

**ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ГАРДІАН»**

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

«28» жовтня 2020 року

Наказом № 26 жовтня 2020 року

Генеральний директор ТДВ «СК «ГАРДІАН»



В.М. Берлін

**Оферта до договору комплексного страхування подорожуючих
за межами України,
програма М**

м. Київ, 2020р.

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Дана Публічна оферта договору комплексного страхування подорожуючих за межами України (далі – Оферта) є офіційною пропозицією ТОВАРИСТВА З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ГАРДІАН» (01032, м. Київ, вул. Саксаганського 96, телефон (044) 333 37 10, код ЄДРПОУ 35417298; office@grdn.com.ua) (далі – Страховик/Сторона Договору) в особі Генерального директора Берліна Віктора Михайловича, що діє на підставі Статуту, невизначеному колу дієздатних фізичних осіб та/або юридичних осіб (далі – Клієнти, а після прийняття умов даної Оферти – Страхувальники/Сторони Договору) укласти договір комплексного страхування подорожуючих за межами України (далі – Договір або Договір страхування або електронний договір страхування).

1.2. Договір страхування укладається на підставі Ліцензій на здійснення: добровільного страхування медичних витрат – серія АЕ номер 522648, строк дії з 16.10.2014 р. безстроково; добровільного страхування від нещасних випадків – серія АЕ номер 293885, строк дії з 27.05.2014 р. безстроково; добровільного страхування фінансових ризиків – серія АВ номер 429629, строк дії з 07.08.2008р., безстроково, та відповідно до Правил добровільного страхування медичних витрат від 10.12.2019р., зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг 11.01.2020р. Розпорядження №1; Правил добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція) від 10.12.2019р., зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг 11.01.2020р. Розпорядження №1; Правил добровільного страхування фінансового ризику від 13.11.2019р., зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 03.12.2019р. Розпорядження №2428 та згідно норм чинного законодавства України (далі - Правила).

1.3. Оферта є пропозицією укласти Договір страхування в електронній формі. У випадку прийняття Клієнтом пропозиції в порядку, визначеному даною Офертою, Страховик вважається таким, що прийняв на себе зобов'язання, передбачені умовами Оферти.

1.4. Договір укладається шляхом пропозиції Страховика його укласти (Оферта) та її прийняття Клієнтом (акцепт). Укладення електронного договору відбувається в інформаційно-телекомунікаційній системі Страховика або його партнера.

1.5. Оферта включає всі істотні умови Договору страхування та складається із частини 2 (загальних умов Договору страхування, що містяться у цьому документі), та частини 1 (індивідуальних умов Договору страхування, які визначаються окремо для кожного Договору страхування та зазначаються в електронному Договорі страхування).

1.6. Загальні умови Договору страхування надаються Клієнту на сайті страховика або його партнерів та містяться у цьому документі.

1.7. Індивідуальні умови Договору страхування (пропозиція), а саме П.І.Б. Страхувальника, застрахованих осіб та вигодонабувача, їх адреси та дати народження, розмір страхової суми, строк та територія дії договору, розмір франшизи, страхового платежу, страхового тарифу надаються Клієнту на сайті Страховика або його партнера після заповнення Клієнтом заявки на страхування в інформаційно-телекомунікаційній системі Страховика або його партнера в електронному вигляді. Надання Клієнту доступу до індивідуальних умов Договору страхування є підтвердженням отримання заявки Клієнта на страхування.

1.8. Відповідь Клієнта про прийняття пропозиції укласти Договір страхування (акцепт) надається шляхом заповнення формуляра заяви (форми) про прийняття такої пропозиції в електронній формі в інформаційно-телекомунікаційній системі на сайті Страховика або його партнера, що підписується одноразовим ідентифікатором, та оплати страхового платежу у розмірі, визначеному умовами договором страхування. Акцепт вважається наданим у момент вчинення останньої із зазначених дій.

1.9. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страховиком або його партнером Страхувальнику SMS-повідомленням на телефонний номер Страхувальника та/або на електронну адресу, вказані ним при заповненні ним заявки на страхування. При цьому підписання Страхувальником акцепту одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником Договору страхування у відповідності до вимог ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію».

1.10. Договір страхування є укладеним з моменту отримання Страховиком акцепту Страхувальника.

1.11. Після отримання акцепту Страховик надсилає укладений електронний Договір страхування, у формі, що унеможливорює спотворення його змісту, на електронну пошту Страхувальника, вказану ним при заповненні заявки на страхування.

1.12. Договір набирає чинності з 00 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в електронному договорі страхування як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем отримання страхового платежу в розмірі, визначеному в електронному договорі страхування, Страховиком (представником Страховика, уповноваженою особою Страховика), та з моменту проходження Страхувальником (Застрахованою особою) прикордонного контролю України при виїзді за кордон і діє до 24 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в електронному Договорі страхування, як дата закінчення строку дії Договору. Страхувальник зобов'язаний сплатити страховий платіж не пізніше 24-00 год. дня, що передує даті зазначеної в електронному Договорі страхування, як дата початку строку дії Договору (якщо інше не передбачено в електронному договорі страхування). У випадку несплати Страхувальником платежу у визначений строк, Договір вважається таким, що не був укладений.

1.13. Дія Договору закінчується о 24 год. 00 хв. дати, зазначеної як дата закінчення строку дії Договору відповідно до умов, зазначених в електронному Договорі страхування в графі «Строк дії» та в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при поверненні з-за кордону, якщо інші обставини передбачені Договором не призвели до дострокового припинення його дії.

1.14. Дія Договору триває протягом кількості застрахованих днів, зазначених в електронному Договорі страхування. У випадку використання всіх застрахованих днів (кількість використаних застрахованих днів визначається шляхом підсумовування днів перебування за межами території України в період дії Договору) Договір вважається таким, що закінчився у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі.

1.15. Договір вважається таким, що не набув чинності по відношенню до Застрахованої особи, що знаходилась за межами території України (країни постійного проживання/перебування або громадянської належності) на дату укладення Договору.

1.16. Місцем дії Договору є визначена в електронному договорі страхування територія дії Договору. Договір на території України (країни постійного проживання/перебування або громадянської належності Застрахованої особи) не діє.

1.17. Виключаються з території дії Договору:

1.17.1. окремі території країн (адміністративні одиниці), в межах яких відбуваються воєнні конфлікти в період настання страхового випадку;

1.17.2. тимчасово окуповані, анексовані чи спірні території невизнаних Україною в установленому порядку держав;

1.17.3. території, щодо яких МЗС України надало рекомендацію утриматися від поїздок;

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

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

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

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.

Страхувальник шляхом надання акцепту підтверджує, що ознайомлений та згодний з умовами Договору та Правилами.

1.21. Підписуючи Договір, уповноважені представники Сторін дають згоду (дозвіл) на обробку їх персональних даних, з метою підтвердження повноважень суб'єкта на укладання, зміну та розірвання Договору, 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». Цей Міжнародний договір добровільного комплексного страхування під час перебування за кордоном (надалі - Договір) укладений у відповідності до Закону України «Про страхування», Закону України «Про туризм», Правил добровільного страхування медичних витрат (нова редакція), Правил добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція), на підставі Ліцензій АЕ 522648 (діє з 16.10.2014р., безстрокова) та АЕ 293885 (діє з 27.05.2014р., безстрокова) і передбачає можливість страхування за наступними двома видами добровільного страхування, а саме страхування медичних витрат та страхування від нещасного випадку (за бажанням).

Розділи 2 - 7 цього Договору є загальними та поширюються на Договір в цілому. Розділи 1 та 8 цього Договору конкретизують умови за видами страхування, а саме:

- страхування медичних витрат - Розділ 1 цього Договору;

- страхування від нещасного випадку - Розділ 8 цього Договору.

1.22. Частина 2 (загальні умови Договору страхування, що містяться у цьому документі) Оферти є невід'ємною частиною Міжнародного договору добровільного комплексного страхування під час перебування за кордоном. Електронний Договір страхування (частина 1) є недійсним без частини 2.

РОЗДІЛ 1. ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ПОВ'ЯЗАНИХ З НИМИ ВИТРАТ

1.1. **Предметом Договору** страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованої особи під час здійснення Застрахованою особою закордонної подорожі (поїздки). Майнові інтереси, що є предметом Договору страхування, пов'язані із витратами на медичні та додаткові послуги Застрахованої особи, необхідність в яких виникає внаслідок настання страхового випадку, до яких відносяться витрати, визначені відповідною Програмою страхування з урахуванням умов Договору.

1.2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

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

1.2.2. Страховими ризиками є:

1.2.2.1. Раптове захворювання - гостре погіршення стану здоров'я Застрахованої особи у зв'язку з несподіваною хворобою, що становить загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи, та вимагає негайного медичного втручання (надання їй екстреної медичної допомоги).

1.2.2.2. Нещасний випадок - раптовий, непередбачуваний вплив зовнішніх факторів (фізичної дії, хімічної дії, термічної дії) на Страхувальника (Застраховану особу), що тягне за собою тілесні ушкодження (травми), інший розлад його здоров'я або смерть.

1.2.2.3. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптової хвороби.

1.2.3. Страховий випадок - подія, передбачувана Договором страхування (відповідною Програмою страхування), з настанням, якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

1.2.4. Страховим випадком є виставлення вимог спеціалізованою особою на оплату вартості наданих нею послуг, пов'язаних із захворюванням Застрахованої особи, нещасним випадком або іншими подіями, передбаченими Договором страхування (Програмою страхування) або оплатою Застрахованою особою вартості наданих медичних послуг, пов'язаних із захворюванням Застрахованої особи, нещасним випадком або іншими подіями, передбаченими цим Договором.

1.2.5. Страховим випадком є подія, передбачена Договором страхування, що не підпадає під виключення або обмеження страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості послуг провайдером медичних послуг або компенсації Застрахованій особі витрат за надані медичні та додаткові послуги під час

подорожі, у межах та обсязі умов та лімітів страхування, передбачених Договором страхування.

1.2.6. Ліміт відповідальності Страховика за видами медичної допомоги (максимальна страхова виплата чи максимальне покриття по виду медичної допомоги) визначається Програмою страхування. Ліміт відповідальності може визначатися у відсотках від страхової суми, у кількості разів надання допомоги, у грошових коштах (Гривня, Євро (EUR), Долар США (USD) та ін).

1.2.7. Згідно з цим Договором, в залежності від обраної Програми страхування, Страховик здійснює страхову виплату у випадках:

1.2.7.1. Звернення Застрахованої особи за попереднім погодженням із Страховиком за медичною допомогою до медичного закладу, зокрема внаслідок:

- раптового захворювання, що сталося несподівано і становить загрозу для життя та здоров'я Застрахованої особи;
- розладу здоров'я у зв'язку з нещасним випадком, якщо страхування від нещасного випадку передбачено умовами Програми страхування.

1.2.7.2. Смерті Застрахованої особи у зв'язку з раптовою хворобою або нещасним випадком.

1.3. **ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ М (мінімальна)** включає в себе такий перелік послуг:

1.3.1. **Витрати на лікування** - це витрати, що виникли при наданні екстреної медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе надання екстреної амбулаторної або екстреної стаціонарної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем в обсязі однієї консультації лікаря. Ліміти страхових виплат за цим Договором - за даною програмою - становлять:

1.3.1.1. Ліміт відповідальності Страховика на надання екстреної амбулаторної допомоги, в тому числі послуги виїзної бригади швидкої медичної допомоги, становить 150,00 EUR (Сто п'ятдесят Євро 00 центів).

1.3.1.2. Ліміт відповідальності Страховика на надання стаціонарної допомоги становить 500,00 EUR (П'ятсот Євро 00 центів);

1.3.1.3. Ліміт витрат на лікування випадків, що є страховими за цим Договором, при самостійній оплаті в екстрених випадках без попереднього узгодження із Страховиком становить 50,00 EUR (П'ятдесят Євро 00 центів) по курсу НБУ на дату настання страхового випадку.

1.3.2. **Витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи** до країни її колишнього постійного місця проживання (кінцевим пунктом маршруту репатріації є аеропорт або митний пункт у країні колишнього постійного місця проживання Застрахованої особи) за рішенням Страховика та письмовою згодою родичів чи офіційних представників померлої особи, якщо смерть настала внаслідок страхового випадку, а саме: документально підтверджені витрати на оформлення документів, що стосуються репатріації тіла Застрахованої особи, на спеціальну труну (герметично закриту), на транспортування до країни колишнього постійного місця проживання (аеропорту чи митного пункту). При цьому Страховик не відшкодовує витрати на подальше транспортування труни до місця поховання, ритуальні послуги (послуги, пов'язані з організацією поховання та облаштуванням місця поховання) і т.п. на території країни колишнього постійного місця проживання померлої.

Ліміт відповідальності Страховика на репатріацію становить 1000 EUR (Одна тисяча Євро 00 центів). Невикористаний зворотний квиток здається Страховику. Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Страховиком. Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлого заяви- підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи.

1.4. **ЗА ЦИМ ДОГОВОРОМ НЕ МОЖУТЬ БУТИ ЗАСТРАХОВАНІ НАСТУПНІ ОСОБИ:**

1.4.1. Визнані у встановленому порядку недеєздатними;

1.4.2. Особи віком до 1 (одного) року та старші 60 (шістдесят) років;

1.4.3. Інваліди I, II чи III групи;

1.4.4. Особи, у яких наявні стани та/чи **захворювання**:

- хронічні форми легеневих та/чи серцево-судинних захворювань, які супроводжуються хронічною дихальною та/чи серцево-судинною недостатністю (незалежно від функціонального класу);
- інсулін-залежна форма цукрового діабету та важка форма інсулін-незалежного цукрового діабету (що потребує прийому цукрознижуючих препаратів);
- будь-яке хронічне захворювання в стадії неповної ремісії та/чи загострення та/чи декомпенсації та/або яке вимагає постійного/регулярного прийому будь-яких медичних препаратів та/або періодичного стаціонарного лікування (не рідше одного разу на рік);
- пухлина головного мозку;
- пухлини спинного мозку та хребта;
- ураження нервової системи;
- злоякісні новоутворення;
- смерть мозку;
- травма хребта та спинного мозку;
- перенесене в минулому гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт),
- перенесений в минулому гострий енцефаліт/менінгіт;
- ВІЛ; СНІД;
- будь-яка форма залежності (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія);
- будь-які види психічних хвороб, розладів та/чи пограничних станів.
- хронічні форми будь-яких серцево-судинних захворювань, які супроводжуються хронічною серцево-судинною недостатністю (незалежно від функціонального класу) та/чи наявністю в анамнезі гострого порушення мозкового кровообігу (інсульту) та/чи будь-яких приступів (гіпер-, гіпо-тензії; серцевих нападів, аритмії, задухи, втрати свідомості тощо);

1.5. **СТРАХОВИК НЕ НЕСЕ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЗА ЦИМ ДОГОВОРОМ**, якщо на дату укладення цього Договору Страховальник (**Застрахована особа**) була особою, визначеною у п.1.4. цього Договору. Договір страхування відносно такої особи вважається недійсним з дати його укладання.

1.6. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ЗАТРИМАННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.

1.7. Страховик не визнає страховим випадком та не відшкодує вартість лікування та послуг, пов'язаних з причинами, визначеними в пунктах 6.13.-6.14. цього Договору, та пов'язаних з такими захворюваннями та станами:

1.6.1. Витратами на санаторно-курортне лікування.

1.6.2. Витратами, що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи стабілізовано, і вона може продовжити планове лікування (за медичними показами) в стаціонарних та/або амбулаторних умовах (у країні перебування ЗО, або вона може сама, чи в супроводі іншої особи, повернутися до місця постійного проживання). Ліміти, передбачені для надання невідкладної амбулаторної та/або стаціонарної допомоги, на планове лікування в умовах відсутності загрози життю та здоров'ю, не розповсюджуються.

1.6.3. Послугами та лікуванням, які(е) можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування і т.п.

1.6.4. Витратами щодо захворювань, виникнення яких могло бути попереджене завчасною вакцинацією.

1.6.5. Витратами при травматичних ушкодженнях, зумовлених нестабільністю суглобів чи повторними травматичними ушкодженнями (звичними вивихами).

1.6.6. Витратами, пов'язаними з обстеженнями та будь-якими операціями на серці та судинах, у тому числі ангіографією, ангіопластикою, шунтуванням, стентуванням та ін.

1.6.7. Лікуванням хронічних захворювань, вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень. Будь-якими колагенозами та їх наслідками, хворобами та станами, пов'язаними з демієлінізацією.

1.6.8. Витратами, щодо захворювань та станів, які пов'язані з вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності.

1.6.9. Будь-якими новоутвореннями, всіма хворобами ендокринної системи, всіма хворобами крові та кровотворних органів.

1.6.10. Нервовими та неврологічними захворюваннями, психічними захворюваннями та розладами, а також пов'язаними з ними травматичними пошкодженнями.

1.6.11. Витратами щодо захворювань, які передаються статевим шляхом, СНІДу, а також всіх хвороб, викликаних ВІЛ-інфекцією.

1.6.12. Епідемічними та пандемічними хворобами, природно-вогнищевими захворюваннями (малярія, карельська лихоманка і т.п.), якщо інше не передбачене Договором.

1.6.13. Гострою та хронічною променевою хворобою.

1.6.14. Витратами з приводу загострення вроджених, хронічних, в т.ч. онкологічних, серцево-судинних захворювань, захворювань дихальної системи, а також хвороб, що виникли ще під час перебування в країні постійного проживання, а також будь-яких наслідків таких хвороб;

1.6.15. . Витратами, пов'язаними із травмами, що стали наслідком вроджених, хронічних, онкологічних та інших захворювань і хвороб, що почалися ще під час перебування в країні постійного проживання; патологічних переломів кісток через вроджені, хронічні або набуті до укладення Договору страхування організмом фізичні вади, в т.ч. звичних вивихів;

1.6.16. Будь-якими розладами здоров'я, ускладненнями або смертю внаслідок невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічних дій ліків, що не були призначені лікарем чи внаслідок побічних дій харчових добавок.

1.6.17. Захворюваннями або наслідками (ускладненнями) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз.

1.6.18. Захворюваннями та розладами органів слуху.

1.6.19. Дерматологічними хворобами та мікозами будь-якої локалізації; алергічними дерматитами; наслідками впливу ультрафіолетового випромінювання; сонячними опіками першого та другого ступеню.

1.6.20. Захворюваннями, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного Місця проживання, що призвели до медичних чи додаткових витрат під час подорожі, а також захворювання, що мали місце після повернення Застрахованої особи до постійного Місця проживання.

1.6.21. Подальшим лікуванням Застрахованої особи, якщо вона відмовляється від медичної евакуації до Місця постійного проживання.

1.6.22. Медичним оглядом, що не є наслідком гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження, наданням послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування, а також наданням таких спеціальних послуг, як окрема палата, телефон, телевізор, тощо.

1.6.23. Витратами, пов'язаними з лікуванням супутніх захворювань.

1.6.24. Проведенням профілактичних вакцинацій, лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком.

1.6.25. Всіма видами пластичних та косметичних операцій і процедур, всіма видами протезування, шунтування, стентування, трансплантації органів, купівлі і ремонту допоміжних засобів (зокрема окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, протезів, медичних термометрів, милиць, інвалідних колясок тощо).

1.6.26. Стоматологічним лікуванням.

1.6.27. Фізіотерапевтичним лікуванням та лікуванням нетрадиційними методами.

1.6.28. Придбанням або ремонтом допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, інгаляторів, протезів, милиць, інвалідних візків, вимірвальних приладів тощо); придбанням загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування.

1.6.29. Штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, заходами по запобіганню вагітності.

1.6.30. Медичною евакуацією чи репатріацією, організованими без письмового узгодження із Асистуючою компанією/Страховиком.

1.6.31. Витратами на лікування, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування.

1.6.32. Витратами на медичну допомогу і медичні послуги, не визначені Програмою страхування та/чи поза межами визначених Програмою лімітів.

- 1.6.33. Витратами на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання, а також не відшкодовуються витрати, які покриваються за рахунок соціального, медичного страхування та іншого забезпечення.
- 1.6.34. Витратами на лікування або витратами у разі смерті Застрахованої особи в аварії, якщо транспортним засобом керувала Застрахована особа, не маючи посвідчення водія відповідної категорії чи знаходячись під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, а також, якщо Застрахована особа, заздалегідь про це знаючи, їхала у транспортному засобі, яким керувала особа, що не має посвідчення водія відповідної категорії, чи знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин.
- 1.6.35. Витратами, пов'язаними з наданням послуг медичним закладом, що не має відповідної ліцензії, або особою, що не має права на здійснення медичної діяльності.
- 1.6.36. Витратами, що виникли після закінчення строку перебування за кордоном, зазначеного в Договорі.
- 1.6.37. Витратами на реабілітаційну терапію та фізіотерапію.
- 1.6.38. Витратами на платне лікування у медичному закладі, а також будь-які витрати у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування.
- 1.6.39. Витратами на лікування внаслідок впливу радіації або радіоактивного забруднення.
- 1.6.40. Витратами, пов'язаними з ритуальними атрибутами та ритуалом поховання Застрахованої особи.
- 1.6.41. Витратами, що пов'язані з випадком, який стався в результаті польоту Страхувальника (Застрахованої особи) на літальному апараті, керування цим апаратом, крім випадків польоту в ролі пасажера на літаку цивільної авіації, який виконувався професійним пілотом.
- 1.6.42. Витратами, що пов'язані з випадком, який стався в результаті занять Страхувальником (Застрахованою особою) будь-яким видом спорту чи активним відпочинком, якщо умовами Договору не обумовлено інше.
- 1.6.43. Витратами, що пов'язані з випадком, який стався в результаті занять Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якими видами фізичної роботи (як за наймом, так і в домашніх умовах), якщо умовами Договору не обумовлено інше.
- 1.6.44. Не відшкодовуються витрати, якщо вони здійснені Страхувальником (Застрахованою особою) без попереднього узгодження із Страховиком.
- 1.6.45. Витратами на репатріацію тіла Застрахованої особи у випадку, якщо причина її смерті не встановлена.
- 1.6.46. **Інші випадки**, передбачені Правилами страхування та чинним законодавством України.
- 1.8. **ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ**
- 1.7.1. У випадку самостійної оплати Страхувальником / Застрахованою особою / Вигодонабувачем медичних послуг, оплата яких була попередньо погоджена із Страховиком, Страхувальник/Застрахована особа/ Вигодонабувач повинен надати Страховику наступні документи:
- за переліком згідно п.6.8. загальних умов цього Договору, а також:
 - довідку-рахунок з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем пацієнта, точним діагнозом, причинами, що викликали захворювання, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості, загальними висновками лікаря;
 - оригінали деталізованих рахунків за інші послуги з розбивкою їх за датами та вартістю;
 - розрахункові документи про оплату наданих медичних послуг, в яких зазначено прізвище пацієнта, його діагноз, деталізовану інформацію про кожну лікувальну процедуру та дату її проведення;
 - розрахункові документи (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують оплату вартості інших здійснених витрат;
 - проїзні документи;
 - оригінал свідоцтва про смерть Застрахованої особи (у разі смерті);
 - оригінал медичного висновку про причину смерті Застрахованої особи (у разі смерті);
 - свідоцтво про право на спадщину, видане нотаріусом (для спадкоємця (-ів) Застрахованої особи);
 - інші документи на вимогу Страховика.
- 1.7.2. У випадку травми в результаті дорожньо-транспортної пригоди чи поломки автомобіля, на якому подорожував Страхувальник (Застрахована особа), додатково Страховику надається складений в країні тимчасового перебування офіційний протокол або довідка про подію, де обов'язково має бути вказана така інформація:
- посадові особи, що засвідчують факт події, та їх повноваження на виконання таких дій;
 - адреси та/або номери телефонів осіб, що засвідчили факт події;
 - детальний опис обставин події та ролі Страхувальника (Застрахованої особи) в ньому;
 - стан Застрахованої особи та/або водія транспортного засобу у відношенні алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
 - інформація про наявність страхування цивільно-правової відповідальності винуватця ДТП, як володільця транспортного засобу
- 1.7.3. З урахуванням обставин події, що відбулась, Страховик має право вимагати додаткові документи для підтвердження факту та обставин настання страхового **випадку (включаючи фото- та відео-документи), а також визначення розміру страхової виплати.**
- 1.7.4. Всі документи, що подаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати підписи посадових осіб з відповідними печатками, а також назву, адресу та контактний телефон установи (особи), що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери, тощо) надаються тільки в оригіналі, із офіційним нотаріально завіреним перекладом на українську мову. Страховик має право вимагати перекладу українською мовою документів, пов'язаних з подією (довідок, медичного висновку, рахунків тощо) за рахунок Страхувальника (Застрахованої особи, вигодонабувача).

1.7.5. В разі суперечок Страховик має право за свій рахунок провести медичне чи клінічне обстеження Застрахованої особи в зазначених ним медичних закладах.

1.9. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

1.8.1. При настанні страхового випадку Страховик в межах страхової суми та/або лімітів відповідальності, що встановлені в Договорі страхування, відшкодовує витрати, зазначені у Договорі страхування, як такі, що відшкодовуються:

1.8.1.1. Вартість надання Застрахованій особі провайдером медичних послуг послуги згідно з наданим платіжно-розрахунковим документом (що підтверджує факт оплати послуг) – Застрахованій особі, що самостійно оплатила надані їй послуги, погоджені із Страховиком згідно умов цього Договору.

1.8.2. У випадку самостійної оплати Застрахованою особою медичних чи додаткових послуг, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі на підставі заяви на отримання страхової виплати та документів, зазначених у пунктах 6.8. та 1.7 цього Договору, у відповідності до умов цього Договору.

1.8.3. У випадку смерті Застрахованої особи Страховик здійснює страхову виплату (оплата вартості репатріації) родичам або законним представникам Застрахованої особи, що понесли витрати на репатріацію, на підставі заяви на отримання страхової виплати та документів, зазначених у пунктах 6.8. та 1.7 цього Договору, у відповідності до умов цього Договору.

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ

РОЗДІЛ 2. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

2.1. **Договір страхування** - письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі), сервісній службі або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

2.2. **Екстрена медична допомога** - медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані людини та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

2.3. **Застрахована особа** - фізична особа, що знаходиться під страховим захистом. У разі, коли Страхувальник уклав Договір страхування по відношенню до себе, то він одночасно є і Застрахованою особою. Застрахованою особою можуть бути резиденти і нерезиденти України.

2.4 **Країна постійного проживання** (Країна громадянської належності, постійне Місце проживання) - це країна, громадянином якої є Застрахована особа.

2.5. **Ліміти відповідальності** - грошові суми, в межах яких Страховик відповідно до умов страхування медичних витрат, викладених в Розділі 1 цього Договору, зобов'язаний здійснити Страхову виплату при настанні Страхового випадку по окремим послугам чи видам медичної та/чи іншої пов'язаної з нею допомоги.

2.6. **Невідкладний стан людини** - раптове погіршення фізичного стану здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

2.7. **Найближчі родичі Застрахованої особи** - її чоловік (дружина), діти, батьки.

2.8. **Нещасний випадок** - раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи, випадкова подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я Застрахованої особи, що супроводжується пошкодженням тканин організму людини з порушенням їхньої цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату або смертю Застрахованої особи. Нещасним випадком є: травми, отримані Застрахованою особою (забій, переломи, вивихи, розриви і поранення) в побуті і/або на виробництві, в тому числі в результаті протиправних дій третіх осіб або в результаті дорожньо-транспортної пригоди; утоплення; опіки, відмороження; ураження електричним струмом або блискавкою; випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (побутовими або промисловими), ліками, отруйними рослинами, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції - дизентерії, сальмонельозу); укуси тварин, отруйних комах, змій.

2.9. **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. Опис Програм страхування за добровільним страхуванням медичних витрат зазначено в Розділі 1 цього Договору Ліміти відповідальності Страховика по страхуванню медичних витрат зазначені в Розділі 1 цього Договору

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

2.11. **Репатріація тіла** - передбачає репатріацію тіла Застрахованої особи, якщо смерть настала внаслідок страхового випадку, до країни колишнього постійного місця проживання (за рішенням Страховика та письмовим погодженням із родичами (офіційними представниками) померлого). Кінцевим пунктом маршруту репатріації є аеропорт або митний пункт у країні колишнього постійного місця проживання Застрахованої особи, куди прибуває труна із тілом померлої. Страховик оплачує/відшкодовує: документально підтверджені витрати на оформлення документів, що стосуються репатріації тіла Застрахованої особи, на спеціальну труну (герметично закриту), на транспортування до місця колишнього постійного проживання (аеропорту чи митного пункту). При цьому Страховик не відшкодовує витрати на подальше транспортування труни до місця поховання, кремацію та ритуальні послуги (послуги, пов'язані з організацією поховання та облаштуванням місця поховання, і т.п.) на території країни колишнього постійного місця проживання померлого.

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

2.13. **Спеціалізовані особи** - треті особи, що є медичними закладами та лікарнями, закладами по наданню медичної та іншої допомоги, що надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) через сервісні служби та мають право на здійснення своєї діяльності.

2.14. **Страховик** — Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «Гардіан», Місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 96, телефон: +38044 3333 710.

2.15. **Страхувальник** - юридична особа або дієздатна фізична особа, що уклала зі Страховиком договір страхування. Страхувальник має право укласти Договір по відношенню до себе, або інших осіб (далі - Застрахованих осіб).

2.16. **Франшиза** - визначена умовами Договору страхування частина збитків, яка в будь-якому разі не відшкодовується Страховиком. На умовах Договору франшиза може бути передбачена як відсоток від страхової суми або 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 по страхуванню медичних витрат.

2.17. За Договором можуть застосовуватись підвищуючі коефіцієнти. Такі коефіцієнти застосовуються у випадках страхування осіб відповідних вікових категорій, а також осіб, які під час дії Договору будуть займатися професійним спортом, роботою за винагороду та активними видами відпочинку (аматорським спортом), зокрема: з використанням будь-яких механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, а також занять різноманітними видами боротьби, боксу, гірського, лижного, велосипедного, водного, пішохідного туризму, спелеотуризму та іншими аналогічними видами відпочинку.

Коефіцієнти групи ризику, в залежності від мети перебування за кордоном:

T - Туристична поїздка, відрядження (без фізичної праці та занять спортом);

N - Фізична праця;

SA - Активні види відпочинку, аматорський спорт;

SP - Професійний спорт.

РОЗДІЛ 3. СТРОК І МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ.

3.1. Початок та закінчення терміну дії Договору.

3.1.1. Страховий захист 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 початок дії Договору, за умови попередньої сплати страхового платежу у строки, визначені цим Договором.

3.1.2. Страховий захист закінчується в момент проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю України при поверненні з-за кордону або о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, вказаного як закінчення дії Договору (за датою, що настала раніше).

3.1.3. Якщо Договір передбачає багаторазові подорожі, то Страховик несе відповідальність у межах тієї кількості днів, яка зазначена в цьому Договорі. При кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії Договору.

3.2. Місце дії зазначається в Договорі як окрема країна або одна із географічних зон:

3.2.1. «Країни СНД»;

3.2.2. «Країни Європи» (Еуроре): країни Балтії та Європи, країни Середземномор'я: Алжир, Єгипет, Кіпр, Марокко, Туніс, Туреччина, ОАЕ;

3.2.3. «Весь світ» (World): всі країни світу.

3.2.4. Цей Договір діє на території, яка зазначена в цьому Договорі, за виключенням території України, країни постійного проживання, країни громадянської належності Застрахованої особи, зон збройних та інших конфліктів та тих територій, які знаходяться під санкцією ООН, якщо інше не зазначено в Договорі.

РОЗДІЛ 4. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МОЖЕ БУТИ ВИЗНАНА СТРАХОВИМ ВИПАДКОМ.

4.1. При настанні події, передбаченої умовами цього Договору Страхувальник (Застрахована особа або особа, яка представляє інтереси Застрахованої особи) зобов'язаний негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання події, в будь-який час доби, повідомити Страховика (його сервісну службу), та отримати інформацію щодо подальших дій. Про страховий випадок Застрахована особа має повідомити за наступним

номером телефону: +380 800 50 31 14

4.2. Після звернення до Страховика Застрахована особа повинна виконувати всі подальші його рекомендації та узгоджувати з ним всі свої дії, пов'язані з отриманням допомоги. За вимогою Страховика Застрахована особа (або її представник) має надати документи, що підтверджують її особу та документально підтвердити строк свого перебування за кордоном.

4.3. Якщо зв'язок із Страховиком є неможливим внаслідок різкого погіршення стану здоров'я (непритомний стан), 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 Договір страхування та зателефонувати до Страховика. 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);

4.4. У виключних ситуаціях, в разі самостійної сплати вартості медичних послуг, Застрахована особа або її представник повинен повідомити про це Страховика негайно, як тільки з'явиться така можливість, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання таких послуг, та узгодити з ним можливість подальшого отримання необхідних послуг. Об'єктивними причинами вважаються: відсутність засобів зв'язку в місці перебування Застрахованої особи, непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси).

РОЗДІЛ 5. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ:

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

5.1.1. Закінчення строку дії цього Договору.

5.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань за цим Договором перед Страхувальником у повному обсязі.

5.1.3. Несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені цим Договором строки. При несплаті страхового платежу Договір автоматично вважається таким, що не набув чинності.

5.1.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

5.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

5.1.6. Прийняття судового рішення про визнання цього Договору недійсним.

5.1.7. Якщо Застрахована особа виявилась особою, зазначеною у п. 1.4. цього Договору

5.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

5.2. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страховика або Страхувальника.

5.3. У разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних сум страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника пов'язана з порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

5.4. У разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страховика Страховик повертає повністю сплачені Страхувальником страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії цього Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних сум страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

5.5. Договір страхування, укладений на строк однієї подорожі, може бути достроково припинений не пізніше як за одну добу до дати початку його дії, зазначеної у Договорі страхування. При цьому якщо припинення дії Договору страхування проводиться на вимогу Страхувальника, обумовлену відміною поїздки або зміненням її строків, Страховик має право при поверненні Страхувальникові страхового платежу утримати нормативні витрати на ведення справи, визначені при розрахунку страхового тарифу.

5.6. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування, Страхувальник (Застрахована особа) повинен повернути належний йому примірник та додатки до нього Страховикові.

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

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

6.2. При настанні страхового випадку Страховик в межах страхової суми та/чи лімітів відповідальності, встановлених в цьому Договорі, відшкодовує витрати, зазначені у Договорі страхування, як такі, що відшкодовуються, Застрахованій особі, яка самостійно оплатила надані послуги, узгоджені із Страховиком у відповідності до умов Розділу 4 цього Договору Страхова виплата здійснюється у національній валюті України по курсу НБУ на дату настання страхового випадку.

6.3. Страхова виплата здійснюється у безготівковій формі або іншим способом, не забороненим чинним законодавством України, за погодженням Страховика.

6.4. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, вказаних у цьому Договорі, які підтверджують або спростовують факт та обставини настання страхового випадку і розмір збитків, наданих в порядку, передбаченому умовами цього Договору по кожному конкретному виду страхування.

6.4.1. Рішення про страхову виплату оформлюється страховим актом. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня підписання страхового акту.

6.4.2. Повідомлення про відмову Страховик направляє Страхувальнику (Застрахованій особі) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту прийняття такого рішення.

6.5. При наявності підстав для сумніву щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати та/або в разі особливо складних обставин події, що може бути визнано страховим випадком, Страховик має право затримувати рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин, але на строк не більше 6 (шести) місяців з дати отримання всіх документів, необхідних для підтвердження факту, причин та обставин страхового випадку, розміру збитків та інших документів, необхідних для здійснення страхової виплати.

6.6. 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, ухвалення відповідного рішення у цій справі та отримання Страховиком відповідного документу.

6.7. Здійснення страхової виплати також може бути відстрочене у випадку неможливості надання Страховику документів, визначених цим Договором, на строк, необхідний для повного з'ясування причин, обставин та наслідків страхового випадку та отримання відповідних документів.

6.8. **Для отримання страхової виплати Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач повинен подати Страховику наступні документи, що є загальними для будь-якого страхового випадку:**

- письмова заява за формою, встановленою Страховиком;
- Договір страхування або його копію;
- копію всіх сторінок паспорту громадянина України для виїзду за кордон Застрахованої особи;
- копію паспорту громадянина України Застрахованої особи/Вигодонабувача;
- копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованої особи/Вигодонабувача;
- оригінал або нотаріально завіреним копію документу, що підтверджує право Вигодонабувача на отримання страхової виплати (в разі неповноліття Застрахованої особи або її смерті).

За окремими страхових випадків подаються також додаткові документи, визначені у відповідних розділах цього Договору.

6.9. Всі документи, інформація та докази надаються Страховику безкоштовно.

6.10. У випадку, якщо Застрахована особа за власні кошти сплатила вартість медичних або інших послуг, для розгляду питання про відшкодування витрат Застрахована особа повинна звернутись до Страховика не пізніше ніж протягом 15-ти діб після повернення в Україну.

6.11. Якщо Договором або Програмою страхування передбачена франшиза, то страхові виплати (відшкодування) здійснюються з вирахуванням величини франшизи.

6.12. **Причини відмови у страховій виплаті.** Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

6.12.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або Застрахованої особи встановлюється відповідно до законодавства України.

6.12.2. Вчинення Страхувальником - фізичною особою або Застрахованою особою злочину, що призвів до страхового випадку.

6.12.3. Подання Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої має бути здійснена страхова виплата, неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт та/чи обставини настання страхового випадку та суму витрат.

6.12.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру збитків.

6.12.5. Невчасне подання документів Страховику для отримання страхової виплати (страхового відшкодування).

6.12.6. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за цим Договором.

6.12.7. Невиконання вказівок Страховика в процесі врегулювання страхової події.

6.12.8. Отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні.

6.12.9. Період реабілітаційного лікування та/або продовження лікування на території, що не визначена як місце дії Договору.

6.12.10. Виплати не здійснюються за випадками, які у відповідності до умов цього Договору не визнаються страховими.

6.12.11. Інші випадки, передбачені Договором та чинним законодавством України.

6.13. **Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:**

6.13.1. Громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану, повстань та інших акцій громадської непокори, дії ядерного інциденту чи іонізуючого випромінювання, участі Застрахованої особи у воєнних, насильницьких діях, будь-яких громадських заворушеннях та терористичних актах.

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

6.13.3. Здійснення або при спробі здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами.

6.13.4. Нараження Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача) 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

6.13.5. 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;.

6.13.6. Війни (оголошена чи неоголошена), бойових або військових дій.

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

6.13.8. Виконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого виду фізичної роботи чи роботи по найму, якщо даний ризик не є таким, що окремо передбачений та визначений у цьому Договорі і за яким сплачений відповідний додатковий страховий платіж;

6.13.9. Заняття професійним чи аматорським спортом або будь-якими видами активного відпочинку, якщо такі ризики не були

окремо передбачені та визначені у цьому Договорі та за якими сплачені відповідні додаткові страхові платежі.

6.13.10. Дорожньо-транспортної пригоди або поломки транспортного засобу під час подорожі за кордон, що стали наслідком алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, 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.

6.13.11. Страховик не здійснює виплати, пов'язані з відшкодуванням моральної шкоди.

6.14. **Страховик має право відстрочити здійснення страхової виплати у таких випадках:**

6.14.1. Наявність обґрунтованих сумнівів у правомірності вимог Страхувальника (Застрахованої особи) на одержання страхової виплати, в тому числі внаслідок виникнення у Страховика сумнівів стосовно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) 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 необхідних доказів цих вимог. граничний строк відстрочення здійснення страхової виплати - шість місяців з дати надання Страхувальником (Застрахованою особою) Страховикові всіх документів, необхідних для підтвердження факту, причин та обставин страхового випадку, розміру збитку та інших документів, необхідних для здійснення страхової виплати; 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 у 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.

10

РОЗДІЛ 7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

7.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

7.1.1. На отримання послуг, передбачених Договором страхування через узгодження із Страховиком та їх самостійну оплату за таким узгодженням з подальшим відшкодуванням понесених витрат в межах ліміту, визначеного в цьому Договорі.

7.1.2. На отримання страхової виплати згідно з цим Договором.

7.1.3. Вимагати від Страховика своєчасних страхових виплат у строки, визначені цим Договором.

7.1.4. Вносити за згодою Страховика зміни до умов цього Договору, з відповідним перерахунком страхового платежу. Зміни, які мають бути внесені в Договір після його укладання, оформляються у вигляді нового Договору.

7.1.5. На отримання дублікату Договору, в разі втрати оригіналу, якщо дія Договору не закінчилась. В разі повторної втрати Договору протягом його дії зі Страхувальника додатково стягується платіж в розмірі фактичної вартості виготовлення Договору.

7.1.6. На дострокове припинення дії Договору та отримання частини страхових платежів, що повертаються, на умовах цього Договору та Правил.

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

7.2.1. Виконувати умови цього Договору в період його дії.

7.2.2. Страхувальник зобов'язаний своєчасно сплачувати страховий внесок.

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

7.2.4. Інформувати Страховика про інші діючі договори страхування стосовно цього ж предмету договору страхування.

7.2.5. Погоджувати зі Страховиком всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі раптової хвороби, нещасного випадку та інших непередбачених подій, обумовлених цим Договором.

7.2.6. Виконувати розпорядження та рекомендації Страховика.

7.2.7. Страхувальник зобов'язаний ознайомити Застраховану особу з умовами цього Договору та Правилами страхування.

7.2.8. Повернути Страховикові протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання письмової вимоги Страховика, здійснену останнім страхову виплату (або відповідну її частину), якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявиться обставина, що повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу) права на її одержання.

7.2.9. Виконувати інші дії передбачені цим Договором в частині індивідуальних (додаткових) умов страхування за видами страхування.

7.3. **Страховик має право:**

7.3.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію.

7.3.2. Перед укладенням Договору вимагати проведення додаткового медичного обстеження Страхувальника (Застрахованої особи).

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

7.3.4. Здійснювати фіксацію телефонних переговорів стосовно страхових випадків.

7.3.5. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, а в разі необхідності, направляти запити до компетентних органів/організацій про надання відповідних документів і інформації, в тому числі такої, що становить медичну таємницю.

7.3.6. Затримати здійснення Страхової виплати, але не більше ніж на 6 (шість) місяців з дати надання всіх необхідних передбачених цим Договором належно оформлених документів, для з'ясування обставин події, в разі наявності обґрунтованих сумнівів в достовірності наданої Страхувальником (Застрахованою особою) інформації.

7.3.7. Відмовити у здійсненні страхової виплати в разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) зобов'язань,

передбачених цим Договором та Правилами страхування та в інших випадках, передбачених Договором, Правилами страхування та законодавством України, в т.ч. при порушенні терміну повідомлення про настання події, що може бути визнана страховим випадком.

7.3.8. Виступати від імені Страхувальника (Застрахованої особи) за його дорученням у судових органах, або перед заявниками претензій.

7.3.9. Використати квиток Застрахованої особи на зворотний шлях, у разі організації дострокового її повернення в Україну

7.3.10. Не відшкодовувати будь-які непрямі збитки Застрахованої особи.

7.4. Страховик зобов'язаний:

7.4.1. **Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.**

7.4.2. **Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходи з метою оформлення всіх необхідних документів для своєчасної страхової виплати Застрахованій особі або особі, визначеній у цьому Договорі.**

7.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені у розмірі 0,01% від розміру належної страхової виплати за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла на момент прострочення платежу

7.4.4. При відмові у страховій виплаті повідомити про це Страхувальника (Застраховану особу) протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня прийняття рішення про відмову.

7.4.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника і його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

7.4.6. При настанні страхового випадку забезпечити надання за допомогою спеціалізованої особи Страхувальникові (Застрахованій особі) послуг, передбачених Договором страхування;

7.4.7. Виконувати прийняті на себе зобов'язання згідно з умовами Договору страхування.

11

РОЗДІЛ 8. ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

8.1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

8.1.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, визначеною Страхувальником за згодою Застрахованої особи.

8.2. **СТРАХОВІ ВИПАДКИ.** Страховим випадком є фактичне настання із Застрахованою особою протягом строку дії цього Договору нещасного випадку, що спричинив такі наслідки:

8.2.1. Травма чи інше ушкодження Застрахованої особи;

8.2.2. Встановлення Застрахованій особі первинної інвалідності I чи II групи;

8.2.3. Смерть Застрахованої особи.

8.3. Випадки, перелічені в п. 8.2 Договору, визнаються страховими, якщо вони сталися внаслідок нещасного випадку, що мав місце в період дії Договору страхування та підтверджені документами компетентних органів (медичних установ, правоохоронних органів, суду тощо).

8.4. Смерть Застрахованої особи визнається такою, що настала внаслідок нещасного випадку, якщо вона настала протягом 6-ти місяців від дня настання нещасного випадку. При цьому страхова виплата здійснюється тільки при виконанні наступних умов:

8.4.1. Смерть Застрахованої особи повинна бути прямим, незалежним від будь-яких інших чинників, наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, випадковим насильницьким шляхом, про що (крім випадків утоплення або внутрішніх ушкоджень, виявлених розтином) існують докази у вигляді видимих синців або ран на поверхні тіла;

8.4.2. Смерть Застрахованої особи сталася до дати закінчення дії Договору страхування.

8.5. Факт відсутності трупу, неможливості його ідентифікації чи неможливості встановлення причини смерті призводить до невизнання випадку «смерть внаслідок нещасного випадку» страховим, крім випадків, коли цей факт визнано у судовому порядку.

8.6. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку Вигодонабувачем є спадкоємець (спадкоємці) за законом або заповітом.

8.7. Виключеннями із страхових випадків є є події та обставини, зазначені у пунктах 6.13 - 6.14. цього Договору, а також будь-яке захворювання Застрахованої особи.

8.8. Дії у разі настання нещасного випадку

При настанні нещасного випадку Застрахована особа, а у разі її смерті - Вигодонабувач (спадкоємець), зобов'язана(і) невідкладно виконати дії, передбачені Розділом 4 цього Договору.

8.9. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

8.9.1. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати на підставі документів, зазначених у пунктах 6.8, 1.7. цього Договору, а також таких документів:

- документ, що посвідчує особу та підтверджує право на отримання страхової виплати;
- офіційний протокол або довідка, видані медичною установою, в якій зазначається місце, дата і час настання нещасного випадку, дата і час звернення до лікувального закладу, діагноз, вид травми, подія, що призвела до нещасного випадку, а також висновок про наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння Застрахованої особи на момент настання цього нещасного випадку;

8.9.1.1. *у разі встановлення Застрахованій особі первинної інвалідності внаслідок нещасного випадку:*

- висновок лікарсько-консультативної комісії або медико-соціальної експертної комісії про встановлення первинної інвалідності Застрахованій особі внаслідок нещасного випадку;

8.9.1.2. *у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;*

- свідоцтво про смерть;

- свідоцтво про право на спадщину;
 - інші документи за вимогою Страховика.
- 8.9.2. Страховик здійснює страхову виплату:
- 8.9.2.1. у разі травматичного ушкодження Застрахованої особи - оплату вартості лікування в межах встановлених цим Договором лімітів;
- 8.9.2.2. у разі встановлення первинної інвалідності - Страхувальнику (Застрахованій особі):
- I групи - 100% страхової суми за нещасним випадком;
 - II групи - 75% страхової суми за нещасним випадком;
- 8.9.2.3. у разі смерті Застрахованої особи - 100% страхової суми за нещасним випадком - Вигодонабувачу.
- 8.9.3. З урахуванням обставин події, що відбулась, Страховик має право вимагати надання додаткових документів для підтвердження факту та обставин настання страхового випадку, а також визначення розміру страхової виплати.