

**Публічна пропозиція (Оферта) на укладення електронного договору добровільного страхування медичних витрат на випадок COVID-19 та додаткового страхування від нещасних випадків протягом періоду перебування іноземця на території України, програма Мі (Договір).**

**Частина 2 Договору**

Дана Публічна пропозиція (Оферта) є офіційною пропозицією ТОВАРИСТВА З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ГАРДІАН», місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Саксаганського 96, телефон +38044 333 37 10, код ЄДРПОУ 35417298 (далі – Страховик/Сторона Договору), в особі Генерального директора Берліна Віктора Михайловича, що діє на підставі Статуту, невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб та/або юридичних осіб (далі – Клієнти, а після прийняття умов цієї Оферти – Страхувальники/Сторони Договору) укласти із Страховиком електронний Договір добровільного страхування медичних витрат на випадок COVID-19 та додаткового страхування від нещасних випадків протягом періоду перебування іноземця на території України, програма Мі (далі – Договір або електронний договір страхування) за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи (далі – ІТС) Страховика та/або його партнера (агента).

Договір укладається на підставі Ліцензії на здійснення: добровільного страхування медичних витрат серія АЕ номер 522648, строк дії з 16.10.2014 р. безстроково, та відповідно до Правил добровільного страхування медичних витрат №17 (нова редакція) від 10.12.2019р., зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (далі – Правила-1), Закону України «Про страхування», із дотриманням вимог Законів України «Про туризм», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис» та «Про електронну комерцію» та згідно норм чинного законодавства.

Додаткове страхування від нещасних випадків здійснюється на підставі Ліцензії на здійснення: добровільного страхування від нещасних випадків серія АЕ номер 293885, строк дії з 27.05.2014 р. безстроково, та відповідно до Правил добровільного страхування від нещасних випадків №6 (нова редакція) від 16.12.2019 р., зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (далі – Правила-2), Правила-1 та Правила-2 разом далі – Правила, розміщені на сайті Страховика за посиланням: <https://grdn.com.ua>.

1. Загальні положення та визначення термінів.

1.1. Договір укладається на умовах цієї Публічної пропозиції (Оферти), яка розміщується на сайті Страховика <https://grdn.com.ua> та/або його партнера (агента), шляхом надання Страховиком пропозиції його укласти (Оферта) та прийняття її Клієнтом (акцепту) за посередництвом ІТС Страховика та/або його партнера (агента).

1.2. Безумовним прийняттям (акцептом) умов цієї Публічної пропозиції (Оферти) Страхувальником вважається заповнення ним електронної заявки на укладення Договору та підписання електронного договору одноразовим електронним ідентифікатором (електронним підписом) шляхом направлення Страховиком або його партнером (агентом) такого одноразового ідентифікатора на мобільний телефон або електронну пошту Страхувальника та введення останнім такого отриманого одноразового ідентифікатора в ІТС Страховика або його партнера (агента).

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

- Частини 2, яка містить загальні умови Договору, викладені в цьому документі і розміщені на сайті Страховика та/або його партнера (агента), та

- Частини 1, яка містить індивідуальні умови для кожного Договору, які визначаються в електронному договорі страхування і до укладення Договору (акцепта) надаються Клієнту в електронному вигляді після заповнення ним в ІТС Страховика або його партнера (агента) заявки на страхування.

1.4. Надання Клієнту доступу до індивідуальних умов Договору (а саме: розміри страхової суми, страхового тарифу, страхового платежу, франшизи; строк та територія дії Договору) є підтвердженням отримання заявки Клієнта на страхування.

1.5. Заповненням електронної заявки на укладення Договору Клієнт узгоджує всі істотні умову Договору, передбачені ст. 16 Закону України «Про страхування», в тому числі: предмет страхування, страхову суму, перелік страхових випадків, розмір страхових платежів та порядок їх сплати, строк дії Договору, умови здійснення страхової виплати та інше.

1.6. Заповнення електронної заявки Клієнтом не зобов'язує його укласти Договір, у разі відсутності електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором Договір вважається неукладеним.

1.7. Акцептом цієї Публічної пропозиції (Оферти) – прийняття Клієнтом пропозиції укласти Договір є підписання ним електронного договору одноразовим електронним ідентифікатором (електронним підписом) та оплати страхового платежу у розмірі, визначеному умовами Договору. Акцепт вважається наданим у момент вчинення останньої із зазначених дій. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страховиком або його партнером (агентом) Страхувальнику SMS-повідомленням на телефонний номер Страхувальника та/або на електронну адресу, вказані ним при заповненні заявки на страхування. При цьому підписання Страхувальником таким

одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником Договору у відповідності до вимог ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію».

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

1.9. Після отримання акцепту Страховик надсилає Страхувальнику укладений ним електронний договір страхування у формі, що унеможлиблює спотворення його змісту, на електронну пошту Страхувальника, вказану ним при заповненні заявки на страхування.

1.10. Сторони узгодили, що направлення Страховиком Договору по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Договору Страхувальнику.

1.11. 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.

1.12. Сторони узгодили, що Договір, який направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті може бути підписано Страховиком із використанням факсимільного відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитку печатки Страховика, зразок яких відображено у п. 11. Умов цієї Публічної пропозиції (Оферти).

1.13. 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.

1.14. 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](mailto:office@grdn.com.ua) (далі – електронна адреса Страховика).

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

1.16. 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.

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

1.18. 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».

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

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

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

1.22. Визначення термінів цього Договору:

1.22.1. Договір страхування (Договір) – 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.

1.22.2. 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.

1.22.3. 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.

1.22.4. ІТС - інформаційно-телекомунікаційна система.

1.22.5. Країна постійного проживання (Країна громадянської належності, постійне Місце проживання) – це країна, громадянином якої є Застрахована особа.

- 1.22.6. Ліміти відповідальності – грошові суми, в межах яких Страховик відповідно до умов страхування медичних витрат зобов'язаний здійснити Страхову виплату при настанні Страхового випадку по окремих послугам чи видам медичної та/чи іншої пов'язаної з нею допомоги.
- 1.22.7. 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.
- 1.22.8. Найближчі родичі Застрахованої особи – її чоловік (дружина), діти, батьки.
- 1.22.9. Нещасний випадок – раптова, випадкова, короточасна, 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 її смертю. Нещасним випадком є: травми, отримані Застрахованою особою (забій, переломи, вивихи, розриви і поранення) в побуті і/або на виробництві, в тому числі в результаті противоправних 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.
- 1.22.10. Партнер (агент) - юридична або фізична особа, яка укладає договори страхування від імені та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору доручення (агентського договору).
- 1.22.11. ПЛР (полімеразна ланцюгова реакція) – метод, що дозволяє виявити в організмі людини наявність вірусу групи SARS (в т.ч. вірус COVID-19).
- 1.22.12. 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.
- 1.22.13. 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).
- 1.22.14. 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 та ритуальні послуги (послуги, пов'язані з організацією поховання та облаштуванням місця поховання, і т.п.) на території країни колишнього постійного місця проживання померлого.
- 1.22.15. Сервісна служба (Асистанс) – юридична особа, яка діє від імені та за рахунок Страховика на підставі договору доручення в частині координації взаємодії Застрахованої особи з особами, які надають їй послуги при настанні страхових випадків, передбачених Договором.
- 1.22.16. Спадкоємець Застрахованої особи – особа, яка отримує Страхову виплату за Договором на підставі документу, що встановлює право цієї особи на спадщину.
- 1.22.17. 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.
- 1.22.18. Страховик – Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «Гардіан», Місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 96, телефон: +38044 3333 710.
- 1.22.19. Страховий ризик – це певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- 1.22.20. 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 у межах та обсязі умов та лімітів, передбачених Договором (Програмою страхування).
- 1.22.21. Страхувальник – юридична особа або дієздатна фізична особа, що уклала зі Страховиком договір страхування. Страхувальник має право укладати Договір по відношенню до себе, або інших осіб (далі – Застрахованих осіб).

1.22.22. 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.

1.23. Умови страхування включають:

- страхування медичних витрат – Розділ I цього Договору;
- загальні умови страхування – Розділ II цього Договору;
- страхування від нещасного випадку (додаткове ) – Розділ III цього Договору.

## **Розділ I. ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ПОВ'ЯЗАНИХ З НИМИ ВИТРАТ**

### **2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ПОВ'ЯЗАНИХ З НИМИ ВИТРАТ**

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

2.2. Майнові інтереси, що є предметом цього Договору, пов'язані із витратами на медичні та додаткові послуги для Застрахованої особи в межах умов Програми та з урахуванням інших умов Договору.

### **3. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

3.1. Страховим випадком за цим Договором є здійснення Страхувальником/Застрахованою особою/Асистансом протягом строку дії Договору непередбачених медичних витрат внаслідок наступних страхових ризиків:

3.1.1. Раптового захворювання Застрахованої особи, викликаного коронавірусом (COVID-19) і підтвердженого результатом тесту ПЛР – гострого 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).

3.1.2. Тілесного ушкодження Застрахованої особи, що призвело до її непрацездатності, і сталося внаслідок нещасного випадку в період дії Договору (якщо додаткове страхування від нещасного випадку передбачено умовами Договору, про що зазначено в Частині 1 Договору і відповідний страховий платіж сплачений Страхувальником).

3.1.3. Смерті Застрахованої особи внаслідок раптової хвороби, викликані коронавірусом (COVID-19), підтвердженої результатом тесту ПЛР, або внаслідок нещасного випадку (якщо додаткове страхування від нещасного випадку передбачено умовами Договору, про що зазначено в Частині 1 Договору і відповідний страховий платіж сплачений Страхувальником).

3.2. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ Мі включає в себе такий перелік послуг:

3.2.1. Витрати на лікування – це витрати, що виникли при наданні Застрахованій особі екстреної медичної допомоги, і включають в себе надання екстреної амбулаторної та/або екстреної стаціонарної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем в межах лімітів Договору. Ліміти страхових виплат по витратах на лікування за цим Договором (цією Програмою) становлять:

3.2.1.1. Ліміт відповідальності Страховика на надання екстреної амбулаторної допомоги, в тому числі послуг в'їзної бригади швидкої медичної допомоги, складає суму вартості 150,00 EUR (Сто п'ятдесят Євро 00 центів) по курсу НБУ на дату виникнення страхового випадку.

3.2.1.2. Ліміт відповідальності Страховика на надання стаціонарної допомоги складає суму вартості 500,00 EUR (П'ятсот Євро 00 центів) по курсу НБУ на дату виникнення страхового випадку.

3.2.1.3. Ліміт витрат на лікування випадків, які є страховими за цим Договором, при самостійній оплаті в екстрених випадках без попереднього узгодження із Страховиком (Асистансом) становить суму вартості 50,00 EUR (П'ятдесят Євро 00 центів) по курсу НБУ на дату настання страхового випадку. В будь-якому разі для отримання страхової виплати у вигляді відшкодування витрат в розмірі суми вартості 50,00 Євро про такий випадок має бути повідомлено Страховика протягом 24-х годин з моменту настання такої події.

3.2.2. 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, 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.

3.2.2.1. Ліміт відповідальності Страховика на репатріацію складає суму вартості 1000 EUR (Одна тисяча Євро 00 центів) по курсу НБУ на дату виникнення страхового випадку.

3.2.2.2. Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Страховиком (Асистансом). Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлої особи заяви-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи.

3.3. ЗА ЦИМ ДОГОВОРОМ НЕ МОЖУТЬ БУТИ ЗАСТРАХОВАНІ НАСТУПНІ ОСОБИ:

3.3.1. Визнані у встановленому порядку недієздатними;

3.3.2. Особи віком до 1 (одного) року та старші 60 (шестидесяти) років, якщо інше не зазначено в Договорі одночасно з підвищуючим коефіцієнтом;

3.3.3. Особи із наявністю стійкої втрати працездатності, що можна кваліфікувати як інвалідність I, II чи III групи;

3.3.4. 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);

- будь-яке захворювання, що супроводжується порушенням системи згортання крові та/або порушенням/уповільненням венозного кровотоку;

- новоутворення та/чи будь-які аномалії головного та/чи спинного мозку і хребта;

- злоякісні новоутворення будь-якої локалізації;

- системні ураження нервової системи та/чи сполучної тканини;

- гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт/менінгіт, в тому числі в анамнезі;

- ВІЛ; СНІД; будь-які захворювання, аномалії та/чи порушення імунного статусу;

- будь-яка форма залежності (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія);

- будь-які види психічних захворювань, розладів та/чи пограничних станів.

3.4. СТРАХОВИК НЕ НЕСЕ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЗА ЦИМ ДОГОВОРОМ, якщо, на дату укладення цього Договору, Страхувальник (Застрахована особа) була особою, визначеною у п.1.4. цього Договору. Договір страхування відносно такої особи вважається таким, що не вступив в дію з дати його укладення, страхові виплати за таким Договором не здійснюються, а страховий платіж підлягає поверненню Страхувальнику.

3.5. ДІЇ, ЯКІ НЕОБХІДНО ЗДІЙСНИТИ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЯКА МОЖЕ БУТИ ВИЗНАНА СТРАХОВИМ ВИПАДКОМ:

3.5.1. При настанні події, передбаченої умовами цього Договору Страхувальник (Застрахована особа або особа, яка представляє інтереси Застрахованої особи) має негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання події, в будь-який час доби, повідомити про це Страховика (його Сервісну службу/Асистанс), та отримати інформацію щодо подальших дій. Про страховий випадок Застрахована особа має повідомити за наступним номером телефону: **+380 800 503 114**

3.5.2. Після звернення до Страховика (Асистансу) 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, умови її страхування та документально підтвердити строк свого перебування на території України.

3.5.3. 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 та зателефонувати до Страховика (Асистансу). Зазначені дії від імені Страхувальника (Застрахованої особи) може здійснити третя особа, яка знаходиться поруч (родич Застрахованої особи, член туристичної групи, працівник медичного закладу тощо);

3.5.4. У разі самостійної сплати вартості медичних послуг, Застрахована особа або її представник повинен повідомити про це Страховика (Асистанс) 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.

3.5.5. Об'єктивними причинами затримки повідомлення вважаються: відсутність засобів зв'язку в місці перебування Застрахованої особи, непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси).

3.6. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ЗАТРИМАННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. Страховик не визнає страховим випадком та не відшкодовує вартість лікування та/чи послуг, пов'язаних із:

3.6.1. Витратами на будь-які медичні послуги з приводу будь-якого захворювання та/чи патологічного стану окрім тих, що прямо спричинені коронавірусом (COVID-19), що підтверджено результатом тесту ПЛР;

3.6.2. Витратами на санаторно-курортне лікування.

3.6.3. Витратами, 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 чи може бути переведена із відділення інтенсивної терапії (реанімації) для отримання планового (стаціонарного та/чи амбулаторного) лікування.

3.6.4. 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.

3.6.5. Витратами на медикаменти та/чи медичні послуги, призначення яких лікуючим лікарем не підтверджено відповідними медичними документами.

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

3.6.7. Захворюваннями, що виникли до початку періоду страхування та/або не на території України, що призвели до медичних чи додаткових витрат під час подорожі, а також захворювання, що мали місце після виїзду Застрахованої особи з території України.

3.6.8. Медичним оглядом, що не спричинений гострим раптовим захворюванням та/чи тілесним ушкодженням, наданням послуг, що не є обґрунтовано необхідними та/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.

3.6.9. Витратами, пов'язаними з лікуванням будь-яких супутніх захворювань.

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

3.6.11. Всіма видами пластичних та косметичних операцій і процедур, всіма видами протезування, шунтування, трансплантації, купівлі і ремонту допоміжних засобів (зокрема, всі види засобів для метало-остеосинтезу (МОС), товари медичного призначення, що не є лікарськими засобами, засоби для забезпечення штучної вентиляції легень, цілодобового апаратного моніторингу тощо).

3.6.12. Стоматологічним лікуванням.

3.6.13. Лікуванням нетрадиційними методами.

3.6.14. Придбанням або ремонтом будь-яких допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, інгаляторів, одноразових контейнерів, протезів, милиць, інвалідних візків, вимірювальних приладів тощо); придбанням загально стимулюючих препаратів, харчових добавок, засобів гігієни, штучного харчування тощо.

3.6.15. Медичною евакуацією чи репатріацією, організованими без письмового узгодження із Страховиком (Асистансом).

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

3.6.17. Витратами на продовження лікування Застрахованої особи після її виїзду з території України, а також не відшкодовуються витрати, які покриваються за рахунок будь-якого іншого забезпечення.

3.6.18. Витратами, пов'язаними з наданням послуг медичним закладом або особою, що не має відповідної ліцензії і права на здійснення медичної діяльності.

3.6.19. Витратами, що виникли після закінчення строку перебування на території України, зазначеного в Договорі.

3.6.20. Витратами на реабілітаційну терапію та фізіотерапію.

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

3.6.22. Витратами, пов'язаними з ритуальними атрибутами та ритуалом поховання Застрахованої особи.

3.6.23. Витратами на лікування та/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 вона, 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.

3.6.24. 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 пасажирів на літаку цивільної авіації, який виконувався професійним пілотом.

3.6.25. Витратами, що пов'язані з випадком, який стався в результаті занять Страхувальником (Застрахованою особою) будь-яким видом спорту чи активним відпочинком, якщо умовами Частини 1 Договору окремо не передбачений відповідних ризик і не сплачений відповідний додатковий платіж.

3.6.26. 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 Частини 1 Договору не передбачений відповідних ризик і не сплачений відповідний додатковий платіж.

3.6.27. Не відшкодовуються витрати, якщо вони здійснені Страхувальником (Застрахованою особою) без попереднього узгодження із Страховиком.

3.6.28. Не відшкодовуються витрати, пов'язані з вакцинацією, в тому числі від COVID-19, та витрати в зв'язку будь-якими порушеннями стану здоров'я Застрахованої особи, що є або можуть бути в причинно-наслідковому зв'язку із проведенням Застрахованій особі будь-якої вакцинації (на розгляд Страховика).

3.6.29. Інші випадки, передбачені Правилами страхування та чинним законодавством України.

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

3.7.1. 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.7.5. загальних умов цього Договору, а також:
- ✓ виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (на бланку або з відповідним штампом медичного закладу, засвідчену підписом і печаткою лікаря та підписом посадової особи і круглою печаткою медичної установи) із зазначеними: прізвищем, ім'ям пацієнта, повним клінічним діагнозом, анамнезом захворювання, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, проведену діагностику, результати обстежень, призначені медикаменти із зазначенням їх дозування, загальними висновками лікаря;
- ✓ результат(и) тесту(ів) ПЛР, проведений(і) сертифікованою державною лабораторією з рівнем акредитації не нижче 2 (другого) і завірений(і) установою, яка його(їх) проводила;
- ✓ оригінали рахунків із деталізованою розбивкою суми вартості послуг за датами надання та вартістю;
- ✓ на підтвердження оплати наданих медичних послуг: квитанції банку (оригінали, засвідчені банком), фіскальні чеки (оригінали);
- ✓ на підтвердження оплати вартості медикаментів: фіскальні чеки (оригінали), із зазначенням кількості та форми випуску кожного препарату;
- ✓ копії медичних документів із результатами проведених обстежень;
- ✓ довідка про проведення Застрахованій особі вакцинації (якщо така проводилась);
- ✓ оригінал або нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи (у разі смерті);
- ✓ оригінал чи завірена закладом, який надавав, копія лікарського свідоцтва про смерть Застрахованої особи (у разі смерті);
- ✓ інші документи на вимогу Страховика.

3.7.2. У випадку травми в результаті дорожньо-транспортної пригоди чи поломки легкового автомобіля, на якому подорожував Страхувальник (Застрахована особа), додатково Страховику надається 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 у відношенні алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.

3.7.3. 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).

3.7.4. 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 тощо) надаються в оригіналі.

3.7.5. В разі виникнення обґрунтованих сумнівів щодо кваліфікації заявленого випадку Страховик має право для прийняття рішення вимагати за свій рахунок провести медичне чи клінічне обстеження Застрахованої особи в визначених ним медичних закладах.

### 3.8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

3.8.1. При настанні страхового випадку Страховик в межах страхової суми та/або лімітів відповідальності, що встановлені в цьому Договорі, відшкодовує витрати за медичні послуги, надані Застрахованій особі:

3.8.1.1. провайдером медичних послуг згідно з наданими рахунками, актами виконаних робіт, іншими медичними та платіжно-розрахунковими документами, якщо надання таких послуг було погоджено зі Страховиком / Асистансом до початку їх отримання або, у виключних випадках, в перші 24 години;

3.8.1.2. Застрахованій особі, що самостійно оплатила надані їй послуги, попередньо погоджені із Страховиком / Асистансом, згідно умов цього Договору.

3.8.2. 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 7.5. та 3.7 цього Договору, у відповідності до умов цього Договору.

## Розділ II. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ

4. Коефіцієнти ризику.

4.1. При укладенні Договору у випадках страхування осіб вікових категорій до 1 року та понад 60 років застосовуються підвищуючі коефіцієнти.

4.2. При включенні у Договір опції страхування від нещасних випадків для осіб, які під час дії Договору будуть займатися професійним спортом, роботою за винагороду або активними видами відпочинку (аматорським спортом), застосовуються відповідні коефіцієнти груп ризику: W – Фізична праця, в тому числі при участі в будь-якому робочому процесі; SA – Активні види відпочинку, аматорський спорт; SP – Професійний спорт.



4.3. Коефіцієнт групи стандартного ризику (K=1): Т – туристична поїздка, відрядження (без фізичної праці та участі в робочому процесі та занять будь-яким видом спорту чи видом активного відпочинку).

## 5. СТРОК І МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ.

5.1. Початок та закінчення терміну дії Договору.

5.1.1. Страховий захист починається з моменту проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю України при в'їзді на територію України, 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.

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

5.1.3. Якщо Договір передбачає багаторазові подорожі, то Страховик несе відповідальність у межах тієї кількості днів, яка зазначена в цьому Договорі. При кожному в'їзді на територію України строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на цій території дії Договору.

5.2. Місцем дії Договору є територія України, за виключенням АР Крим, м. Севастополь, населених пунктів у Донецькій та Луганській областях на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження і тих, які розташовані на лінії зіткнення згідно переліку, затвердженого Розпорядженням КМУ від «07» листопада 2014 року №1085 із змінами та доповненнями.

## 6. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

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

6.1.1. Закінчення строку дії цього Договору.

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

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

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

6.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

6.1.6. Прийняття судового рішення про визнання цього Договору недійсним.

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

6.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

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

6.3. 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.

6.4. 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.

6.5. 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.

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

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

7.1. 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.

7.2. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату у порядку, передбаченому п.1.9. цього Договору.

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



- 7.4. 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.
- 7.4.1. Рішення про страхову виплату оформлюється страховим актом. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня підписання страхового акту.
- 7.4.2. 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.
- 7.5. 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 закордонного паспорту Застрахованої особи/Вигодонабувача;
  - копію документу про причину тимчасового перебування Застрахованої особи на території України;
  - копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованої особи/Вигодонабувача;
  - оригінал або нотаріально завірнену копію документу, що підтверджує право Вигодонабувача на отримання страхової виплати (в разі неповноліття Застрахованої особи або її смерті).
- За окремими видами страхових випадків подаються також документи, визначені у п.3.7. цього Договору, а також, якщо умовами Договору передбачено страхування від нещасних випадків, визначені в п.п.9.9.1. цього Договору.
- 7.6. Всі документи, інформація та докази надаються Страховику безкоштовно.
- 7.7. У випадку, якщо Застрахована особа за власні кошти сплатила вартість медичних або інших послуг, для розгляду питання про відшкодування витрат вона повинна звернутись до Страховика не пізніше ніж протягом 15-ти діб після закінчення лікування.
- 7.8. Якщо Договором або Програмою страхування передбачена франшиза, то страхові виплати (відшкодування) здійснюються з вирахуванням величини франшизи.
- 7.9. Причини відмови у страховій виплаті. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:
- 7.9.1. 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.
- 7.9.2. Вчинення Страхувальником – фізичною особою або Застрахованою особою злочину, що призвів до страхового випадку.
- 7.9.3. 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.
- 7.9.4. 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.
- 7.9.5. Невчасне подання документів Страховику для отримання страхової виплати (страхового відшкодування).
- 7.9.6. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за цим Договором.
- 7.9.7. Невиконання вказівок Страховика (Асистансу) в процесі врегулювання страхової події.
- 7.9.8. Отримання Страхувальником (Застрахованою особою) відшкодування понесених витрат від іншої особи.
- 7.9.9. Період реабілітаційного лікування та/або продовження лікування на території, що не визначена як місце дії Договору.
- 7.9.10. Виплати не здійснюються за випадками, які у відповідності до умов цього Договору не визнаються страховими.
- 7.9.11. Інші випадки, передбачені Договором та чинним законодавством України.
- 7.10. Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:
- 7.10.1. Громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану, повстань та інших акцій громадської непокорності, дії ядерного інциденту чи іонізуючого випромінювання, участі Застрахованої особи у воєнних, насильницьких діях, будь-яких громадських заворушеннях та терористичних актах.
- 7.10.2. 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).
- 7.10.3. Здійснення або при спробі здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами.
- 7.10.4. Нараження Страхувальника (Застрахованої особи) на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя).
- 7.10.5. Вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря.
- 7.10.6. Війни (оголошена чи неоголошена), бойових або військових дій.

7.10.7. 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.

7.10.8. Виконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого виду фізичної роботи чи роботи по найму, якщо даний ризик не є таким, що окремо передбачений та визначений в Частині 1 Договору і за яким сплачений відповідний додатковий страховий платіж;

7.10.9. Заняття професійним чи аматорським спортом або будь-якими видами активного відпочинку, якщо такі ризики не були окремо передбачені та визначені в Частині 1 Договору та за якими сплачені відповідні додаткові страхові платежі.

7.10.10. 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.

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

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

7.11.1. 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;

7.11.2. 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.

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

8.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

8.1.1. 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.

8.1.2. На отримання страхової виплати згідно з цим Договором.

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

8.1.4. 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.

8.1.5. 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.

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

8.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний(а):

8.2.1. Виконувати умови цього Договору в період його дії.

8.2.2. Страхувальник зобов'язаний своєчасно сплачувати страховий внесок.

8.2.3. 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.

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

8.2.5. 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.

8.2.6. Виконувати розпорядження та рекомендації Страховика (Асистансу).

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

8.2.8. 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.

- 8.2.9. Виконувати інші дії передбачені цим Договором в частині індивідуальних (додаткових) умов страхування за видами страхування.
- 8.3. Страховик має право:
- 8.3.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію.
- 8.3.2. Перед укладенням Договору вимагати проведення додаткового медичного обстеження Страхувальника (Застрахованої особи).
- 8.3.3. Вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність зазначеної інформації.
- 8.3.4. Здійснювати фіксацію телефонних переговорів стосовно страхових випадків.
- 8.3.5. Самостійно з'ясовувати 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.
- 8.3.6. 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.
- 8.3.7. 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.
- 8.3.8. Виступати від імені Страхувальника (Застрахованої особи) за його дорученням у судових органах, або перед заявниками претензій.
- 8.3.9. Не відшкодовувати будь-які непрямі збитки Застрахованої особи.
- 8.4. Страховик зобов'язаний:
- 8.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.
- 8.4.2. 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.
- 8.4.3. 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.
- 8.4.4. При відмові у страховій виплаті повідомити про це Страхувальника (Застраховану особу) протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня прийняття рішення про відмову.
- 8.4.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника і його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.
- 8.4.6. При настанні страхового випадку забезпечити надання за допомогою спеціалізованої особи Страхувальникові (Застрахованій особі) послуг, передбачених Договором страхування;
- 8.4.7. Виконувати прийняті на себе зобов'язання згідно з умовами Договору страхування.

### **РОЗДІЛ III. ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ**

#### **9.1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ**

9.1.1. 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.

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

9.2.1. Травма чи інше ушкодження Застрахованої особи;

9.2.2. Встановлення Застрахованій особі первинної інвалідності I, II чи III групи;

9.2.3. Смерть Застрахованої особи.

9.3. Випадки, визначені в п. 9.2 Договору, визнаються страховими, якщо вони сталися внаслідок нещасного випадку, що мав місце в період дії Договору та підтверджений документами компетентних органів (медичних установ, правоохоронних органів, суду тощо), а також за умови, що страхування від нещасних випадків передбачено умовами Частини 1 Договору і сплачений відповідний страховий платіж.

9.4. 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:

9.4.1. 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;

9.4.2. Страховик повинен отримати підтвердження того, що смерть Застрахованої особи сталася до дати закінчення дії Договору.

9.5. 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.

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

9.7. Виключенням із страхових випадків, крім зазначеного у пунктах 3.6., 7.9, 7.10. цього Договору, є будь-яке захворювання Застрахованої особи.

9.8. 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 п.3.5. цього Договору.

#### 9.9. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

9.9.1. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати на підставі документів, зазначених у пунктах 7.5, 3.7. 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;

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

- ✓ довідку та акт огляду МСЕК (медико-соціальної експертної комісії або лікарсько-консультативної комісії) про встановлення первинної інвалідності Застрахованій особі внаслідок нещасного випадку;
- ✓ копію карти індивідуальної програми реабілітації інваліда;

9.9.1.2. у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку:

- ✓ свідоцтво про смерть;
- ✓ лікарське свідоцтво про причину смерті;
- ✓ свідоцтво про право на спадщину;
- ✓ інші документи за вимогою Страховика.

9.9.2. Страховик здійснює страхову виплату:

9.9.2.1. у разі травматичного ушкодження Застрахованої особи – оплату вартості лікування в межах встановлених цим Договором лімітів;

9.9.2.2. у разі встановлення первинної інвалідності – Страхувальнику (Застрахованій особі):

I групи – 100% страхової суми за нещасним випадком;

II групи – 75% страхової суми за нещасним випадком;

III групи – 50% страхової суми за нещасним випадком;

9.9.2.3. у разі смерті Застрахованої особи – 100% страхової суми за нещасним випадком – Вигодонабувачу.

9.9.3. 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.