.2.8.5. оригінал чи нотаріально засвідчену копію документу про право на спадщину;
- 7.2.9. Додаткові документи для встановлення факту, причин, обставин страхового випадку та розміру збитку за обґрунтованою вимогою Страховика в залежності від характеру страхового випадку.
- 7.2.10. Всі зазначені вище документи або визначені Страховиком залежно від характеру випадку надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально посвідчених копій, простих копій за умови надання Страховику можливості звіряння копій цих документів з їх оригіналами.
- 7.3. Якщо необхідні визначені цим Договором документи для здійснення страхової виплати надані в неповному обсязі та/або оформлені неналежним чином чи з порушенням передбачених норм, то Страховик повідомляє про це письмово одержувача страхової виплати протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання таких документів, а рішення про здійснення страхової виплати або відмову її здійснити приймається після отримання всіх (останнього) необхідних належним чином оформлених документів.

8. Умови і порядок здійснення страхової виплати.

- 8.1. При настанні страхового випадку Страховик в межах страхової суми та з урахуванням умов Програми страхування та/чи лімітів відповідальності, встановлених в цьому Договорі, страхову виплату/виплату страхового відшкодування може здійснювати:
- 8.1.1. Шляхом оплати послуг, що надаються Застрахованій особі у зв'язку із настанням страхового випадку, через Асистуючу компанію на умовах відповідного договору доручення (договору про надання послуг) на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та надання Застрахованій особі послуг, передбачених умовам цього Договору, або
- 8.1.2. Застрахованій особі (Страховальнику, Вигодонабувачеві) за умови попереднього погодження з Асистуючою компанією отриманих Застрахованою особою та сплачених нею (Страховальником, Вигодонабувачем) послуг в межах, визначених цим Договором.
- 8.2. Якщо Застрахована особа (її представник) не узгодить із Асистансом чи Страховиком виставлений медичним закладом рахунок до його самостійної оплати, то сума страхової виплати здійснюється Страховиком в розмірі, що не перевищує 2000,00 (Дві тисячі грн. 00 коп.) гривень.
- 8.3. Якщо репатріацію тіла Застрахованої особи здійснила третя особа без погодження із Асистуючою компанією (Страховиком), то Страховик відшкодує документально підтверджені витрати на репатріацію особі, яка понесла такі витрати, але не більше ніж в сумі еквіваленту 1000,00 (Одна тисяча) Євро по курсу НБУ на дату настання страхового випадку.
- 8.4. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, вказаних у цьому Договорі, які підтверджують або спростовують факт та обставини настання страхового випадку і розмір збитків, наданих в порядку, передбаченому умовами цього Договору по кожному конкретному виду страхування.
- 8.5. Рішення про страхову виплату оформлюється страховим актом. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня підписання страхового акту або, в разі виплати згідно п.п.8.1.1. п.8.1. п.8 цієї Частини 2 Договору, в інший термін, передбачений відповідним договором доручення (договором про надання послуг).
- 8.6. Повідомлення про відмову у страховій виплаті Страховик направляє Страховальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачеві) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.
- 8.7. Для отримання страхової виплати Страховальник/Застрахована особа/Вигодонабувач повинен надати Страховику документи, зазначені в цій Частині 2 Договору.

8.8. Страховик здійснює страхову виплату відповідно до умов Договору на підставі страхового акту та пакету документів, передбачених умовами цього Договору.

8.9. Здійснення страхової виплати проводиться за випадками, які у відповідності до умов цього Договору визнаються страховими.

8.10. Страхові виплати за цим Договором здійснюються Застрахованій особі (Вигодонабувачу) шляхом зарахування на її/його поточний рахунок, відкритий в національній валюті України в банківській установі, суми страхової виплати, визначеної згідно умов цього Договору, в національній валюті України, або іншим способом, не забороненим чинним законодавством України, за погодженням із Страховиком.

8.11. Розмір страхової виплати визначається на підставі документів, які підтверджують фактично здійснені Застрахованою особою (її уповноваженим представником) витрати на передбачені умовами цього Договору медичні та інші послуги, що стали необхідними внаслідок настання страхового випадку, з урахуванням обмежень та лімітів Договору.

8.12. Для отримання страхової виплати Застрахована особа (її уповноважений представник) має надати всі необхідні передбачені умовами цього Договору належно оформлені документи протягом 15 (п'ятнадцяти) днів з дати їх отримання (закінчення лікування, завершення отримання послуг).

8.13. Страховик після отримання всіх необхідних передбачених умовами цього Договору належно оформлених документів приймає рішення щодо здійснення страхової виплати чи відмови у її здійсненні протягом 10 (десяти) робочих днів і протягом наступних 10 (десяти) робочих днів проводить страхову виплату або письмово повідомляє про причину відмови з обґрунтуванням такої причини.

8.14. В разі виникнення спорів між Сторонами щодо причин настання заявленого випадку та/або розміру збитків кожна зі Сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи за власний рахунок. В разі проведення незалежної експертизи за рахунок Страхувальника і за її результатами визнання Страховиком події страховим випадком сума вартості такої експертизи збільшує розмір страхової виплати за таким випадком в межах страхової суми.

8.15. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у її здійсненні у разі, якщо:

8.15.1. У Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником відомостей і документів. Строк відстрочення прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у її здійсненні) становить період отримання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але не може перевищувати 6 (шість) календарних місяців від дати прийняття Страховиком рішення про відстрочення у прийнятті рішення з метою перевірки достовірності наданих Страхувальником відомостей і документів;

8.15.2. На підставі наданих документів неможливо встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку та/або розмір страхової виплати. У такому випадку Страховик має право проводити незалежне розслідування або експертизу, в тому числі за участю незалежних фахівців (експертів), які мають відповідно до законодавства України належні повноваження. Строк відстрочення прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у її здійсненні) в цьому разі становить період проведення Страховиком незалежного розслідування або експертизи, але не може перевищувати 6 (шість) календарних місяців від дати прийняття Страховиком рішення про відстрочення у прийнятті рішення з метою проведення незалежного розслідування або експертизи;

8.15.3. Органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування щодо події, що може бути визнана страховим випадком, було розпочате досудове розслідування, протягом здійснення якого Страхувальника (Застрахованої особи, іншої особи, на користь якої укладено Договір) було визнано підозрюваним або обвинуваченим, рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком після закриття кримінального провадження, зупинення досудового розслідування або винесення вироку суду.

8.16. У разі порушення Застрахованою особою інструкцій (розпорядку) ЛПУ, медичних призначень, лікувально-організаційного режиму ЛПУ Страховик вправі відмовити Застрахованій особі у відшкодуванні відповідних понесених витрат.

8.17. Після здійснення страхової виплати обсяг відповідальності Страховика (розмір страхової суми та відповідних лімітів) зменшується на розмір здійсненої виплати. Загальна сума страхових виплат по Договору при настанні одного або декількох страхових випадків не може перевищувати розміру страхової суми та лімітів, визначених умовами Договору.

8.18. Страхові виплати здійснюються за вирахуванням суми франшизи, зазначеної в Частині 1 Договору. Якщо розмір франшизи визначений в валюті іншій, ніж Національна валюта України, то сума

франшизи є грошовим еквівалентом зазначеного в Частині 1 Договору розміру, розрахованого в Національній валюті України за курсом Національного банку України на дату страхової події.

8.19. Франшиза, визначена у відсотках, застосовується після застосування безумовної франшизи у грошовому еквіваленті.

9. Причини відмови у страховій виплаті.

9.1. Причинами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

9.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи) або особи, на користь якої укладений Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку;

9.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) або особою, на користь якої укладений Договір, умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

9.1.3. Надання Страхувальником (особою, яка має право на отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку, а також приховування відомостей щодо настання страхового випадку;

9.1.4. Неповідомлення Страховика про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеню страхового ризику;

9.1.5. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страховика без поважних причин про настання події, що має ознаки страхового випадку, у передбачений Договором строк або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

9.1.6. Невиконання Страхувальником зобов'язань, передбачених умовами цього Договору;

9.1.7. Настання страхового випадку внаслідок причин, які є виключенням зі страхових випадків та/або обмеженням страхування згідно умов цієї Частини 2 Договору;

9.1.8. Ненадання Страховику всіх належним чином оформлених документів, передбачених умовами п.7.2. Розділу I цієї Частини 2 Договору та п.19.1. Розділу II цієї Частини 2 Договору (якщо додаткове страхування від нещасних випадків передбачено в Частині 1 Договору).

9.1.9. Інші випадки, передбачені законом.

10. Права та обов'язки сторін

10.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

10.1.1. Ознайомитися з умовами Договору та Правилами, отримувати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов Договору;

10.1.2. Звертатися до Страховика для отримання інструкцій щодо дій при настанні події, що може бути визнана страховим випадком;

10.1.3. У разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та на умовах, передбачених Договором;

10.1.4. Ініціювати внесення змін та доповнень до умов Договору та/або його дострокове припинення на умовах, передбачених Договором, за умови письмового повідомлення Страховика про причини прийняття такого рішення;

10.1.5. Отримати дублікат Договору у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору на підставі письмового звернення до Страховика про видачу дублікату;

10.1.6. Оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або її розмір у судовому порядку.

10.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

10.2.1. При укладенні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі протягом строку дії Договору інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

10.2.2. Своєчасно сплатити страховий платіж у розмірі та строки, передбачені умовами Договору;

10.2.3. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета цього Договору;

10.2.4. Не допускати дій або бездіяльності щодо чинників, настання яких має вплив на ступінь страхового ризику (в тому числі свідомо не створювати ризику втрати чи заподіяння шкоди власному здоров'ю та (або) здоров'ю інших Застрахованих осіб, в тому числі дітей, які подорожують разом з ним, або інших осіб, якими він опікується), а у разі їхнього виникнення вживати всіх необхідних заходів для усунення обставин, що підвищують ступінь страхового ризику;

10.2.5. Вживати всіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку, в тому числі виконувати рекомендації лікарів;

10.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору, та в подальшому виконувати рекомендації Страховика;

10.2.7. Зберігати Договір та додатки до нього у разі їхньої наявності і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг;

10.2.8. Виконувати всі взяті на себе за цим Договором зобов'язання;

10.2.9. Якщо після здійснення страхової виплати за Договором виявиться обставина, що за Договором або чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє Застраховану особу (або Вигодонабувача) права на отримання страхової виплати, повернути Страховику отриману страхову виплату протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика.

10.2.10. Страхувальник зобов'язаний при укладенні Договору на користь іншої особи (Застрахованої особи), ознайомити її з умовами Договору та отримати її згоду на страхування, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.

10.3. Страховик має право:

10.3.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати надання відомостей та документів, що мають значення для визначення ступеня страхового ризику, а також іншої документації Страхувальника (Застрахованої особи), що стосується предмета Договору, у будь-який момент його дії;

10.3.2. У разі збільшення ступеня страхового ризику запропонувати Страхувальникові внести зміни до умов Договору, включаючи сплату додаткового страхового платежу, або припинити його дію відповідно до умов Договору;

10.3.3. Ініціювати внесення змін до умов Договору та/або його дострокове припинення на визначених ним умовах;

10.3.4. Робити запити для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку або розміру збитку, пов'язаного із настанням події (в т.ч. тієї, яка є лікарською таємницею), яка за умовами Договору може бути визнана страховим випадком, до компетентних органів, підприємств, медичних установ і організацій, що можуть володіти такою інформацією, з метою отримання відповідної інформації та документів;

10.3.5. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку, вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку або розміру збитку, включаючи інформацію, що є комерційною та/або медичною таємницею;

10.3.6. Відмовити у здійсненні страхової виплати або відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати чи відмову у її здійсненні у випадках та на умовах, передбачених цим Договором;

10.3.7. Вимагати від Страхувальника повернення здійсненої страхової виплати, якщо стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) на підставі умов Договору права на отримання страхової виплати (повністю або частково).

10.4. Страховик зобов'язаний:

10.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування;

10.4.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування);

10.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений умовами Договору строк;

10.4.4. За заявою Страхувальника (Застрахованої особи) у разі здійснення ним заходів, що зменшили ступінь страхового ризику, переукласти з ним Договір або внести зміни до його умов;

10.4.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) і його майнове становище, за винятком випадків, передбачених законом;

10.4.6. Виконувати всі взяті на себе за цим Договором зобов'язання.

11. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору.

11.1. За невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором Сторони несуть відповідальність згідно чинного законодавства України.

11.2. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Страхувальникові (Застрахованій особі) пені в розмірі 0,01% від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше 5% від суми заборгованості.

12. Порядок зміни і припинення дії Договору.

12.1. Зміни та доповнення до умов Договору вносяться лише протягом періоду його дії за згодою Сторін на підставі письмової заяви однієї зі Сторін шляхом укладення додаткової угоди чи додаткового договору до Договору, що є невід'ємною частиною Договору.

12.2. Для внесення змін у Договір Сторона-ініціатор має надати письмову заяву не пізніше ніж за 30 днів до дати передбачуваних змін до цього Договору. Якщо інша Сторона не згодна із внесенням

запропонованих змін Договір продовжує свою дію на попередніх умовах або на передбачених ним умовах припиняє свою дію.

12.3. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

12.3.1. за вимогою однієї із Сторін із дотриманням визначених Договором умов його дострокового припинення;

12.3.2. закінчення строку дії Договору;

12.3.3. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

12.3.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

12.3.5. смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22 і 24 Закону України «Про страхування»;

12.3.6. прийняття судового рішення про визнання договору недійсним;

12.3.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

12.4. В разі вимоги однієї із Сторін щодо дострокового припинення дії Договору Сторона, яка вимагає дострокового припинення дії Договору (Страховик або Страхувальник), направляє іншій Стороні відповідне повідомлення не менше ніж за 20 (двадцять) календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору. Таке дострокове припинення дії Договору вважатиметься згідно з частиною 3 статті 651 Цивільного кодексу України односторонньою відмовою від Договору.

12.5. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, у розмірі 50% страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

12.6. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страховика Страхувальникові повертаються сплачені ним страхові платежі повністю. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, у розмірі 50% страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

12.7. Розрахунок між Сторонами у разі дострокового припинення дії Договору здійснюється після врегулювання всіх заявлених Страхувальником збитків: здійснення страхових виплат або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову здійснити страхову виплату.

12.8. Для здійснення виплати належної до повернення частини страхового платежу при достроковому припиненні Договору чи його анулюванні (визнання неукладеним) до моменту набрання ним чинності за ініціативою Страхувальника останній має надати Страховику наступні документи (копії):

а. Договір (Частинну 1);

б. Документи для проведення ідентифікації особи-одержувача частини страхового платежу, передбачені чинним законодавством України (копії):

с. документа, що посвідчує особу одержувача виплати,

д. реквізити рахунку отримувача виплати (Застрахована особа/Вигодонабувач), відкритого в національній валюті України в банківській установі, яка створена і діє відповідно до законодавства України;

е. довідки державної податкової адміністрації про присвоєння ідентифікаційного номера одержувачу виплати (за наявності).


12.9. Строк виплати належної до повернення частини страхового платежу при достроковому припиненні Договору становить 30 (тридцять) робочих днів з дати припинення строку дії Договору, за умови, що на дату припинення дії Договору немає неврегульованих Страховиком заявлених Страхувальником збитків за Договором, а у випадку наявності неврегульованих заявлених збитків – 30 (тридцять) робочих днів з дати прийняття рішення про виплату страхового відшкодування або про відмову у виплаті.

13. Інші умови та підписи Сторін.

13.1. Спори, що виникають у зв'язку з виконанням умов цього Договору, вирішуються Сторонами в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

13.2. Страховик, керуючись нормами статті 207 Цивільного кодексу України та ст.12 Закону України «Про електронну комерцію», пропонує будь-яким дієздатним фізичним особам, що визначаються згідно з умовами преамбули цієї Публічної пропозиції (Частина 2 Оферти), застосовувати, з метою укладання між такою фізичною особою та Страховиком угоди, використання аналогу власноручного підпису

уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки Страховика, які відтворені засобами копіювання та зразки яких визнаються Сторонами та наведені в цьому пункті:

ПІБ уповноваженої особи Страховика	Берлін Віктор Михайлович
Посада уповноваженої особи Страховика	Генеральний директор
Зразок підпису уповноваженої особи Страховика, Зразок печатки Страховика	

13.3. У разі акцепту Оферти фізичною особою, що визначається згідно з умовами Частини 1 Договору страхування, Договір, укладений з використанням Страховиком аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки:

13.3.1. вважається таким, що укладений з наміром створити правові наслідки, що обумовлені таким Договором;

13.3.2. не з наміром приховання іншого правочину, що вчиняється Сторонами Договору;

13.3.3. при повному розумінні Сторонами природи правочину, що вчиняється, прав та обов'язків Сторін, що виникають на підставі цього Договору;

13.3.4. при повному розумінні Сторонами всіх обставин, що мають істотне значення для укладення та виконання цього Договору.

13.4. Цивільне законодавство, зокрема Цивільний кодекс України допускає можливість, а Закон України «Про страхування» не забороняє використовувати при вчиненні правочинів факсимільне відтворення підпису за допомогою засобів механічного, електронного або іншого копіювання, електронного підпису або іншого аналога власноручного підпису, в т.ч. за письмовою згодою сторін, у якій мають міститися зразки відповідного аналога їхніх власноручних підписів. Укладаючи цей договір, Страховальник/Застрахована особа дає свою згоду на використання Страховиком при вчиненні правочинів факсимільного відтворення підпису вказаної(-них) нижче уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика як аналога її/їхніх власноручних підписів на Договорі страхування та інших документах, пов'язаних із укладанням, виконанням чи зміною, припиненням Договору страхування.

13.5. Зразок відповідного аналога власноручного підпису уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика наступний:

Генеральний директор ТДВ «СК «ГАРДІАН»

В.М. Берлін

(Зразок підпису уповноваженої особи Страховика та відбиток печатки Страховика)



РОЗДІЛ II. УМОВИ ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ.

Це додаткове страхування не є обов'язковим за цим Договором і може включатись до його умов за бажанням Страхувальника та за згодою Застрахованої(их) особи(іб) чи не включатись, що зазначається в Частині 1 Договору.

16. Предмет договору страхування при страхуванні від нещасних випадків.

16.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою.

17. Перелік страхових випадків при страхуванні від нещасних випадків.

17.1. **Страховим випадком** є тілесне ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався із нею під час дії Договору (на території, визначеній умовами цього Договору як територія його дії), та прямим наслідком якого стала:

17.1.1. травматичне ушкодження Застрахованої особи;

17.1.2. смерть Застрахованої особи.

17.2. Випадок смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку визнається страховим випадком, якщо стався не пізніше ніж через 3 (три) місяці від дня настання нещасного випадку, незалежно від дати закінчення строку дії Договору.

17.3. Не вважаються нещасним випадком будь-які хвороби/захворювання, а також загострення чи ускладнення захворювань, навіть якщо такі виникли як наслідок нещасного випадку.

18. Виключення зі страхових випадків при страхуванні від нещасних випадків.

18.1. при страхуванні від нещасних випадків Страховик не визнає страховими випадками та не здійснює страхові виплати за всіма виключеннями та обмеженнями страхування, визначеними у п.6.5. та п.6.10. Розділу I Частини 2 цього Договору, а також не визнає страховими випадками:

18.1.1. смерть чи травматичне ушкодження Застрахованої особи, що стала наслідком будь-якого захворювання, в т.ч. супутнього;

18.1.2. травмування, смерть Застрахованої особи внаслідок будь-яких оперативних втручань та будь-яких їх наслідків, окрім оперативного лікування тілесних ушкоджень від нещасного випадку.

19. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків при страхуванні від нещасних випадків.

19.1. Для одержання страхової виплати Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач протягом 6 (шести) місяців з дня настання страхового випадку, а у разі смерті Застрахованої особи чи протягом 90 (дев'яноста) календарних днів з дня настання смерті, надають Страховикові такі документи, необхідні для здійснення страхової виплати:

19.1.1. за переліком, визначеним п.п.7.2.1.-7.2.4. Розділу I Частини 2 цього Договору;

19.1.2. Виписку з карти амбулаторного або стаціонарного хворого, підписану відповідальною особою та завірену печаткою медичного закладу (оригінал);

19.1.3. Висновок про наявність/відсутність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння Застрахованої особи в момент настання страхового випадку (оригінал);

19.1.4. Документ медичного закладу встановленої форми (027-о) із зазначенням: персональних даних та діагнозу Застрахованої особи, місця та часу настання нещасного випадку, дати та часу звернення до медичного закладу, опису події, що призвела до настання нещасного випадку (оригінал);

19.1.5. Документ відповідного компетентного державного органу (поліції тощо) про факт та обставини настання нещасного випадку, якщо представник такого органу був викликаний на місце події;

19.1.6. У разі смерті Застрахованої особи – нотаріально засвідчену копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи; нотаріально засвідчену копію лікарського свідоцтва про смерть із зазначенням причини смерті (повного діагнозу); матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; оригінал або нотаріально засвідчену копію документу про право на спадщину Вигодонабувача.

19.1.7. Інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика.

20. Порядок і умови здійснення страхової виплати при страхуванні від нещасних випадків.

20.1. При страхуванні від нещасних випадків страхові виплати здійснюються у розмірі певного відсотку від розміру страхової суми по страхуванню від нещасних випадків, зазначеного в Частині 1 Договору, в залежності від характеру страхового випадку:

20.1.1. У разі травматичного ушкодження Застрахованої особи – в розмірі частки страхової суми згідно з Таблицею страхових виплат, яка є Додатком до Правил-2.

20.1.2. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок настання нещасного випадку – 100 % страхової суми.

21. Всі інші умови страхування від нещасних випадків відповідають умовам страхування медичних витрат, викладеним в Розділі I цієї Частини 2 Договору.

РОЗДІЛ III. ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ.

14. При настанні події, передбаченої умовами Договору, Застрахована особа або особа, яка представляє інтереси Застрахованої особи (родич, друг, знайомий, співробітник Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо) зобов'язана(ий) негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання події, в будь-який час доби, повідомити про настання такої події Асистуючу компанію (сервісну службу Страховика) та отримати інформацію щодо подальших дій засобами зв'язку, зазначеними в Частині 1 Договору. Повідомлення має містити:

- назву Страхової компанії, номер Договору страхування та строк його дії;
- прізвище та ім'я Застрахованої особи; точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон;
- територію дії Договору страхування;
- розмір страхової суми, розмір франшизи та назву Програми страхування;
- наявність/відсутність будь-якого іншого страхування, іншого безоплатного забезпечення медичними послугами (їх частиною);
- опис того, що трапилось;
- відповіді на питання представника Асистуючої компанії.

15. При зверненні до представників Асистуючої компанії Застрахована особа (її представник) мають поводитись етично, не застосовувати нецензурну лексику, не підвищувати голос. При порушенні таких норм Асистуюча компанія / Страховик залишає за собою право припинити обслуговування та виконання своїх зобов'язань в частині організації та/чи надання медичному чи іншому закладу гарантії оплати медичної та/чи іншої передбаченої умовами Договору допомоги. Подальше врегулювання заявленого випадку проводиться шляхом самостійної оплати Застрахованою особою (її повноважним представником) всіх медичних та інших витрат з наступним наданням Страховику повного належно оформленого пакету документів, передбачених умовами Договору, для вирішення питання щодо здійснення страхової виплати (компенсації понесених витрат / їх частини) чи відмови у її здійсненні.

16. Застрахована особа (її представник) мають виконувати рекомендації представника Асистуючої компанії та узгоджувати з ним всі свої дії, пов'язані з отриманням допомоги. За вимогою Асистуючої компанії Застрахована особа (або її представник) має надати документи, що підтверджують її особу та документально підтвердити строк та підстави свого перебування на території України, зокрема:

- Договір страхування або його копію;
- копію всіх сторінок закордонного паспорту чи іншого документу Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону;
- копію документу, що засвідчує підстави та мету перебування на території України.

17. В разі, якщо звернення до Асистуючої компанії зафіксовано в неробочий час (вечірній, нічний час, вихідні чи святкові дні), Асистуюча компанія може рекомендувати Застрахованій особі (її представнику) самостійну оплату первинної невідкладної медичної допомоги, в тому числі до встановлення клінічного діагнозу, з подальшим вирішенням у робочий час питань надання гарантій оплати на подальше лікування та відшкодування витрат на первинну невідкладну медичну допомогу.