

**ПУБЛІЧНА ПРОПОЗИЦІЯ (ЧАСТИНА 2 ОФЕРТИ) НА УКЛАДЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ ПІД ЧАС ПОДОРОЖІ ЗА МЕЖАМИ УКРАЇНИ, програма Е (Договір).**

**Частина 2 Договору (публічна частина Договору)**

Ця публічна частина (загальні умови) електронного договору страхування медичних витрат під час подорожі за межами України, програма Е, є електронним документом, який підписаний кваліфікованим електронним підписом повноважної посадової особи Страховика, і офіційною пропозицією **ТОВАРИСТВА З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ГАРДІАН»**, місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 96, код ЄДРПОУ 35417298, дата прийняття та номер розпорядження про внесення до Державного реєстру фінансових установ 29.12.2007 №8480, реєстраційний номер 11102139, Свідоцтво серія СТ № 524, код фінансової установи 11, **Контактні дані: тел.: 0-800-503-114, [office@grdn.com.ua](mailto:office@grdn.com.ua), <https://grdn.com.ua/>** (далі – Страховик/Сторона Договору) невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – Клієнти, а після прийняття умов цієї Оферти – Страхувальники/Сторони Договору) укласти із Страховиком електронний договір страхування медичних витрат під час подорожі за межами України, програма Е (далі – Договір або договір страхування або електронний договір страхування) з використанням інформаційно-комунікаційної системи (далі – ІКС) Страховика та/або його партнера, після акцепту пропозиції та укладення відповідного Договору ця Публічна пропозиція (Частина 2 Оферти) є Частиною 2 Договору / публічною частиною Договору.

Договір укладається на підставі Ліцензії на діяльність із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховування) від 29.04.2024 року відповідно до Витягу із Державного реєстру фінансових установ №27-0024/33313 від 30.04.2024: клас 18 - страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі, а саме:

- страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон, та відповідно до Загальних умов страхового продукту «Страхування медичних витрат під час подорожі», затверджених Наказом №32 від 20.12.2023р. та розміщених на сайті Страховика <https://grdn.com.ua/docs/conditions/vzk-n32-201223.pdf> (далі – Загальні умови), Інформаційного документу про стандартний страховий продукт «Страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі за межами України, програма Е», розміщеного на сайті Страховика <https://grdn.com.ua/docs/vzk-E-info-n73-301025.pdf>, Закону України «Про страхування», із дотриманням вимог Законів України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», «Про електронну комерцію», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис» та згідно норм чинного законодавства.

Ліцензії розміщені на сайті Страховика за посиланням: <https://grdn.com.ua/licenses>.

**1. Загальні положення та порядок укладення Договору.**

1.1. Договір укладається у порядку, передбаченому Законом України «Про електронну комерцію», на умовах цієї Публічної частини Договору, яка розміщується на сайті Страховика на сторінці: <https://grdn.com.ua/publicnij-dogovor-oferta/> та/або його партнера, та Частини 1 Договору, яка містить індивідуальні умови страхування, шляхом надсилання Страховиком клієнту пропозиції його укласти (Оферти) та прийняття її Клієнтом (акцепту) з використанням ІКС Страховика та/або його партнера. 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 Договір включає всі передбачені законом 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 (акцепту) надаються Клієнту в електронному вигляді після заповнення в ІКС Страховика або його партнера заявки на страхування.

1.3. Надання Клієнту доступу до Частини 1 Договору, яка містить індивідуальні умови Договору (а саме: страхувальник, застраховані особи, вигодонабувач, інформація про предмет та об'єкт страхування, перелік страхових ризиків, розміри страхової суми та лімітів відповідальності Страховика, страхового тарифу, страхової премії, порядку та строків її сплати, франшизи; строк дії Договору, територія дії Договору та інші умови) 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 страхової премії у розмірі, визначеному умовами Договору. 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 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».

1.7. Зі сторони Страховика Договір підписується кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком на підписання договорів страхування, із кваліфікованою електронною позначкою часу, накладеним такою особою. Протягом дії воєнного стану та шести місяців з дня його припинення для підписання електронного договору страхування зі сторони Страховика може використовуватись удосконалений електронний підпис.

1.8. Одразу після підписання Договору обома сторонами Страховик надсилає Страхувальнику укладений ним електронний договір страхування у формі, що унеможливорює спотворення його змісту, на електронну пошту або номер телефону Страхувальника, вказані ним при заповненні заявки на страхування.

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

1.10. Страховик зобов'язується на письмову вимогу Страхувальника створити паперову копію Договору страхування, підписати, скріпити печаткою та надати Страхувальнику у вказаний ним спосіб протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги.

1.11. 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.

1.12. 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](mailto:office@grdn.com.ua) (далі – електронна адреса Страховика), при цьому засобом електронної пошти Страховик не направляє інформацію, яка належить до таємниці страхування медичної чи іншої таємниці у відповідності до норм чинного законодавства України.

1.13. Страховик надає Клієнту для ознайомлення документи та інформацію, зазначену у ст.86 та ст.87 ЗУ «Про страхування», шляхом розміщення їх на власному сайті у відкритому доступі за посиланнями відповідно: <https://grdn.com.ua/insurance-product-info> та <https://grdn.com.ua/rozkrityya-informacii/>, а також шляхом надання для ознайомлення повного тексту проекту Договору до його укладення.

1.14. 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.

1.15. Підписуючи Договір, Сторони та 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».

1.16. Підписуючи Договір, Страхувальник підтверджує, що до укладення Договору страхування йому надано всю інформацію про страховий продукт, про Страховика та його партнера, страхового посередника, передбачену нормами ст.86, 87 та ст.88 ЗУ «Про страхування», ця інформація йому зрозуміла та він із нею погоджується.

1.17. Підписанням Договору Страхувальник надає Страховику згоду від свого імені та від імені Застрахованих осіб, згоду від яких отримав і підтверджує це, на:

1.17.1. отримання Страховиком всієї (будь-якої) інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи, в т.ч. тієї, що становить медичну таємницю, та, відповідно, на розголошення такої інформації особами яким вона відома, та надання її Страховику;

1.17.2. обробку персональних даних та передачу інформації, що становить таємницю страхування (таємницю фінансової послуги) Страховику та страховому посереднику (агенту);

1.17.3. отримання повідомлень (в тому числі комерційних повідомлень) шляхом sms-інформування, інформування електронною поштою і на фіксацію, запис та використання інформації, отриманої від Страхувальника / Застрахованої особи / Вигодонабувача /їх представників (в тому числі телефонних розмов) з метою виконання цього Договору та законодавства України.

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

1.19. Цей Договір не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими.

**1.20. Розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування становить до 80% страхової премії.**

1.21. Порядок розгляду звернень споживачів Страховиком, уключаючи інформацію про уповноважені державні органи (уключаючи Національний банк України), до яких відповідно до законодавства України споживач має право подати звернення з питань захисту прав споживачів фінансових послуг розміщених на сайті Страховика за посиланням: <https://grdn.com.ua/docs/poryadok-rozhlyadu-zvernen-spozhyvachiv.pdf>.

1.22. Порядок обміну повідомленнями між Сторонами. Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач може направляти Страховику повідомлення на адресу електронної пошти: [pw@grdn.com.ua](mailto:pw@grdn.com.ua), засобом поштового зв'язку на адресу місцезнаходження Страховика, а також телефонувати за номером телефону: 0 800 503 114. Страховик надає по телефону та направляє повідомлення засобом електронної пошти лише ті, що містять інформацію загального характеру. Повідомлення, які містять інформацію, що належить до таємниці страхування чи медичної таємниці, направляються лише письмово засобом поштового зв'язку на адресу, зазначену Страхувальником/Вигодонабувачем у відповідній заяві/зверненні.

1.23. Підписанням індивідуальної частини Договору Страхувальник підтверджує, що до укладення Договору Страховик (страховий посередник) виконав вимоги п.2 ст. 85 Закону України «Про страхування» (далі – Закон) щодо з'ясування потреб та вимог Страхувальника у страхуванні, забезпечив Страхувальника необхідною, повною, доступною та достовірною, вичерпною інформацією про страховий продукт, в обсязі, передбаченому ст. 86 Закону, яка розміщена за посиланням: <https://grdn.com.ua/docs/vzk-E-info-n73-301025.pdf>, про Страховика – в обсязі, передбаченому ст. 87 Закону, яка розміщена за посиланням: <https://grdn.com.ua/rozkrittaya-informacii/>, про страхового посередника в обсязі, передбаченому ст. 88 Закону, надав всю інформацію, передбачену ч. 5 ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», у спосіб, що не ускладнює розуміння суті фінансової послуги, її істотних умов та не створює враження, що клієнт не має права відмовитися від отримання фінансової послуги, без нав'язування її придбання.

1.24. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що ознайомив Застраховану особу з умовами Договору та отримав її згоду на страхування до моменту укладення Договору, порядок абз. 2 частини 2 статті 90 ЗУ «Про страхування» не застосовується.

1.25. Укладаючи цей договір, Страхувальник підтверджує, що:

- із загальними умовами страхового продукту «Страхування медичних витрат під час подорожі», а також умовами програми страхування та групи ризику він/вона ознайомлений(-на), вони йому/їй повністю зрозумілі, він/вона приймає їх та погоджується з ними; з тарифами Страховика ознайомлений(-на) і згодний(-на);

- волевиявлення Страхувальника є повним та безумовним погодженням (акцептом) умов цієї публічної частини Договору;

- вибір Страховика є його суб'єктивним правом і не залежить від будь-яких зовнішніх чинників;

- попереджений про правові наслідки свідомого повідомлення Страховику неправдивих відомостей про предмет Договору страхування та інформації, пов'язаної з ним, та ознайомлений і усвідомлює щодо можливого застосування Страховиком права відмови у Страховій виплаті;

- ознайомив Застрахованих осіб з умовами Договору та отримав їх згоду на страхування до моменту укладення Договору, порядок абз.2 частини.2 статті 90 ЗУ «Про страхування» не застосовується;

- **знає про свій обов'язок згідно вимог закону повідомити Застрахованих осіб про цей укладений на їх користь Договір страхування;**

- надає дозвіл/згоду медичним працівникам на розкриття інформації Страховику або уповноваженій ним особі щодо стану здоров'я Страхувальника та/або Застрахованої особи та знімає з медичних працівників (лікарів) відповідальність за збереження лікарської таємниці;

- отримав повну та компетентну інформацію щодо правових наслідків та порядку здійснення розрахунків у разі дострокового припинення дії Договору страхування, щодо механізму захисту Страховиком прав споживачів, щодо порядку сплати податків і зборів за рахунок фізичних осіб в результаті отримання фінансової послуги, а також щодо порядку врегулювання спірних питань, які виникають між Сторонами у процесі надання фінансової послуги;

- Страхувальнику повідомлені реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (адреса, номер телефону, тощо), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів;

- Страхувальника повідомлено та він/вона ознайомлений(-на) з інформацією про порядок обробки його/її персональних даних Страховиком та про те, що його /її персональні дані можуть бути передані Страховиком третім особам, про що зазначено на інтернет-сторінці Страховика за посиланням: <https://grdn.com.ua/rozkrittaya-informacii/>;

- Страхувальник надає свою згоду на отримання від Страховика, компаній-партнерів або компаній-агентів Страховика повідомлень і матеріалів інформаційного рекламного змісту за допомогою звичайних поштових відправлень та листів-звернень, електронних засобів зв'язку, SMS- повідомлень або телефонних дзвінків;

- Страхувальник не належить до публічних діячів, їх близьких або пов'язаних осіб у значенні відповідно до Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», та у разі, якщо належатиме до таких осіб, він/вона зобов'язаний(-на) впродовж одного робочого дня повідомити про це Страховика.

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

1.27. Умови страхування включають:

- Розділ I. Загальні умови страхування;
- Розділ II. Умови страхування медичних витрат під час подорожі за межами України (далі – страхування медичних витрат);
- Розділ III. Пам'ятка для Застрахованої особи.

## **РОЗДІЛ I. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ.**

### **2. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ**

2.1. Асистуюча компанія (Асистанс) – суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам,

визначеним Договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування.

2.2. Амбулаторне лікування – це медична та/чи пов'язана з медичною допомогою/послуга, яка надається відвідувачам з метою обстеження та/або лікування та/або з профілактичною метою в лікувально-профілактичних закладах якими є: поліклініки, амбулаторії, денні стаціонари, травм пункти, фельдшерсько-акушерські пункти, центри первинної медико-санітарної допомоги тощо, в разі, якщо лікування не вимагає цілодобового перебування в лікувальному закладі під наглядом медичного персоналу.

2.3. Вигодонабувач – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства. Вигодонабувачем за Договорами цього страхового продукту є Застрахована особа, в разі її неповноліття – законний представник, в разі смерті – згідно законодавства України.

2.4. Гостре захворювання – раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до значного погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю.

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. Група ризику – зазначається у Частині 1 Договору і визначає мету подорожі. За цим Договором група ризику визначає таку мету подорожі як туристичну подорож за межі України з будь-якою метою, крім здійснення оплачуваної діяльності в місці, куди особа від'їжджає, і позначається в Частині 1 Договору як «Т». Також за цим Договором можуть застосовуватись коефіцієнти підвищення суми страхової премії у випадках страхування осіб певних вікових категорій.

2.7. Договір страхування (далі по тексті – Договір чи Договір страхування) – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у визначений строк та виконувати інші умови Договору страхування.

2.8. Екстрена (невідкладна) 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, при якому застосовуються лікарські засоби, призначені саме для лікування невідкладних станів.

2.9. Екстрене оперативне втручання – операція, яку необхідно зробити негайно (протягом 1-2 годин), коли найменша затримка може призвести до погіршення прогнозу, важких ускладнень та негативних наслідків для життя та здоров'я.

2.10. Загострення хронічного захворювання (хвороби) – стадія хронічного захворювання (хвороби), яка характеризується значним посиленням існуючих симптомів захворювання та появою нових і клінічно має картину гострого захворювання.

2.11. Загроза життю та здоров'ю – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної невідкладної/екстреної медичної допомоги може призвести до смерті Застрахованої особи чи значного та тривалого розладу здоров'я (інвалідності).

2.12. Застрахована особа – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я та працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування.

2.13. Здоров'я – це стан організму, в якому відмічається відповідність структури та функції, а також здатність регуляторних систем підтримувати стабільність внутрішнього середовища (гомеостаз).

2.14. ІКС – інформаційно-комунікаційна система – сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле. Телекомунікаційні системи являють собою комплекс програмного та апаратного обладнання, який з'єднаний один з одним в один ланцюг, що здійснює передачу даних з однієї точки в іншу. Така передача даних можлива завдяки чіткій структуризації телекомунікаційної мережі. В розумінні цього страхового продукту ІКС включає програмне забезпечення Страховика та його партнера.

2.15. Консервативне лікування – лікування без застосування будь-яких хірургічних втручань.

2.16. Країна перебування – територія держави, на якій знаходиться Застрахована особа в період дії

Договору. Під час дії Договору Застрахована особа може відвідувати декілька іноземних країн, при цьому Договір буде діяти на території кожної з цих країн, якщо останні входять в перелік території страхування за цим Договором.

2.17. Ліміт відповідальності Страховика – грошові суми, в межах яких Страховик відповідно до умов страхування медичних витрат зобов'язаний здійснити Страхувану 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 (UAH), Євро (EUR)).

2.18. Медичні витрати – витрати на отримання медичної допомоги, медичних послуг, уключаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги), певного переліку та якості в обсязі, передбаченому договором страхування, зумовлені настанням із Застрахованою особою визначеного Договором страхування страхового випадку, який призвів до потрапляння у скрутне становище під час здійснення подорожі, з урахуванням обмежень, передбачених умовами Договору страхування.

2.19. Місце постійного проживання – місце/адреса, за якою Застрахована особа постійно проживає на території України/країни громадянства.

2.20. Навмисні дії – дії Страхувальника (Застрахованої особи), здійснюючи які він передбачає та свідомо завдає шкоди собі та/або третій особі.

2.21. 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 (каретою/бригадою швидкої допомоги), інтенсивного лікування із застосуванням лікарських засобів, призначених саме для лікування невідкладних станів, та цілодобового медичного догляду та моніторингу стану протягом більше доби.

2.22. 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.

2.23. Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування, подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю, працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування. 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; укуси тварин, отруйних комах, змій. Протиправні дії третіх осіб до нещасних випадків не належать в розумінні умов цього Договору (цього страхового продукту).

2.24. Одноразовий ідентифікатор – алфавітно-цифрова послідовність (комбінація цифр і літер, або тільки цифр, або тільки літер), що її отримує споживач від іншої сторони договору засобом зв'язку, погодженим споживачем та іншою(ими) стороною(ами) договору, та яка може додаватись споживачем до інших електронних даних та надсилатись іншій(им) стороні(ам) договору, уключаючи з метою укладення електронного договору в порядку, визначеному Законом України «Про електронну комерцію».

2.25. Партнер – юридична або фізична особа, яка діє від імені та за дорученням Страховика і укладає Договори страхування за допомогою ІКС із клієнтами – потенційними страхувальниками на підставі відповідних закону договірних відносин.

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

2.27. 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.

2.28. 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/невідкладної медичної допомоги). Екстрена/невідкладна медична допомога надається до усунення гострих проявів розладу здоров'я Застрахованої особи, коли зникає пряма загроза життю Застрахованої особи і вона може бути переведена із відділення лікування невідкладних станів в інше відділення для подальшого стаціонарного та/або амбулаторного долікування).

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

2.30. Розлад здоров'я – стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональним та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

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

2.32. Страхова виплата (страхове відшкодування) – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.

2.33. Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.

2.34. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

2.35. Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору.

2.36. Страховий випадок – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування або відповідно до законодавства.

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

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

2.39. Страховий тариф – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.

2.40. Страховик – ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ГАРДІАН», ЄДРПОУ 35417298, яке зобов'язується здійснювати страхові виплати на визначених Договором умовах та за визначену винагороду (страхову премію).

2.41. Страхувальник – особа, яка уклала із Страховиком договір страхування або є страхувальником відповідно до законодавства. Страхувальник може бути одночасно Застрахованою особою.

2.42. Страхування медичних витрат – страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі.

2.43. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страховика і Страхувальника та зазначається в Договорі страхування.

2.44. Територія дії Договору – територія (географічна зона), на яку поширюється страхове покриття за Договором страхування, а також обмеження щодо конкретних територій, на які страхове покриття не поширюється.

2.45. Умовна одиниця – грошова одиниця іноземної валюти, у якій обчислюється страхова сума, ліміти відповідальності Страховика та франшиза згідно з умовами Договору. За цим Договором умовною одиницею є Євро (EUR).

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

2.47. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування та/або законодавством. В цьому Договорі застосовується безумовна франшиза як абсолютна грошова величина, яка не відшкодовується Страховиком при настанні страхового випадку. Збитки, що перевищують розмір франшизи, оплачуються (відшкодовуються) Страховиком з вирахуванням розміру франшизи. Збитки, що не перевищують франшизи, не відшкодовуються Страховиком. Франшиза, встановлена в грошовій одиниці, відповідає грошовій одиниці страхової суми. Розмір франшизи

зазначається в індивідуальній частині Договору.

2.48. Функціональні розлади – в розумінні умов цього Договору це порушення нормального функціонування органів та/або систем, якщо за результатами проведення будь-яких з обстежень / досліджень (клінічних, лабораторних, інструментальних, функціональних, спеціалізованих) наявність стійких незворотних структурних та морфологічних змін не виявлена / достовірно не підтверджена або якщо відповідних розлад зникає після усунення причини його виникнення та/чи компенсації його відповідних наслідків.

2.49. 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. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ.

3.1. Договір укладається за процедурою, визначеною в п.1.1-п.1.17. цієї Публічної частини Договору.

3.2. Страхова премія сплачується в грошовій одиниці України одразу за весь строк дії Договору.

3.3. Договір страхування не укладається стосовно осіб віком до 1 (одного) року та віком понад 70 (сімдесят) років. Особи віком до 18 років приймаються на страхування лише за умови страхування іншої повнолітньої особи, яка супроводжує неповнолітню у подорожі за кордон на підставі належним чином оформлених документів, за ідентичними умовами страхування.

3.4. За цим Договором Страхувальниками (Застрахованими особами) не можуть бути особи:

3.4.1. визначені у встановленому порядку недієздатними;

3.4.2. особи із встановленою першою групою інвалідності (або категорією дитина-інвалід) та непрацюючі особи із встановленою другою групою інвалідності;

3.4.3. які на момент укладення Договору мають наступне(і) захворювання та/чи стан(и):

- СНІД, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія;

- будь-які форми серцево-судинних захворювань, які супроводжуються хронічною серцево-судинною недостатністю (незалежно від функціонального класу) та/або мають в анамнезі: напади аритмії та/або гіпертонічні кризи та/або гострі порушення коронарного кровотоку (інфаркт) та/або гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт) та/або будь-яке кардіохірургічне втручання та/або патологію магістральних судин;

- інсулін-залежна форма цукрового діабету;

- будь-яке хронічне захворювання в стадії декомпенсації та/або яке вимагає постійного прийому медичних препаратів та/або регулярного стаціонарного лікування (не рідше одного разу на рік);

- будь-які новоутворення головного чи спинного мозку, хребта, життєво-важливих органів;

- будь-які злоякісні новоутворення незалежно від локалізації та їх ускладнення;

- будь-які види енцефалопатій;

- із будь-якими психічними захворюваннями та/або розладами.

3.5. Якщо виявиться, що на дату укладення Договору Страхувальник (Застрахована особа) була особою, визначеною у п.3.3. чи п.3.4. п.3 цієї Частини 2 Договору, то Договір вважається таким, що не вступив в дію з дати його укладення, страхові виплати за таким Договором не здійснюються, а страхова премія підлягає поверненню Страхувальнику протягом 30 днів з дати виявлення Страховиком такого факту та за умови надання Страхувальником реквізитів для здійснення такого повернення.

### 4. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ.

4.1. Цей Договір починає діяти з дати, визначеної у ньому як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00:00 годин дня, наступного за днем внесення (зарахування) на поточний рахунок Страховика страхової премії, передбаченої умовами Частини 1 Договору.

4.2. При цьому дія страхового захисту за цим Договором:

4.2.1. в разі перебування Застрахованої особи під час укладення Договору на території України починається з моменту проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю України при виїзді за кордон, але не раніше 00 годин 00 хвилин за Київським часом дня, вказаного як дата початку строку дії Договору, за умови попередньої сплати страхової премії у строки, визначені Договором,

4.2.2. в разі перебування Застрахованої особи під час укладення Договору за межами території України, починається з 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати, зазначеної у Договорі як дата початку дії

Договору, яка не може бути раніше ніж через 7 (сім) днів з дати укладення Договору, за умови попередньої сплати страхової премії у строки, визначені Договором,

4.2.3. закінчується в момент проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю України при поверненні з-за кордону або при перетині кордону на в'їзд до території (в т.ч. країни/країн), на яку дія страхового захисту за Договором не розповсюджується (страховий захист поновлюється в момент повернення на територію страхування), або о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, вказаного як дата закінчення строку дії Договору (за датою, що настала раніше).

4.3. Строк дії Договору (дата початку та дата закінчення), а також максимальна (сумарна) кількість днів дії страхового захисту при перебуванні Застрахованої особи за кордоном України (в поїздках, подорожах) в межах строку страхування (строку дії Договору), зазначаються у Частині 1 Договору у розділах відповідно «Строк дії договору /Period of Agreement» та «Кількість днів страхування / Number of days of insurance». При здійсненні закордонних подорожей в межах строку дії Договору максимальна загальна кількість днів перебування Застрахованої особи в поїзді (поїздках) за кордоном України, щодо яких діє страховий захист за Договором, зменшуються на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи в поїзді (поїздках) за кордоном України. Факт перетину кордону підтверджується відмітками в закордонному паспорті Застрахованої особи, а за їх відсутності – довідкою про перетинання державного кордону України, виданою Державною прикордонною службою.

4.4. Територія дії Договору (територія дії страхування) зазначається в Договорі (його індивідуальній частині) як один з варіантів:

- окрема, окрім України, країна («Польща», «Німеччина» тощо) – крім зон збройних та інших конфліктів та тих територій, які знаходяться під санкцією ООН;
- географічна зона («Європа/Еуроре», «Країни Середземномор'я» тощо) – крім зон збройних та інших конфліктів та тих територій, які знаходяться під санкцією ООН.

До географічної зони «Європа/Еуроре» за цим Договором належать: Азербайджан, Вірменія, Білорусь, Казахстан, Киргизстан, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, російська федерація, Грузія, Латвія, Литва, Естонія, Австрія, Албанія, Андорра, Бельгія, Болгарія, Боснія і Герцеговина, Ватикан, Великобританія, Греція, Данія, Ірландія, Ісландія, Іспанія, Італія, Косово, Ліхтенштейн, Люксембург, Македонія, Мальта, Монако, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Португалія, Румунія, Сан-Марино, Сербія, Словаччина, Словенія, Угорщина, Фінляндія, Франція, Хорватія, Чехія, Чорногорія, Швейцарія, Швеція; Єгипет, Туреччина.

4.5. Цей Договір діє на території, яка зазначена в його Частині 1, окрім території України, країни постійного проживання, країни громадянської належності Застрахованої особи, зон збройних та інших конфліктів та тих територій, які знаходяться під санкцією ООН.

## **5. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ**

5.1. Будь-які 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 у паперовій формі, що є невід'ємною частиною Договору й складається в кількості примірників Договору.

5.2. Для внесення змін у Договір Сторона-ініціатор має надати письмову заяву не пізніше ніж за 10 днів до дати передбачуваних змін до цього Договору. Розмір страхової премії протягом дії Договору може бути змінений, якщо це передбачено умовами Договору, за згодою Сторін у випадках та в порядку, передбаченим ч.7 ст.95 Закону «Про страхування».

5.3. Якщо інша Сторона не згодна із внесенням запропонованих змін Договір продовжує свою дію на попередніх умовах або на передбачених ним умовах припиняє свою дію.

5.4. Дія цього Договору припиняється за згодою Сторін, а також у разі:

5.4.1. За вимогою однієї із Сторін із дотриманням визначених Договором умов його дострокового припинення;

5.4.2. Закінчення строку дії Договору;

5.4.3. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

5.4.4. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

5.4.5. Смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків,

передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»;

5.4.6. Втрати Страхувальником – фізичною особою дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтею 101 Закону України «Про страхування»;

5.4.7. Набрання законної сили рішенням суду про визнання договору недійсним;

5.4.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

5.5. 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 10 (десять) календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору. Таке дострокове припинення дії Договору вважатиметься згідно з частиною 2 статті 651 Цивільного кодексу України односторонньою відмовою від Договору.

5.6. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

5.7. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

5.8. 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.

5.9. 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 не врегульованих Страховиком заявлених Страхувальником збитків за Договором.

5.10. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім випадків, якщо:

5.10.1. Договір страхування був укладений на строк менше 30 календарних днів;

5.10.2. за Договором повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку

5.11. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

5.12. Страховик зобов'язаний протягом 15 робочих днів повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

5.13. Якщо протягом періоду від початку дії Договору до отримання Страховиком письмового повідомлення Страхувальника про відмову від Договору сталася подія, що має ознаки страхового випадку, і про цю подію було повідомлено Страховику, то Страхувальник зобов'язаний надати Страховику всі передбачені умовами Договору документи для прийняття рішення щодо визнання випадку страховим і здійснення страхової виплати чи невизнання випадку страховим і відмови у її здійсненні. Після прийняття такого рішення Страховик протягом 15 робочих днів повертає Страхувальнику сплачену страхову премію за вирахуванням суми страхової виплати (в разі, якщо було прийнято рішення про здійснення страхової виплати) або повністю (в разі, якщо було прийнято рішення про відмову у страховій виплаті).

## **6. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.**

6.1. 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:

6.1.1. Шляхом оплати послуг, що надаються Застрахованій особі у зв'язку із настанням страхового випадку, за посередництвом Асистуючої компанії 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

6.1.2. Застрахованій особі (Страховальнику, Вигодонабувачеві) за умови попереднього погодження з Асистуючою компанією отриманих Застрахованою особою та оплачених нею (Страховальником, Вигодонабувачем) послуг в межах, визначених цим Договором, або

6.2. Якщо Застрахована особа (її представник) не узгодить із Асистансом чи Страховиком виставлений медичним закладом рахунок до його самостійної оплати, то сума страхової виплати, в разі прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати, не може перевищувати 100 (сто) Євро.

6.3. Якщо репатріацію тіла Застрахованої особи здійснила третя особа, без погодження із Асистуючою компанією (Страховиком), то Страховик відшкодовує документально підтвержені витрати на репатріацію особі, яка понесла такі витрати, але не більше ніж 1000,00 Євро (Одна тисяча Євро 00 центів).

6.4. Страхові виплати Застрахованій особі (Страховальнику, Вигодонабувачеві) здійснюються у національній валюті України по курсу Національного банку України (далі – НБУ) на дату настання страхового випадку у безготівковій формі або іншим способом, не забороненим чинним законодавством України, за погодженням із Страховиком.

6.5. 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 факт та обставини настання страхового випадку і розмір збитків, наданих в порядку, передбаченому умовами цього Договору.

6.6. 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.6.1.1. п.6.1. п.6 Розділу I цієї Частини 2 Договору, в інший термін, передбачений відповідним договором доручення (договором про надання послуг асигансу).

6.7. 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.

6.8. Страховик має право відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати у випадках:

6.8.1. Ненадання Страховику документів, визначених цим Договором. В цьому разі прийняття рішення відкладається на строк, необхідний для повного з'ясування причин, обставин та наслідків страхового випадку та отримання відповідних підтверджуючих належним чином оформлених документів;

6.8.2. Наявності обґрунтованих сумнівів у правомірності вимог Застрахованої особи (Страховальника, Вигодонабувача) на одержання страхової виплати, в тому числі внаслідок виникнення у Страховика сумнівів стосовно достовірності наданих Застрахованою особою (Страховальником, Вигодонабувачем) відомостей та/ чи документів або якщо на підставі наданих документів неможливо встановити факт, обставини, причини страхового випадку та (або) розмір завданих збитків (здійснених витрат). У цьому випадку відстрочення відбувається до одержання Страховиком необхідних доказів та документів самостійно та/або надання Страховальником (Застрахованою особою) Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження факту, причин та обставин страхового випадку, розміру збитку та інших документів, необхідних для здійснення страхової виплати.

6.8.3. Якщо органами внутрішніх справ чи іншими компетентними органами будь-якої держави відкрито кримінальне чи інше провадження і ведеться розслідування обставин, що призвели до страхового випадку, то в цьому випадку відстрочення відбувається до закінчення розслідування та ухвалення відповідного рішення у цій справі. Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після закінчення зазначеного розслідування (його зупинення, складання обвинувального висновку, закриття кримінального провадження тощо) та отримання Страховиком відповідного документу.

6.9. Для отримання страхової виплати Страховальник/Застрахована особа/Вигодонабувач повинен надати Страховику на адресу місцезнаходження Страховика наступні документи, що є загальними для будь-якого страхового випадку:

- письмову заяву за формою, встановленою Страховиком – оригінал, паперова форма;

- Частину 1 Договору – паперову копію;
- копії всіх сторінок закордонного паспорту Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону, засвідчені особистим підписом Застрахованої особи чи Вигодонабувача (в разі неповноліття чи смерті Застрахованої особи) та/або оригінал довідки про перетинання державного кордону України, отриманої в Державній прикордонній службі;
- копію сторінок вітчизняного паспорту громадянина Застрахованої особи/Вигодонабувача або документу, що його замінює, засвідчених її/його особистим підписом;
- копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованої особи/Вигодонабувача, засвідчену її/його особистим підписом;
- оригінал або нотаріально засвідчену копію документу, що підтверджує право Вигодонабувача на отримання страхової виплати (в т.ч. в разі неповноліття Застрахованої особи або її смерті) – паперова форма.

За окремими видами страхових випадків подаються також інші документи, визначені у п.15 Розділу II цієї Частини 2 Договору.

6.10. Всі документи, що подаються Страховику, зазначені у цьому Розділі та в інших Розділах Договору:

- можуть бути надані українською або англійською мовою, а у випадку, якщо документи складені іншими мовами, мають бути надані Страховику з офіційним (засвідченим нотаріально) перекладом українською мовою;
- мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та містити підписи посадових осіб з відповідними печатками, штампами, дату їх видачі, а також назву, адресу та контактний телефон установи (особи), що їх видала;
- мають бути оригінальними примірниками, якщо вони є медичними (медичні виписки, довідки, висновки тощо) чи фінансовими документами (рахунки-фактури, інвойси, ордери, фіскальні чеки, квитанції банків тощо);
- за запитом Страховика на пред'явлення оригіналів документів, які подаються у будь-яких копіях, мають надаватись для ознайомлення відповідні оригінали.

6.11. Всі документи, інформація та докази надаються Страховику за рахунок Застрахованої особи/Вигодонабувача.

6.12. Якщо Договором або Програмою страхування передбачена франшиза, то страхові виплати (відшкодування) здійснюються з вирахуванням величини франшизи, в тому числі у випадках, коли сума виплати обмежена лімітом відповідальності Страховика – в такому разі розмір франшизи вираховується з суми ліміту виплати.

6.13. **ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.** Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

6.13.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями.

6.13.2. Вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

6.13.3. Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт, дату, час, причини чи обставини настання страхового випадку.

6.13.4. Одержання Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла, чи від будь-якої іншої особи (роботодавець, родич, приятель тощо) або оплата отриманих Застрахованою особою послуг чи послуг стосовно Застрахованої особи будь-якою іншою особою (роботодавцем, родичом, приятелем тощо). Якщо збиток відшкодований/оплачений частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від третьої особи як відшкодування збитків / оплаченої третьою особою.

6.13.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків).

- 6.13.6. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими цього Договором страхування.
- 6.13.7. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за цим Договором.
- 6.13.8. Невиконання вказівок Страховика чи Асистуючої компанії в процесі врегулювання страхового випадку.
- 6.13.9. Ненадання Страховику, надання не в повному обсязі або неналежним чином оформлених документів та відомостей, необхідних для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати (відшкодування витрат).
- 6.13.10. Надання Страховику документів з невірною чи неправдивою інформацією стосовно факту, причин та обставин випадку з ознаками страхового, зокрема, стану здоров'я та отриманих медичних та/чи інших додаткових послуг.
- 6.13.11. Відмова Застрахованої особи від проходження медичного обстеження, якого вимагає Страховик.
- 6.13.12. Отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні.
- 6.13.13. Наявність інших підстав, встановлених законодавством чи цим Договором.
- 6.14. Страхові виплати не здійснюються за випадками, які у відповідності до умов цього Договору не визнаються страховими та/чи належать до виключень і обмежень страхування.
- 6.15. Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:**
- 6.15.1. 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;
- 6.15.2. 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;
- 6.15.3. Дії стихійних лих та/чи явищ (повені, смерчі, урагани, штормові бурі, землетрус, виверження вулканів, зливи, гради тощо);
- 6.15.4. 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:
- 6.15.4.1. передбачала можливість настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), і ставилася до цього байдуже або легковажно розраховувала на те, що вони не настануть;
- 6.15.4.2. не передбачала можливості настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), хоча повинна була та мала таку можливість;
- 6.15.5. Невиконання Застрахованою особою (Страхувальником) офіційних рекомендацій Міністерства закордонних справ України, тел.: +380442381657, сайт: <http://mfa.gov.ua/>, та Страховика щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлено окремим додатком до цього Договору та випадків, пов'язаних із раптовим захворюванням на SARS-CoV-2(COVID-19);
- 6.15.6. Поїздки Страхувальника/Застрахованої особи до країни чи місцевості, визначеної як зона бойових дій (war zone), окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлено окремим додатком до цього Договору;
- 6.15.7. 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;
- 6.15.8. Скоєння будь-якого правопорушення та/чи спроби здійснення протиправних дій Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем), які знаходяться в причинно-наслідковому зв'язку зі страховим випадком;
- 6.15.9. Дій чи бездіяльності Застрахованої особи (Страхувальника), якими вона(він) наражає себе на

невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя) – свідомого перебування в місцях, заздалегідь 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;

6.15.10. Порушення Застрахованою особою (її представником) правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху, норм етики, моралі тощо;

6.15.11. Вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря або якщо під час настання події з ознаками страхової Застрахована особа знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря; Самолікування та/чи лікування особою, яка не має відповідної ліцензії на здійснення лікувальної діяльності;

6.15.12. Дорожньо-транспортної пригоди під час поїздки (подорожі) за кордон, 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;

6.15.13. Скоєння Застрахованою особою умисного правопорушення за кордоном, яке визнається таким за законами, що діють в країні перебування, або за законами, що діють в країні постійного проживання Застрахованої особи;

6.15.14. Польоту Застрахованої особи на будь-якому літальному апараті, керування таким апаратом, крім випадків польоту в ролі пасажирів на літаку цивільної авіації, який виконувався професійним пілотом;

6.15.15. Дії сонячного проміння, що призвело до сонячного опіку або теплового удару, окрім виникнення гострої небезпеки для життя Застрахованої особи, що мало наслідком лікування цієї особи у стаціонарних умовах;

6.15.16. Пандемії, епідемії, карантину, окрім виникнення під час дії Договору раптового захворювання, пов'язаного з SARS-CoV-2(COVID-19);

6.15.17. Виконання Застрахованою особою будь-якого виду фізичної роботи та/чи будь-якої роботи по найму, роботи на небезпечних ділянках (водії, гірники, будівельники, електромонтажники, тощо);

6.15.18. 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. До активних видів відпочинку / спорту в розумінні положень цього пункту належать в тому числі, але не обмежуючись: спроби Застрахованої особи у встановленні рекордів швидкості або участі у такого роду змаганнях; участь 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; виконання обов'язків піротехніка, професійного водолаза, фокусника або дресирувальника тварин (за винятком сплати Страховальником додаткового страхового платежу); участь 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; полювання; керування мотоциклом, моторолером, квадрациклами, картами, сігвеєм, електросамокатом та іншими екстремальними/небезпечними (на розсуд Страховика) транспортними засобами (засобами пересування);

6.15.19. Інших причин, визначених у інших розділах цього Договору, що описують конкретні умови страхування за класами страхування.

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

6.16.1. 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, визначених відповідними нормативними актами країни перебування, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними у встановленому законодавством порядку;

6.16.2. що виникли до дати початку або після дати закінчення строку дії Договору, в тому числі після перевищення кількості днів дії страхового захисту за цим Договором;

6.16.3. що сталися поза межами території дії страхування (покриття) за цим Договором;

6.16.4. зникнення Застрахованої особи безвісті.

6.17. 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.

6.18. За цим Договором не підлягають відшкодуванню Страховиком витрати/збитки: витрати на послуги перекладача, моральний збиток/школа, шкода навколишньому природному середовищу, упущена вигода, неустойка (штраф, пеня), шкода, заподіяна третім особам, будь-які інші непрямі збитки, витрати на отримання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, або будь-яких інших документів.

## **7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.**

7.1. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) має право:

7.1.1. Ознайомитися з умовами Договору, Загальними умовами страхового продукту, Інформаційним документом про стандартний страховий продукт, отримувати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов Договору;

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

7.1.3. Отримати послуги, передбачені умовами Договору та попередньо узгоджені із Асистуючою компанією (Страховиком), та за таким узгодженням оплатити їх самостійно з подальшим відшкодуванням понесених витрат в межах, визначених умовами Договору;

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

7.1.5. 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;

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

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

7.2. **Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний(а):**

7.2.1. Сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;

7.2.2. Протягом строку дії Договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором страхування;

7.2.3. Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування;

7.2.4. Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

7.2.5. Погоджувати з Асистуючою компанією (Страховиком) всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі раптової хвороби, нещасного випадку та інших непередбачуваних обумовлених Договором подій;

7.2.6. Виконувати всі розпорядження та рекомендації Асистуючої компанії (Страховика);

7.2.7. Вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку;

7.2.8. При укладенні Договору страхування повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування);

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

7.2.10. 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 проживають чи 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 та вживати всіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку, в тому числі виконувати рекомендації лікарів;

7.2.11. 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;

7.2.12. Надати Страховику (його уповноваженому представнику) право повного доступу до всієї медичної, фінансової та іншої документації, будь-якої медичної інформації з приводу свого стану здоров'я в минулому та на час звернення, а також протягом всього строку дії Договору; підписувати письмову згоду на надання медичними (іншими) закладами інформації Асистуючій компанії (Страховику) стосовно стану здоров'я Застрахованої особи, в т.ч. тієї, що належить до медичної таємниці за нормами законодавства будь-якої країни, пройти за направленням та за рахунок Страховика додаткове обстеження стану свого (Застрахованої особи) здоров'я у незалежного лікаря, визначеного Страховиком;

7.2.13. Надавати на запити Страховика інформацію та документи, що мають суттєве значення для вирішення питання про страхову виплату;

7.2.14. Страхувальник зобов'язаний до укладення Договору про страхування іншої особи (Застрахованої особи), ознайомити її з умовами Договору та отримати її згоду на страхування, крім випадків, передбачених чинним законодавством України

7.2.15. 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;

7.2.16. Виконувати всі взяті на себе за Договором зобов'язання.

### **7.3. Страховик має право:**

7.3.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати надання відомостей та документів, що мають значення для визначення ступеня страхового ризику та/чи будь-якої інформації стосовно заявленого випадку з ознаками страхового, а також іншої документації Страхувальника (Застрахованої особи), що стосується предмета Договору, у будь-який момент його дії;

7.3.2. При укладенні Договору Страховик має право призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи;

7.3.3. 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;

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

7.3.5. Вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність такої інформації;

7.3.6. Здійснювати (самостійно та за посередництвом Асистуючих компаній) фіксацію телефонних переговорів стосовно страхових випадків та випадків з ознаками страхових;

7.3.7. Перевіряти всі надані Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем) документи та, при необхідності з'ясування спірних питань щодо визнання чи невизнання випадку страховим, направляти Застраховану особу на медичне обстеження, а документи – на медичну/іншу експертизу;

7.3.8. 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 чи іншою 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;

7.3.9. 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, медичною чи іншою таємницею;

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

7.3.11. Не відшкодувати будь-які непрямі збитки Застрахованої особи;

7.3.12. Вимагати (як протягом дії Договору, так і після його закінчення в разі, якщо на той час є не врегульований заявлений збиток, що стався під час дії Договору) проходження медичного обстеження Застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком, за умови оплати всіх прямих та супутніх витрат, пов'язаних з таким обстеженням, за рахунок Страховика;

7.3.13. Вимагати від Страхувальника повернення здійсненої страхової виплати якщо протягом строку позовної давності, встановленого законодавством України, стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) на підставі умов Договору права на отримання страхової виплати (повністю або частково).

#### 7.4. Страховик зобов'язаний:

7.4.1. Ознайомити у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбаченій Договором або законом строк;

7.4.2. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування»;

7.4.3. Виконувати всі взяті на себе за Договором зобов'язання.

7.5. Сторони зобов'язані зберігати інформацію, що становить таємницю страхування, та несуть відповідальність за її розголошення у відповідності до норм чинного законодавства.

### 8. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

8.1. За невиконання або неналежне виконання умов цього Договору Сторони несуть відповідальність згідно норм чинного законодавства України.

8.2. 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.

8.3. Невиконання Застрахованою особою / Страхувальником / Вигодонабувачем умов Договору позбавляє її (його) права на отримання страхової виплати за Договором.

8.4. Обов'язок доводити факт настання страхового випадку, пов'язані з ним обставини, в тому числі, якщо необхідно, неможливість встановлення зв'язку із Асистуючою компанією (Страховиком) та обґрунтовувати розмір своїх витрат, в тому числі, наданням всіх відповідних належним чином оформлених документів, повністю покладається на Страхувальника / Застраховану особу / Вигодонабувача.

8.5. Спори, які виникають між Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) і Страховиком, вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди – у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

### 9. ІНШІ УМОВИ.

9.1. Конфіденційною інформацією в рамках цього Договору є вся інформація, яку одна Сторона отримує від іншої Сторони, яка стала відома Сторонам, або отримана Сторонами від інших осіб будь-яким іншим чином, у зв'язку з укладанням та виконанням цього Договору. Така конфіденційна інформація включає, без обмеження, всю медичну, ділову (у тому числі стратегічну, маркетингову, технічну), комерційну, фінансову інформацію та матеріали будь-якого характеру, незалежно від того, чи були такі дані та інформація надані усно, письмово та/або на електронному носії, незалежно від характеру носія або засобу передачі даних та інформації. Конфіденційна інформація не підлягає розголошенню третім особам, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

9.2. Всі Частини та додатки до цього Договору (за наявності) є його невід'ємними частинами.

## **РОЗДІЛ II. УМОВИ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ.**

### **10. ПРЕДМЕТ ТА ОБ'ЄКТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.**

10.1. Предметом цього Договору є передача Страхувальником Страховику за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, на умовах, визначених Договором. Об'єктом страхування за цим Договором є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи, а також здійснення нею медичних витрат, пов'язаних із потраплянням у скрутне становище під час здійснення подорожі за межами України. Перелік витрат, що включаються до Програм страхування, зазначається в п.13 Розділу II цієї Частини 2 Договору.

10.2. До медичних витрат за цим Договором належать витрати:

10.2.1. на лікування – витрати, що виникли при наданні Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги, а саме:

10.2.1.1. невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах (медикаментозне лікування, діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, використання необхідного для лікування медичного обладнання, послуги медичного персоналу, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно нормативів передбачених в даному медичному закладі);

10.2.1.2. невідкладної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарські послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, витратні медичні матеріали);

10.2.1.3. невідкладної (швидкої) медичної допомоги;

10.2.1.4. невідкладної стоматологічної допомоги;

10.2.2. додаткові витрати на:

10.2.2.1. медичне транспортування за наявності медичних показань:

10.2.2.1.1. до найближчого медичного закладу чи лікаря;

10.2.2.1.2. до спеціалізованого медичного закладу;

10.2.2.1.3. до конкретного пункту країни постійного проживання (за рішенням Асистуючої компанії (Страховика) щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), якщо таке транспортування є необхідним за медичними показаннями при наявності відповідного медичного висновку;

10.2.2.2. репатріацію тіла в разі смерті Застрахованої особи до країни місця колишнього постійного проживання, а саме документально підтверджені витрати на оформлення документів, необхідних для репатріації тіла Застрахованої особи, на спеціальну труну (герметично закриту), на транспортування до країни місця колишнього постійного проживання.

### **11. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ.**

11.1. **Страховими ризиками** за цим Договором є подія, яка виникла під час дії Договору на обумовленій ним території його дії, з наступного переліку:

11.1.1. **раптова хвороба Застрахованої особи** згідно визначень цього Договору;

11.1.2. **нешасний випадок** згідно визначень цього Договору, що стався із **Застрахованою особою**;

11.1.3. **смерть** Застрахованої особи внаслідок раптової хвороби або нещасного випадку згідно визначень цього Договору.

11.2. **Страховим випадком** за Договором є подія, передбачена умовами п.11.1. 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 медичні послуги під час подорожі за межами України, у межах та обсязі умов та лімітів програми страхування, передбачених Договором.

### **12. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ (СТРАХУВАЛЬНИКА, ВИГОДОНАБУВАЧА) У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ З ОЗНАКАМИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.**

12.1. При настанні події, передбаченої умовами цього Договору як страховий ризик, Страхувальник (Застрахована особа або особа, яка представляє інтереси Застрахованої особи) зобов'язаний негайно, перед тим як звернутись по допомогу, звернутись до Асистуючої компанії та повідомити:

- 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;
- опис того, що трапилось;

та отримати інформацію щодо подальших дій та дотримуватись цих рекомендацій.

**12.2. Контакти Асистуючої компанії вказані в Частині 1 Договору.**

12.3. Після звернення до Асистуючої компанії Застрахована особа повинна виконувати всі подальші 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 свого перебування за кордоном.

12.4. Якщо зв'язок із Асистуючою компанією є неможливим внаслідок різкого погіршення стану здоров'я Застрахованої особи (непритомний стан) та відсутності її представників (родичі, друзі, знайомі, інші треті особи, які знаходяться поруч), і Застрахованій особі надана невідкладна медична допомога, вона повинна після стабілізації стану здоров'я за першої нагоди, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту такої події, пред'явити представникам медичної служби цей Договір та зателефонувати до Асистуючої компанії. Зазначені дії від імені Страхувальника (Застрахованої особи) може здійснити третя особа, яка знаходиться поруч (родич, співробітник Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо).

12.5. У випадку, коли Застрахована особа з поважних причин не зв'язалась із Асистансом для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна самостійно оплатити вартість наданої їй медичної та медико-транспортної допомоги та послуг, вона зобов'язана узгодити із Асистансом чи Страховиком виставлений закладом, що надав допомогу (послугу), рахунок (обґрунтованість суми витрат за надані послуги) до його оплати. У будь-якому іншому випадку вступають в дію обмеження (ліміт) щодо розміру відшкодування таких витрат згідно з п.6.2. Розділу I Частини 2 Договору.

12.6. Застрахована особа (Страхувальник, Вигодонабувач) зобов'язана вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, сприяти вжиттю Страховиком або Асистансом необхідних заходів щодо визначення факту, причин та обставин заявленого випадку, розміру понесених витрат.

12.7. Для отримання страхової виплати безпосередньо Застрахованою особою (Вигодонабувачем), вона повинна надати Страховику заяву про страхову виплату та всі необхідні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, а також розмір та факт понесених витрат, пов'язаних з наданням медичних чи інших послуг, – протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після повернення із поїздки (подорожі).

**13. Перелік послуг, що включені до програми страхування Е (Економ) при настанні випадку, який за цим Договором є страховим, та лімітів відповідальності Страховика за ними**

**13.1. Невідкладні медичні послуги**

13.1.1. Невідкладна (екстрена) стаціонарна допомога в медичних закладах (оплата консультацій, діагностичних та лікувальних процедур, в т.ч. оперативного (екстреного, термінового) втручання, медикаментів, перев'язувальних матеріалів, засобів фіксації, перебування в палаті, харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими в медичному закладі) – до 600 (шістсот) Євро;

13.1.2. 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 200 (двісті) Євро;

13.1.3. Оплата медикаментів, призначених для невідкладної допомоги, придбаних за призначенням лікаря та на підставі пред'явленого рецепту (за наявності документального підтвердження про оплату) – в межах лімітів по п.п. 13.1.1., 13.1.2., 13.1.4. та 13.2.1.

*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 а), б) та в) п.13.1. цього Розділу Додатку 1 до Договору разом) у розмірі, що не перевищує 200 (двісті) Євро. (ліміт відповідальності Страховика на строк дії Договору); надання першої невідкладної медичної допомоги та/або лікування (окрім специфічного) у зв'язку з раптовим захворюванням Застрахованої особи, викликаним SARS-CoV-2 (COVID-19), та організація медичної*

допомоги проводиться залежно від медико-санітарного протоколу країни, де перебуває Застрахована особа;

13.1.4. Невідкладна стоматологічна допомога – до 100 (сто) Євро по курсу НБУ на дату надання допомоги;

### **13.2. Медичні перевезення за екстреними медичними показаннями**

13.2.1. транспортування Застрахованої особи каретою невідкладної швидкої допомоги до найближчого лікаря або лікувального закладу – до 100 (сто) Євро;

13.2.2. медична евакуація з-за кордону до лікарні, найближчої до міжнародного аеропорту або найближчої до пункту перетину кордону у країні постійного проживання, якщо необхідність медичної евакуації (транспортування) виникла в результаті нещасного випадку або раптової хвороби, щодо яких діє страховий захист, та є необхідною за медичними показаннями при наявності відповідного медичного висновку;

*Страховик залишає за собою право оплачувати витрати на лікування Застрахованої особи в країні перебування (в межах страхової суми за Договором страхування щодо такої Застрахованої особи) до тих пір, доки стан її здоров'я не дозволить перевезти її в країну постійного проживання для подальшого лікування. Рішення про доцільність медичної евакуації (транспортування) Застрахованої особи, вибір пункту призначення, маршруту та засоби здійснення (виду і класу транспорту тощо) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком на підставі медичних висновків лікарів, призначених Асистансом (Страховиком). Якщо лікарі, уповноважені Асистансом (Страховиком), вважають, що транспортування (медична репатріація) можливе, а Застрахована особа відмовляється від нього, Страховик негайно припиняє оплату витрат на лікування;*

**13.3. 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.), на ритуальні послуги (послуги, пов'язані з бальзамуванням, санітарною і косметичною обробкою тіла, організацією поховання та облаштуванням місця поховання та ін.) та на 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 1500 (одна тисяча п'ятсот) Євро.

### **14. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.**

14.1. Страховик не визнає страховими випадками та не здійснює страхові виплати, в т.ч. не відшкодовує витрати за всіма виключеннями та обмеженнями страхування, визначеними у п.6.13-п.6.18 Розділу I цієї Частини 2 Договору, а також:

14.1.1. на санаторно-курортне лікування, медичну реабілітацію та відновлювальну терапію, фізіотерапію, а також на лікування віддалених наслідків травм, оздоровчі заходи;

14.1.2. 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;

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

14.1.4. пов'язані з штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, заходами по запобіганню вагітності, лікуванню гінекологічних захворювань, будь-яких порушень менструального циклу, та/чи

репродуктивної та/чи сексуальної функцій;

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

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

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

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

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

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

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

14.1.12. на проведення дезінфекцій, профілактичних вакцинацій, ін'єкцій, щеплень,

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

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

14.1.15. на водолікування, геліотерапію та косметичне лікування;

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

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

14.1.18. на лікування функціональних розладів згідно визначення цього Договору незалежно від причини їх виникнення;

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

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

14.1.21. пов'язані з ритуальними атрибутами та ритуалом поховання, в т.ч. кремацією тіла Застрахованої особи;

14.1.22. витрати, здійснені Страхувальником/Застрахованою особою (її представником) поза межами території дії Договору.

#### **14.2. Не підлягають відшкодуванню витрати на лікування та діагностику:**

14.2.1. захворювань, не вилікованих на день початку поїздки, а також захворювань чи їх загострень, які виникли протягом перших 7 (семи) днів подорожі;

14.2.2. станів та/чи захворювань, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання та/або будь-яких хронічних захворювань – крім покриття витрат на екстрену медичну допомогу для рятування життя в сумі, що не перевищує 100 (сто) Євро, а також захворювань чи хворобливих станів, що мали місце після повернення Застрахованої особи до постійного місця проживання;

14.2.3. захворювань, які з медичної точки зору є протипоказанням для поїздки за кордон;

14.2.4. захворювань та/чи станів, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;

14.2.5. захворювань, виникнення яких могло бути попереджене завчасною вакцинацією;

14.2.6. без наданого лікарем відповідної кваліфікації документально підтвердженого призначення на їх прийом (медикаментів), проведення (обстежень), застосування (методів лікування);

- 14.2.7. будь-яких хронічних захворювань (незалежно від стадії – загострення чи ремісії) та/чи хворобливих станів і їх наслідків, що почались ще під час перебування в країні постійного проживання (незалежно від часу діагностування), 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;
- 14.2.8. 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 наданням першої допомоги та/чи курсом терапевтичного лікування, т.п.;
- 14.2.9. вроджених аномалій, вад розвитку, хромосомних аномалій та прямих наслідків і ускладнень цих захворювань/станів;
- 14.2.10. 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;
- 14.2.11. психіатричних та/чи психотерапевтичних захворювань та розладів, шизофренії, епілепсії, деменції, всіх видів психозів та будь-яких порушень психічного стану;
- 14.2.12. нервових, неврологічних захворювань, епілептичних чи інших судомних приступів та їх наслідків;
- 14.2.13. будь-яких новоутворень (доброякісних та/або злоякісних), онкологічних захворювань, їх наслідків та ускладнень; туберкульозу (незалежно від форми) та його ускладнень;
- 14.2.14. захворювань дихальної, серцево-судинної та/чи будь-яких інших систем з використанням сцинтиграфії, ехокардіографії, КТ, ангіографії, з застосуванням будь-яких оперативних (хірургічних) методів лікування, в т.ч., видалення тромбів/тромботичних мас, ангіопластикою за допомогою стента (стентування), артроскопічним втручанням; накладанням анастомозів, шунтів, пластикою дефектів/заміною клапанів та перегородок; пластикою будь-яких судин незалежно від методу тощо;
- 14.2.15. захворювань периферійних судин, зокрема, варикозна хвороба, геморой, облітеруючий ендартеріїт, атеросклероз та будь-які його ускладнення, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність тощо;
- 14.2.16. гіпертонічної хвороби, симптоматичної гіпертензії, вегетативної (нейроциркуляторної) дистонії, енцефалопатії будь-якого генезу, окрім невідкладної допомоги при кризових станах в обсягах першої/невідкладної допомоги (медикаментозне купірування кризи, без проведення обстежень);
- 14.2.17. будь-яких вікових дегенеративно-дистрофічних змін та їх ускладнень, зокрема, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз, остеохондроз (будь-яка форма), хвороби ока та апарату зору тощо;
- 14.2.18. будь-яких колагенозів (системних захворювань сполучної тканини) та їх наслідків;
- 14.2.19. будь-яких аутоімунних та/або системних демієлінізуючих захворювань чи станів та їх ускладнень;
- 14.2.20. захворювань крові та кровотворних органів незалежно від форми (гострі, хронічні) та їх ускладнень;
- 14.2.21. мікозів будь-якої локалізації та/чи дерматологічних захворювань незалежно від форми (гострі, хронічні);
- 14.2.22. алергічних захворювань та станів, окрім першої допомоги при анафілактичному шоці;
- 14.2.23. будь-яких захворювань ендокринної системи незалежно від форми (гострі, хронічні) та їх ускладнень, зокрема, цукрового діабету (будь-якого типу), будь-яких порушень гормонального стану;
- 14.2.24. травматичних ушкоджень, зумовлених нестабільністю суглобів чи повторними травматичними ушкодженнями (звичними вивихами);
- 14.2.25. епідемічних та пандемічних захворювань, окрім раптового захворювання на SARS-CoV-2(COVID-19);
- 14.2.26. ГРІ (вірусних чи бактеріальних), грипу, будь-яких вірусних інфекцій/захворювань незалежно від локалізації та/чи системності, харчових отруєнь – за відсутності за такими захворюваннями симптомів гіпертермії (температури тіла 38,5 і вище) та зневоднення, що вимагає невідкладної інфузійної терапії та/чи екстреної госпіталізації за життєвими показаннями;
- 14.2.27. сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання;

14.2.28. отитів, видалення сірчаних пробок;

14.2.29. гострої та хронічної променевої хвороби;

14.2.30. якщо за результатами обстеження Застрахованої особи при підозрі на наявність раптової хвороби в розумінні цього Договору діагноз такої хвороби не підтвердився (в тому числі, якщо виявлено захворювання/патологічний стан, що не вимагає надання Застрахованій особі екстреної медичної допомоги/проведення їй невідкладних лікувальних заходів);

14.2.31. якщо скарги Застрахованої особи на наявність гострого болю (незалежно від його локалізації) не супроводжуються іншими патологічними симптомами та/чи не підтверджуються даними проведених об'єктивних клінічних обстежень/досліджень або якщо за результатами таких обстежень/досліджень причина болю залишається нез'ясованою (неуточнена).

14.3. Не відшкодовуються витрати, пов'язані із:

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

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

14.3.3. видаленням каменів при сечокам'яній хворобі, калькульозному холециститі, панкреатиті тощо;

14.3.4. будь-яким видом протезування;

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

14.3.6. 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);

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

14.3.8. медичними перевезеннями, діагностикою, лікуванням будь-яких наслідків страхового випадку в будь-якій іншій країні (на території будь-якої іншої країни), ніж та, на території якої страховий випадок стався, та/або в разі відмови Застрахованої особи (її повноважного представника) від отримання (всіх чи частини) медичних послуг в медичному закладі, запропонованому Асистуючою компанією.

14.4. Якщо за результатами обстеження Застрахованої особи, яка звернулась у медичний заклад з причини гострого болю та/чи будь-яких ускладнень/загострень хронічних захворювань чи станів (зокрема, гіпертонічний криз, порушення серцевого ритму, порушення мозкового кровообігу, втрата свідомості, напади сечокам'яної хвороби, калькульозного холециститу, виразкової хвороби та будь-що інше), не виявиться стан, який вимагає екстреного оперативного втручання по життєвим показанням (протягом 1-2 годин з моменту звернення), а лише проведення медикаментозного лікування, то відшкодування витрат за таким випадком не може перевищувати вартості медикаментів, які були застосовані для лікування Застрахованої особи протягом перших 2 (двох) годин з моменту звернення за медичною допомогою. Відповідальність за надання відповідної документально підтвердженої інформації щодо переліку таких медикаментів є виключною відповідальністю Застрахованої особи/Вигодонабувача.

## **15. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ при страхуванні медичних витрат**

15.1. Для прийняття Страховиком рішення про виплату або відмову у виплаті Застрахована особа (Страхувальник, Вигодонабувач) надає Страховику наступні належним чином оформлені документи:

15.1.1. за переліком, визначеним п.6.9. п.6 Розділу I цієї Частини 2 Договору;

15.1.2. оригінали рахунків медичних установ на оплату вартості отриманих Застрахованою особою послуг із штампами та підписами посадових осіб – паперова форма;

15.1.3. оригінали квитанцій банку та/або фіскальних/товарних чеків, які підтверджують оплату вищезазначених рахунків – паперова форма;

15.1.4. оригінал(и) документу(ів) з медичного закладу на фірмовому бланку та/або з відповідним штампом (виписку з карти амбулаторного чи стаціонарного хворого), де вказані: ідентифікаційні дані пацієнта, повний клінічний діагноз, анамнез, результати обстеження, дані про окремі лікувальні процедури та дати їх проведення, проведене та призначене лікування, подальші рекомендації т.ін., підпис(и) Застрахованої особи про отримання даних послуг, засвідчені підписами посадових осіб

лікувального закладу та штампами/печатками – паперова форма;

15.1.5. оригінали рецептів з підписом лікаря та печаткою на придбання призначених медикаментів, де вказано прізвище лікаря – паперова форма;

15.1.6. оригінали квитанцій банку та/або фіскальних чеків про оплату медикаментів за рецептом лікаря – паперова форма;

15.1.7. оригінали результатів дослідження на наявність у Застрахованої особи вірусу групи SARS (COVID-19) методом ПЛР, засвідчені підписами посадових осіб лікувального закладу та штампами/печатками (за вимогою Страховика) – паперова форма;

15.1.8. оригінал офіційного протоколу, довідки, акту або іншого документу, виданого компетентними органами, який підтверджує факт, дату, час, причини та обставини настання нещасного випадку – паперова форма;

15.1.9. документи, що підтверджують мету подорожі за визначеною в Частині 1 Договору групою ризику та/чи програмою страхування, за переліком, запитуваним Страховиком – паперова форма, оригінали.

15.1.10. у разі смерті Застрахованої особи також надаються:

а) оригінал або нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

б) 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;

в) Протокол розтину (витяг) та результати токсикологічного дослідження на момент смерті Застрахованої особи – оригінали, паперові форми;

г) оригінали документів щодо послуг перевезення тіла Застрахованої особи, в тому числі документів, які підтверджують оплату таких послуг (квитанції банку) – оригінали, паперові форми;

д) оригінал чи нотаріально завірену копію свідоцтва про право на спадщину (для спадкоємця (-ів) Застрахованої особи);

15.1.11. інші документи на вимогу Страховика та/або згідно закону.

15.2. В разі відсутності у Страховика визначених цим Договором підтверджуючих належним чином оформлених документів за будь-яким заявленим за цим Договором випадком такий випадок страховим випадком визнаний бути не може і страхові виплати за ним здійснені бути не можуть.

### **РОЗДІЛ III. ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ.**

**16.** 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 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.

**17.** 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 ведення 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.

**18.** 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 за кордоном, зокрема:

- Договір страхування або його копію;
- копію всіх сторінок закордонного паспорту Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону;
- копію документу, що засвідчує підстави та мету перебування за кордоном.

**19.** 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.

#### ПІДПИС СТРАХОВИКА

Ця публічна частина Договору підписана електронним підписом повноважної посадової особи Страховика (КЕП/УЕП), підтвердженим кваліфікованою електронною позначкою часу
---