

Публічна пропозиція (Оферта) на укладення електронного договору добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України з робочим ризиком (w) по програмам А та D (Договір).

Частина 2 Договору

Ця 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 комплексного страхування подорожуючих за межами України (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., безстрокова, 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 добровільне страхування від нещасних випадків серія АЕ номер 293885, строк дії з 27.05.2014р., безстрокова, 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, Правила-2 (разом далі – Правила) та Ліцензії розміщені на сайті Страховика за посиланням: <https://grdn.com.ua/licenzii/>

1. Загальні положення.

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 (Оферти) та прийняття її Клієнтом (акцепту) в інформаційно-телекомунікаційній системі (далі – ІТС) Страховика та/або його партнера (агента). Страховик забезпечує безперешкодний доступ особам, яким адресована пропозиція укласти електронний договір, до електронних документів, що включають умови Договору та до самої пропозиції у формі, що унеможливорює зміну змісту на власному сайті Страховика та/або на сайтах партнерів (агентів).

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

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

1.3. Надання Клієнту доступу до індивідуальних умов Договору (а саме: номер і дата укладення договору; програма страхування; група ризику; розміри страхової суми, страхового тарифу, страхового платежу, франшизи; строк, вид (разова поїздка чи мультивіза) та територія дії Договору; умови додаткового страхування та/чи особливі умови, якщо передбачені) є підтвердженням отримання заявки Клієнта на страхування.

Відповідь Клієнта про прийняття пропозиції укласти договір страхування (акцепт) надається шляхом заповнення формуляра заяви (форми) про прийняття такої пропозиції в електронній формі в ІТС, що підписується одноразовим ідентифікатором, та оплати страхового платежу у розмірі, визначеному умовами Договору страхування. Акцепт вважається наданим у момент вчинення останньої із зазначених дій.

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

1.5. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страховиком або його партнером (агентом) Страхувальнику СМС-повідомленням на телефонний номер Страхувальника та/або на електронну адресу, вказані ним при заповненні 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». Договір страхування є укладеним з моменту отримання Страховиком акцепту Страхувальника. за умови надходження на рахунок Страховика відповідного страхового платежу.

- 1.6. Після отримання акцепту Страховик надсилає Страхувальнику укладений ним електронний договір страхування у формі, що унеможливує спотворення його змісту, на електронну пошту Страхувальника, вказану ним при заповненні заявки на страхування.
- 1.7. Сторони узгодили, що направлення Страховиком Договору по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Договору Страхувальнику.
- 1.8. 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.
- 1.9. 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.
- 1.10. 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).
- 1.11. 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.
- 1.12. 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.
- 1.13. 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».
- 1.14. У разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору та положеннями Правил застосовуються умови, визначені Договором.
- 1.15. Не обумовлені цим Договором умови регламентуються чинним законодавством України.
- 1.16. Сторони Договору не можуть передавати права та (або) обов'язки за цим Договором без письмової згоди на це іншої Сторони.
- 1.17. УМОВИ СТРАХУВАННЯ включають:
- Розділ I. Загальні умови страхування;
 - Розділ II. Умови добровільного страхування медичних та інших витрат подорожуючих за межами України (далі – страхування медичних витрат);
 - Розділ III. Умови додаткового добровільного страхування від нещасних випадків подорожуючих за межами України (далі – страхування від нещасних випадків);
 - Розділ IV. Пам'ятка для Застрахованої особи.

РОЗДІЛ I. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ.

2. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

- 2.1. **Асистуюча компанія (Асистанс)** – юридична особа, в т.ч. її офіційні представники, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи під час настання подій, передбачених Договором, а також організовує надання та оплату послуг Застрахованій особі за кордоном у разі настання страхового випадку.
- 2.2. **Бездіяльність** – невжиття заходів, нездійснення дій, які страхувальник міг та повинен був вжити та/або здійснити відповідно до правил, інструкцій, норм та інших нормативно-правових актів для запобігання настанню страхового випадку, зменшення розміру заподіяного збитку.
- 2.3. **Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, яка визначена Страхувальником (за згодою Застрахованої особи) у договорі страхування як особа, яка має право отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку.
- 2.4. **Гострий біль** – реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, який у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.
- 2.5. **Група ризику** – зазначається у Договорі в залежності від мети подорожі та передбачає застосування до страхового тарифу відповідного коефіцієнту ризику. Підвищуючі коефіцієнти застосовуються у випадках страхування осіб відповідних вікових категорій, а також осіб, які під час дії Договору будуть займатися фізичною працею, в т.ч. за винагороду. В разі, якщо метою перебування за кордоном є фізична праця, виконання

будь-яких робіт по найму, відповідна група ризику позначається «W» (від англійського слова Work – робота, праця).

2.6. **Договір страхування** – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується сплатити страховий платіж у визначений строк та виконувати інші умови Договору страхування.

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

2.8. **Екстрене оперативне втручання** – операція, яку необхідно зробити негайно, коли найменша затримка може призвести до погіршення прогнозу, важких ускладнень та негативних наслідків для життя та здоров'я.

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

2.10. **Застрахована особа** – фізична особа, що виїжджає за кордон та знаходиться під страховим захистом.

2.11. **ІТС** – інформаційно-телекомунікаційна система.

2.12. **Країна перебування** – територія держави, на якій знаходиться Застрахована особа в період дії Договору. Під час дії Договору Застрахована особа може відвідувати декілька іноземних країн, при цьому Договір буде діяти на території кожної з цих країн, якщо останні входять в перелік території страхування за цим Договором.

2.13. **Ліміт відповідальності Страховика** – грошові суми, в межах яких Страховик відповідно до умов страхування медичних витрат зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку по окремим послугам чи видам медичної та/чи іншої пов'язаної з нею допомоги. Ліміт відповідальності може визначатися у відсотках від страхової суми, у кількості разів надання певного виду допомоги, у грошових коштах (Гривна, Євро (EUR), Долар США (USD) та ін.).

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

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

2.16. **Найближчі родичі Застрахованої особи** – її чоловік (дружина), діти, батьки.

2.17. **Невідкладна стаціонарна допомога** – комплекс медичних послуг, що надаються Застрахованій особі при гострих розладах здоров'я внаслідок раптового гострого захворювання чи нещасного випадку, що загрожують його життю чи здоров'ю та потребують екстреної госпіталізації, інтенсивного лікування та цілодобового медичного нагляду протягом більше доби.

2.18. **Невідкладна стоматологічна допомога** – надання медичної послуги Застрахованій особі, спрямованої на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, без подальшого відновлювального лікування при раптовому гострому захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур.

2.19. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи. До нещасних випадків відносяться: травматичні ушкодження (травми), отримані Застрахованою особою (забій, переломи, вивихи, розриви і поранення) в побуті та/чи на виробництві, в результаті дорожньо-транспортної пригоди тощо; утоплення; опіки, відмороження; ураження електричним струмом або блискавкою; випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (побутовими або промисловими), ліками, отруйними рослинами, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу); укуси тварин, отруйних комах, змій.

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

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

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

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

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

2.25. **Розлад здоров'я** – стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональним та органічними

ушкодженнями органів та систем організму.

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

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

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

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

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

2.31. **Страховий захист** – сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно з умовами Договору страхування.

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

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

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

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

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

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

2.38. **Територія дії (покриття)** – територія дії страхування (страхового покриття) за Договором.

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

2.40. **Умовна одиниця (у.о.)** – грошова одиниця, у якій обчислюється страхова сума, ліміти відповідальності Страховика та франшиза згідно з умовами Договору.

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

2.42. **Франшиза** – визначена умовами Договору 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.

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

3. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ.

3.1. Договір укладається за процедурою, визначеною в п.1.1-п.1.16. цієї Публічної оферти (Договору).

3.2. Страховий платіж сплачується в грошовій одиниці України одразу за весь строк дії Договору.

3.3. Договір страхування не укладається стосовно осіб віком до 1 (одного) року та віком понад 70 (сімдесят) років. Особи віком до 18 років приймаються на страхування лише за умови страхування одного з батьків (опікунів, піклувальників) за ідентичною програмою страхування.

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

3.4.1. визначені у встановленому порядку недієздатними;

3.4.2. інваліди I групи та непрацюючі інваліди II групи;

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

- СНІД, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія;

- будь-які форми серцево-судинних захворювань, які супроводжуються хронічною серцево-судинною

недостатністю (незалежно від функціонального класу) та/або нападами аритмії та/або гіпертонічними кризами та/або гострими порушеннями коронарного кровотоку (інфаркт) та/або будь-яким кардіохірургічним втручанням в анамнезі;

- інсулін-залежна форма цукрового діабету;
- будь-яке хронічне захворювання в стадії декомпенсації та/або яке вимагає постійного прийому медичних препаратів та/або регулярного стаціонарного лікування (не рідше одного разу на рік);
- будь-які новоутворення головного чи спинного мозку, хребта, життєво-важливих органів;
- будь-які злоякісні новоутворення та їх ускладнення;
- будь-які види енцефалопатій та/або гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), в тому числі в анамнезі;
- із будь-якими психічними захворюваннями та/або розладами.

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

4. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ.

4.1. Цей Договір може бути укладений лише до початку поїздки і починає діяти з дати, визначеної у ньому як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00:00 годин дня, наступного за днем внесення (зарахування) на поточний рахунок Страховика страхового платежу, передбаченого умовами цього Договору.

4.2. При цьому дія страхового захисту за цим Договором:

4.2.1. починається з моменту проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю України при виїзді за кордон, але не раніше 00 годин 00 хвилин за Київським часом дня, вказаного як дата початку строку дії Договору, за умови попередньої сплати страхового платежу у строки, визначені цим Договором,

4.2.2. 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 дата закінчення строку дії Договору (за датою, що настала раніше).

4.3. Строк дії Договору (дата початку та дата закінчення), а також максимальна (сумарна) кількість днів дії страхового захисту при перебуванні Застрахованої особи за кордоном України (в поїздках, подорожах) в межах строку страхування (строку дії Договору), зазначаються у Частині 1 Договору у розділах відповідно «Строк дії договору /Period of Agreement» та «Кількість днів страхування / Number of days of insurance». При здійсненні поїздки (поїздок) за кордон в межах строку дії Договору максимальна загальна кількість днів перебування Застрахованої особи в поїздки (поїздках) за кордон України, щодо яких діє страховий захист за Договором, зменшуються на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи в поїздки (поїздках) за кордоном України.

4.4. Територія дії Договору (територія дії страхування) в частині страхування медичних витрат, а також додаткового страхування (якщо Договір включає такий додатковий захист), зазначається в Договорі як окрема країна та/або географічна зона: «Європа/Eurore»: країни СНД, країни Балтії та Європи, країни Середземномор'я: Алжир, Єгипет, Кіпр, Марокко, Туніс, Туреччина.

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

5. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ.

5.1. Будь-які зміни умов цього Договору здійснюються лише за взаємною згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання Додаткової угоди до даного Договору за умови письмового повідомлення Стороною-ініціатором про зміни за 30 календарних днів, а в частині додаткового страхування на випадок неможливості здійснити подорож (в разі наявності) – не пізніше ніж за 7 календарних днів до початку запланованої та заброньованої подорожі. Якщо будь-яка зі Сторін незгодна на внесення змін в даний Договір, вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

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

5.2.1. Закінчення строку дії цього Договору;

5.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань за цим Договором у повному обсязі;

5.2.3. Несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені цим Договором строки. При несплаті страхового платежу Договір вважається таким, що не був укладений;

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

5.2.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

5.2.6. Прийняття судового рішення про визнання цього Договору недійсним;

5.2.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

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

5.4. 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.

5.5. 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.

5.6. 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.

5.7. Нормативні витрати на ведення справи, визначені при розрахунку страхового тарифу за Договором, складають 60%.

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

6.1. При настанні страхового випадку Страховик в межах страхової суми та з урахуванням умов Програми страхування та/чи лімітів відповідальності, встановлених в цьому Договорі, страхову виплату/виплату страхового відшкодування може здійснювати:

6.1.1. Шляхом оплати послуг, що надаються Застрахованій особі у зв'язку із настанням страхового випадку, через Асистуючу компанію на умовах відповідного договору доручення (договору про надання послуг) на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та надання Застрахованій особі послуг, передбачених умовам цього Договору, або

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

6.2. Якщо Застрахована особа (її представник) не узгодить із Асистансом чи Страховиком виставлений медичним закладом рахунок до його самостійної оплати, то сума страхової виплати здійснюється Страховиком в розмірі, що не перевищує 100 (сто) у.о.

6.3. Якщо репатріацію тіла Застрахованої особи здійснила третя особа, без погодження із Асистуючою компанією (Страховиком), то Страховик відшкодує документально підтверджені витрати на репатріацію особі, яка понесла такі витрати, але не більше ніж 1200,00 Євро (Одна тисяча двісті Євро 00 центів).

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

6.5. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, вказаних у цьому Договорі, які підтверджують або спростовують факт та обставини настання страхового випадку і розмір збитків, наданих в порядку, передбаченому умовами цього Договору по кожному конкретному виду страхування.

6.6. Рішення про страхову виплату оформлюється страховим актом. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня підписання страхового акту або, в разі виплати згідно п.п.6.1.1. п.6.1. п.6 Розділу I Частини 2 цього Договору, в інший термін, передбачений відповідним договором доручення (договором про надання послуг).

6.7. Повідомлення про відмову у страховій виплаті Страховик направляє Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачеві) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

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

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

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

Страховальником (Застрахованою особою) Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження факту, причин та обставин страхового випадку, розміру збитку та інших документів, необхідних для здійснення страхової виплати.

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

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

- письмову заяву за формою, встановленою Страховиком;
- Договір страхування або його копію;
- копію всіх сторінок закордонного паспорту Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону;
- копію вітчизняного паспорту громадянина України Застрахованої особи/Вигодонабувача;
- копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованої особи/Вигодонабувача;
- оригінал або нотаріально засвідчену копію документу, що підтверджує право Вигодонабувача на отримання страхової виплати (в т.ч. в разі неповноліття Застрахованої особи або її смерті).

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

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

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

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

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

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

6.13.1. Навмисні дії Страховальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), 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 особи встановлюється відповідно до законодавства України.

6.13.2. Вчинення Страховальником або Застрахованою особою, Вигодонабувачем злочину, що призвів до страхового випадку.

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

6.13.4. Несвоєчасне повідомлення Страховальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку (чи події з ознаками страхового випадку) без поважних на це причин або створення Страховику (в т.ч. Асистуючій компанії) перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру збитків.

6.13.5. Невчасне згідно умов цього Договору подання документів Страховику для отримання страхової виплати (страхового відшкодування).

6.13.6. Невиконання Страховальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за цим Договором.

6.13.7. Невиконання вказівок Страховика чи Асистуючої компанії в процесі врегулювання страхового випадку.

6.13.8. Ненадання Страховику, надання не в повному обсязі або неналежним чином оформлених документів та відомостей, необхідних для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати (відшкодування витрат).

6.13.9. Надання Страховику документів з неправильно чи неправдивою інформацією стосовно факту, причин та обставин випадку з ознаками страхового, зокрема, стану здоров'я та отриманих медичних та/чи інших додаткових послуг.

6.13.10. Відмова Застрахованої особи від проходження медичного обстеження, якого вимагає Страховик.

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

6.13.12. Інші випадки, передбачені цим Договором, Правилами або чинним законодавством України.

6.14. Страхові виплати не здійснюються за випадками, які у відповідності до умов цього Договору не визнаються страховими та/чи належать до виключень і обмежень страхування.

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

6.15.1. Громадських заворушень, страйків, надзвичайного стану, бойових, військових (оголошена війна чи неоголошена) дій будь-якого роду і їх наслідків, масових безпорядків, повстань та будь-яких інших акцій громадської непокори, терористичних актів, форс-мажорних подій, дії ядерного інциденту та/чи іонізуючого випромінювання та/чи радіоактивного забруднення, а також порушення норм екологічної безпеки, незалежно від характеру участі Застрахованої особи у таких подіях;

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

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

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

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

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

6.15.5. Невиконання Застрахованою особою (Страхувальником) офіційних рекомендацій Міністерства закордонних справ України, тел.: +380442381657, сайт: <http://mfa.gov.ua/>, та Страховика щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлено окремим додатком до цього Договору та випадків, пов'язаних із раптовим захворюванням на SARS-CoV-2(COVID-19);

6.15.6. Поїздки Страхувальника/Застрахованої особи до країни чи місцевості, визначеної як зона бойових дій (war zone), окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлено окремим додатком до цього Договору;

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

6.15.8. Скоєння будь-якого правопорушення та/чи спроби здійснення протиправних дій Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем), які знаходяться в причинно-наслідковому зв'язку зі страховим випадком;

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

6.15.10. Порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху тощо;

6.15.11. Виконання робіт по найму / професійних обов'язків за умови, що розлад здоров'я Застрахованої особи стався з причини недотримання санітарних норм, правил безпеки, порушень трудової дисципліни чи правил виконання робіт або з причин порушення норм безпеки роботодавцем/його представниками (несправне обладнання, невідповідні нормам безпеки умови праці тощо).

6.15.12. 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;

6.15.13. Самолікування та/чи лікування особою, яка не має відповідної ліцензії на здійснення лікувальної діяльності;

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

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

6.15.16. Виконання Застрахованою особою будь-якого виду фізичної роботи та/чи будь-якої роботи по найму, роботи на небезпечних ділянках (водії, гірники, будівельники, електромонтажники, тощо), якщо даний ризик не є таким, що окремо передбачений та визначений у цьому Договорі і за яким сплачений відповідний додатковий страховий платіж (не позначена відповідна група ризику, на яку розповсюджується дія Договору);

6.15.17. Заняття професійним чи аматорським спортом або будь-якими видами активного відпочинку чи дозвілля, якщо такі ризики не були окремо передбачені та визначені у цьому Договорі та за якими сплачені

відповідні додаткові страхові платежі, при цьому до активного відпочинку/дозвілля належить, зокрема: з використанням будь-яких механічних, електричних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Застрахована особа сплатила проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, а також заняття різноманітними видами боротьби, боксу, гірського, лижного, велосипедного, водного, пішохідного туризму, спелеотуризму та іншими аналогічними видами відпочинку/дозвілля;

6.15.18. Дорожньо-транспортної пригоди під час поїздки (подорожі) за кордон, що стали наслідком алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, керування транспортним засобом, яка перебувала під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, скоєння Застрахованою особою умисного правопорушення за кордоном, яке визнається таким за законами, що діють в країні перебування, або за законами, що діють в країні постійного проживання Застрахованої особи;

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

6.15.20. 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 мала посвідчення водія відповідної категорії чи знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин;

6.15.21. Спроби Застрахованої особи у встановленні рекордів швидкості або участі у такого роду змаганнях;

6.15.22. Участі Застрахованої особи у автоперегонах або інших змаганнях (чи підготовці до них) на землі, воді або у повітрі в якості водія, капітана, пілота чи їх помічника, а також наїзника на тваринах;

6.15.23. Виконання обов'язків піротехніка, професійного водолаза, фокусника або дресирувальника тварин (за винятком сплати Страхувальником додаткового страхового платежу);

6.15.24. Участі Застрахованої особи у таких небезпечних для життя видах діяльності як стрибки з парашутом (як із літаків, так і з веж або інших об'єктів (вольтижування), стрибки з використанням еластичного троса, походи в екстремальних умовах, участь у пошукових або інших експедиціях у зони з екстремальними природно-кліматичними умовами (гірська місцевість) або в географічно віддалені регіони;

6.15.25. Полювання;

6.15.26. Керування мотоциклом, моторолером, квадроциклами, картами, сігвеєм, електросамокатом та іншими екстремальними/небезпечними (на розсуд Страховика) транспортними засобами (засобами пересування);

6.15.27. Інших причин, визначених у інших розділах цього Договору, що описують конкретні умови страхування за певними видами.

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

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

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

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

6.16.4. зникнення Застрахованої особи безвісті.

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

6.18. За цим Договором не підлягають відшкодуванню Страховиком витрати/збитки: моральний збиток/шкода, шкода навколишньому природному середовищу, упущена вигода, неустойка (штраф, пеня), шкода, заподіяна третім особам, будь-які інші непрямі збитки.

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.

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

7.1.1. На отримання послуг, передбачених цим Договором та попередньо узгоджених із Асистуючою компанією (Страховиком), та їх самостійну оплату за таким узгодженням з подальшим відшкодуванням понесених витрат в межах, визначених умовами цього Договору;

7.1.2. На отримання страхової виплати на умовах цього Договору;

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

7.1.4. Ініціювати внесення змін до умов цього Договору, в т.ч. з відповідним перерахунком страхового платежу. Зміни, які мають бути внесені в Договір після його укладання, оформляються у вигляді нового Договору або Додаткової угоди до Договору;

7.1.5. На дострокове припинення дії Договору на відповідно визначених у ньому умовах.

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

7.2.1. Виконувати умови цього Договору в період його дії;

7.2.2. Страхувальник зобов'язаний своєчасно сплачувати страховий платіж;

- 7.2.3. Надавати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та про будь-яку зміну таких обставин;
- 7.2.4. Інформувати Страховика про інші діючі договори страхування стосовно цього ж предмету договору страхування;
- 7.2.5. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків внаслідок настання надзвичайних подій, не допускати дій або бездіяльності щодо чинників, настання яких має вплив на ступінь страхового ризику (в тому числі свідомо не створювати ризику втрати чи заподіяння шкоди здоров'ю та (або) майну власному та/чи інших осіб, в тому числі тих, які подорожують (збираються подорожувати) разом з ним), а у разі їхнього виникнення вживати всіх необхідних заходів для усунення обставин, що підвищують ступінь страхового ризику;
- 7.2.6. Погоджувати з Асистуючою компанією (Страховиком) всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі раптової хвороби, нещасного випадку та інших непередбачених подій, обумовлених цим Договором;
- 7.2.7. Виконувати всі розпорядження та рекомендації Асистуючої компанії (Страховика);
- 7.2.8. Надавати право вільного доступу лікаря-експерта Асистуючої компанії (Страховика) та її (його) уповноваженого представника до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної із випадком з ознаками страхового, а також підписувати письмову згоду на надання медичними (іншими) закладами інформації Асистуючій компанії (Страховику) стосовно стану здоров'я Застрахованої особи, в т.ч. тієї, що належить до медичної таємниці за нормами законодавства будь-якої країни;
- 7.2.9. Проходити медичне обстеження за вимогою Страховика;
- 7.2.10. Страхувальник зобов'язаний ознайомити Застраховану особу з умовами цього Договору та Правилами страхування;
- 7.2.11. Повернути Страховикові протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання письмової вимоги Страховика, здійснену останнім страхову виплату (або відповідну її частину), якщо виявиться обставина, що повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу) права на її одержання;
- 7.2.12. Виконувати прийняті на себе за умовами цього Договору зобов'язання та інші дії, передбачені умовами цього Договору в частині індивідуальних (в т.ч. додаткових) умов страхування за видами страхування.
- 7.3. Страховик має право:**
- 7.3.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) інформацію та виконання ним умов Договору;
- 7.3.2. Перед укладенням Договору та в процесі його виконання для прийняття рішення про здійснення страхової виплати вимагати проведення медичного обстеження 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. Перевіряти всі надані Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем) документи та, при необхідності з'ясування спірних питань щодо визнання чи невизнання випадку страховим, направляти Застраховану особу на медичне обстеження, а документи – на медичну/іншу експертизу;
- 7.3.6. 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;
- 7.3.7. Відстрочити прийняття рішення щодо 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, до закінчення розслідування, ухвалення відповідного рішення у цій справі та отримання Страховиком відповідного документу;
- 7.3.8. 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, Вигодонабувачем) інформації та/чи документів;
- 7.3.9. Відмовити у здійсненні страхової виплати в разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) зобов'язань, передбачених цим Договором та Правилами страхування та в інших випадках, передбачених умовами Договору, Правил страхування або законодавством України, в т.ч. при порушенні терміну повідомлення про настання події з ознаками страхового випадку;
- 7.3.10. Виступати від імені Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) за його дорученням у судових органах або перед заявниками претензій;
- 7.3.11. 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 цим Договором строк та з

урачуванням інших умов цього Договору;

7.4.4. При відмові у страховій виплаті повідомити про це Застраховану особу (Страховальника, Вигодонабувача) протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня прийняття такого рішення з обґрунтуванням причини відмови;

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

7.4.6. При настанні страхового випадку забезпечити надання за допомогою Асистуючої компанії Страховальникові (Застрахованій особі) послуг, передбачених цим Договором;

7.4.7. Виконувати всі прийняті на себе за умовами цього Договору зобов'язання.

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

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

8.2. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Застрахованій особі (Страховальнику, Вигодонабувачу) 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.

8.3. Невиконання Застрахованою особою (Страховальником, Вигодонабувачем) умов цього Договору позбавляє її (його) права на отримання страхової виплати за цим Договором.

8.4. Зобов'язок доводити факт настання страхового випадку та обґрунтовувати розмір своїх витрат або, якщо необхідно, неможливість встановлення зв'язку із Асистуючою компанією (Страховиком) повністю покладається на Страховальника/Застраховану особу/Вигодонабувача та особу, яка надала послуги.

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

9. ІНШІ УМОВИ.

9.1. За наявності розбіжностей між текстом Правил та текстом Договору, пріоритет має текст Договору.

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

9.3. Страховальник шляхом підписання цього Договору підтверджує, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010р. надає згоду та дозвіл Страховику на обробку, збір, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання та поширення (розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення персональних даних, у т.ч. конфіденційної інформації про його освіту, адресу, дату та місце народження, стаж роботи (загальний, на державній службі та в органах місцевого самоврядування), стан здоров'я у базі даних договорів страхування та страховальників Страховика з метою супроводження, виконання та врегулювання страхових випадків за Договором, а також, якщо Страховальник є Застрахованою особою, – в базі даних застрахованих Страховиком осіб за договорами страхування з метою супроводження та виконання зобов'язань за Договором та підтверджує, що Страховик повідомив йому відомості, визначені ч.2 статті 12 Закону України «Про захист персональних даних».

9.4. Страховик надає Клієнту для ознайомлення документи та інформацію, зазначені у ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», шляхом надання відкритого доступу до такої інформації та документів на власному сайті Страховика за адресою <https://www.grdn.com.ua/>, а також шляхом надання для ознайомлення повного тексту договору страхування до його укладення. Страховальник підписанням цього Договору підтверджує отримання зазначеної інформації та документів, а також те, що зазначена інформація та документи є повними та достатніми для правильного розуміння суті фінансової послуги.

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

РОЗДІЛ II. УМОВИ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ.

10. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ при страхуванні медичних витрат.

10.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, визначеної Страховальником у цьому Договорі за її згодою, а також медичними та додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення подорожі (поїздки). Перелік витрат, що включаються до Програм страхування, зазначається в п.13 Розділу II Частини 2 цього Договору.

10.2. До медичних витрат за цим Договором належать витрати:

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

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

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

10.2.1.3. невідкладної (швидкої) медичної допомоги;

10.2.1.4. невідкладної стоматологічної допомоги;

10.2.2. додаткові витрати на:

10.2.2.1. транспортування за наявності медичних показань:

10.2.2.1.1. до найближчого медичного закладу чи лікаря;

10.2.2.1.2. до спеціалізованого медичного закладу;

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

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

10.2.2.3. інші додаткові витрати, якщо такі передбачені Програмою страхування, зокрема, витрати на: послуги термінового зв'язку; адміністративну допомогу; юридичну допомогу; технічну допомогу.

11. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ при страхуванні медичних витрат.

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

11.1.1. **захворювання (раптова хвороба) Застрахованої особи;**

11.1.2. **нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою;**

11.1.3. **смерть** Застрахованої особи внаслідок раптової хвороби або нещасного випадку.

11.2. **Страховим випадком** за Договором є подія, передбачена умовами п.11.1. Договору, що не підпадає під виключення або обмеження страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату шляхом відшкодування Асистансу або Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачеві) витрат за надані медичні та додаткові послуги під час подорожі, у межах та обсязі умов та лімітів програми страхування, передбачених Договором.

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

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

- назву Страхової компанії, номер Договору страхування та строк його дії;
- прізвище та ім'я Застрахованої особи; точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон;
- територію дії Договору страхування;
- розмір страхової суми, розмір франшизи та назву Програми страхування;
- опис того, що трапилось;

та отримати інформацію щодо подальших дій та дотримуватись цих рекомендацій.

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

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

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

12.5. У випадку, коли Застрахована особа з поважних причин не зв'язалась із Асистансом для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна самостійно оплатити вартість наданої їй медичної та

медико-транспортної допомоги та послуг, вона зобов'язана узгодити із Асистансом чи Страховиком виставлений закладом, що надав допомогу (послугу), рахунок (обґрунтованість суми витрат за надані послуги) до його оплати. У будь-якому іншому випадку вступають в дію обмеження (ліміт) щодо розміру відшкодування таких витрат згідно з п.6.2. Розділу I Частини 2 Договору.

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

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

13. ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ при страхуванні медичних витрат.

13.1. ПРОГРАМА А: Невідкладні медичні послуги

13.1.1. Програма А включає наступний обсяг послуг для Застрахованої особи при настанні страхового випадку за цим Договором витрати, які відшкодовуються Страховиком:

а) Невідкладна (екстрена) стаціонарна допомога в медичних закладах (оплата консультацій, діагностичних та лікувальних процедур, в т.ч. оперативних (екстрених, термінових) втручань, медикаментів, перев'язувальних матеріалів, засобів фіксації, перебування в палаті, харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі);

б) Невідкладна амбулаторна допомога в медичному закладі або дипломованим лікарем (оплата консультацій, діагностичних та лікувальних процедур, медикаментів, витратних медичних, в т.ч. перев'язувальних, матеріалів);

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

В разі виникнення раптового захворювання, пов'язаного з SARS-CoV-2 (COVID-19) під час дії Договору:

- Страховик відшкодовує витрати на лікування щодо такого захворювання (у обсязі послуг, зазначених у вищенаведених підпунктах а), б) та с) п.13.1. цього Розділу Додатку 1 до Договору разом) у розмірі, що не перевищує 1 000 (одну тисячу) у.о. (ліміт відповідальності Страховика на строк дії Договору);

- витрати на діагностику (в т.ч. тестування, як первинне, так і повторне) з виявлення інфікування Застрахованої особи SARS-CoV-2 (COVID-19) за умови наявності симптомів гострого захворювання, яке потребує надання Застрахованій особі екстреної медичної допомоги, та за призначенням лікаря;

- надання першої невідкладної медичної допомоги та/або лікування (окрім специфічного) у зв'язку з раптовим захворюванням Застрахованої особи, викликаним SARS-CoV-2 (COVID-19), та організація медичної допомоги проводиться залежно від санітарного протоколу країни, де перебуває Застрахована особа;

д) Невідкладна стоматологічна допомога – до 100 у.о. по курсу НБУ на дату надання допомоги;

е) Медичні перевезення за медичними показаннями:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого лікаря або лікувального закладу;

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

Рішення щодо необхідності та можливості здійснення медичної евакуації (транспортування) із-за кордону, а також про вибір пункту призначення, маршруту та засобу здійснення (виду і класу транспорту тощо) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком.

Страховик залишає за собою право оплачувати витрати на лікування Застрахованої особи в країні перебування (в межах страхової суми за Договором страхування щодо такої Застрахованої особи) до тих пір, доки стан її здоров'я не дозволить перевезти її в країну постійного проживання для подальшого лікування. Рішення про доцільність евакуації (транспортування) Застрахованої особи (медичної репатріації) та засоби його здійснення може приймати тільки Страховик та Асистанс на підставі медичних висновків лікарів, призначених Асистансом (Страховиком). Якщо лікарі, уповноважені Асистансом (Страховиком), вважають, що транспортування (медична репатріація) можливе, а Застрахована особа відмовляється від нього, Страховик негайно припиняє оплату витрат на лікування;

ф) Репатріація тіла Застрахованої особи до країни колишнього постійного місця проживання якщо смерть настала внаслідок випадку, який у відповідності до умов цього Договору є страховим випадком. Кінцевим пунктом маршруту репатріації є аеропорт або митний пункт у країні колишнього постійного місця проживання, куди прибуває труна із тілом померлої Застрахованої особи. Всі заходи з репатріації тіла Застрахованої особи здійснюються за посередництвом Асистансу за рішенням Страховика та наявності письмової згоди родичів померлої Застрахованої особи. Страховик відшкодовує документально підтверджені витрати виключно за мінімально необхідним набором послуг з репатріації: витрати на оформлення необхідних документів, труну чи контейнер для міжнародного перевезення, катафалк, оплату перевезення до митного пункту, аеропорту в країні

колишнього постійного проживання. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на подальше транспортування (до місця колишнього постійного проживання, поховання та ін.) та ритуальні послуги (послуги, пов'язані з організацією поховання та облаштуванням місця поховання та ін., а також будь-які послуги, пов'язані з кремацією. Для організації репатріації тіла (останків) Застрахованої особи, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло (останки) померлого після перевезення труни на митну територію країни колишнього постійного проживання Застрахованої особи.

13.2. ПРОГРАМА D: Невідкладні медичні послуги.

13.2.1. Програма D включає обсяг послуг програми A, але застосовується для іншої страхової суми, розмір якої зазначається в Частині 1 Договору

13.3. Зведений опис Програм страхування при страхуванні медичних витрат:

Програми страхування	A, D
Стационарне лікування (невідкладне)	так
Амбулаторне лікування (невідкладне)	так
Невідкладна (швидка) допомога	так
Стоматологія невідкладна, в межах	100 у.о.
Медичні перевезення:	так
Транспортування до лікарні	так
Медична евакуація/репатріація	так
Репатріація тіла в разі смерті	так

13.4. Програми A, D за цим Договором передбачають групу ризику W (Work) –робота по найму (будь-яка) і призначені для осіб, що виїжджають за кордон із робочою візою незалежно від характеру праці та/чи планують займатись за кордоном будь-якою роботою по найму.

14. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ при страхуванні медичних витрат.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14.1.15. на водолікування, геліотерапію та косметичне лікування;

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

- 14.1.17. на лікування Застрахованої особи родичами та догляд за нею, незалежно від того, чи є вони медичними працівниками;
- 14.1.18. на реабілітаційну терапію та фізіотерапію;
- 14.1.19. на будь-які поточні обстеження (зору, слуху, стану органів чи систем організму без прямих медичних показань з метою надання невідкладної допомоги);
- 14.1.20. на утримання компаньйонів або членів родини Застрахованої особи під час госпіталізації Застрахованої особи;
- 14.1.21. пов'язані з ритуальними атрибутами та ритуалом поховання чи Застрахованої особи;
- 14.1.22. витрати, здійснені Страхувальником/Застрахованою особою (її представником) поза межами території дії Договору.
- 14.2. Не підлягають відшкодуванню витрати на лікування та діагностику:**
- 14.2.1. захворювань, не вилікуваних на день початку поїздки;
- 14.2.2. станів та/чи захворювань, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, а також захворювань чи хворобливих станів, що мали місце після повернення Застрахованої особи до постійного місця проживання;
- 14.2.3. захворювань, які з медичної точки зору є протипоказанням для поїздки за кордон;
- 14.2.4. захворювань та/чи станів, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;
- 14.2.5. захворювань, виникнення яких могло бути попереджене завчасною вакцинацією;
- 14.2.6. без наданого лікарем відповідної кваліфікації документально підтвердженого призначення на їх прийом (медикаментів), проведення (обстежень), застосування (методів лікування);
- 14.2.7. будь-яких хронічних захворювань (незалежно від стадії) і хворобливих станів та їх наслідків, що почались ще під час перебування в країні постійного проживання (незалежно від часу діагностування), крім випадків надання медичної допомоги в зв'язку з гострим болем та/чи в обсязі, необхідному для рятування життя Застрахованої особи за наявності прямої загрози життю Застрахованої особи;
- 14.2.8. захворювань чи станів, лікування та діагностику за якими можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до повернення в країну постійного місця проживання можливо замінити курсом консервативного лікування та/чи наданням першої допомоги, т.п.;
- 14.2.9. вроджених аномалій, вад розвитку, хромосомних аномалій та прямих наслідків і ускладнень цих захворювань/станів;
- 14.2.10. дерматовенерологічних захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, гострих та хронічних гепатитів, СНІДу, а також всіх захворювань і станів, викликаних ВІЛ-інфекцією;
- 14.2.11. психіатричних та/чи психотерапевтичних захворювань та розладів, шизофренії, епілепсії, деменції, всіх видів психозів та будь-яких порушень психічного стану;
- 14.2.12. нервових, неврологічних захворювань, епілептичних чи інших судомних приступів та їх наслідків;
- 14.2.13. будь-яких новоутворень (доброякісних та/або злоякісних), онкологічних захворювань, їх наслідків та ускладнень;
- 14.2.14. захворювань дихальної та/чи серцево-судинної систем з використанням сцинтиграфії, ехокардіографії, КТ, ангіографії, з застосуванням будь-яких оперативних (хірургічних) методів лікування, в т.ч., видалення тромбів/тромботичних мас, ангіопластиком за допомогою стента (стентування), накладанням анастомозів, шунтів, пластиком судин, дефектів клапанів та перегородок тощо;
- 14.2.15. захворювань периферійних судин, зокрема, варикозна хвороба, геморої, облітеруючий ендартеріїт, атеросклероз та будь-які його ускладнення, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність тощо;
- 14.2.16. гіпертонічної хвороби, симптоматичної гіпертензії, вегетативної (нейроциркуляторної) дистонії, енцефалопатії будь-якого генезу, окрім невідкладної допомоги при кризових станах в обсягах першої/невідкладної допомоги (купірування кризи);
- 14.2.17. будь-яких вікових дегенеративно-дистрофічних змін та їх ускладнень, зокрема, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз, остеохондроз (будь-яка форма) тощо;
- 14.2.18. будь-яких колагенозів (системних захворювань сполучної тканини) та їх наслідків;
- 14.2.19. автоімунних та/або системних демієлінізуючих захворювань чи станів та їх ускладнень;
- 14.2.20. захворювань крові та кровотворних органів незалежно від форми (гострі, хронічні) та їх ускладнень;
- 14.2.21. мікозів будь-якої локалізації та/чи дерматологічних захворювань незалежно від форми (гострі, хронічні);
- 14.2.22. алергічних захворювань та станів, окрім першої допомоги при анафілактичному шоці;
- 14.2.23. будь-яких захворювань ендокринної системи незалежно від форми (гострі, хронічні) та їх ускладнень, зокрема, цукрового діабету (будь-якого типу), будь-яких порушень гормонального стану;
- 14.2.24. травматичних ушкоджень, зумовлених нестабільністю суглобів чи повторними травматичними ушкодженнями (звичними вивихами);
- 14.2.25. епідемічних та пандемічних хвороб, окрім раптового захворювання на SARS-CoV-2(COVID-19);
- 14.2.26. ГРВІ, грипу, ентеровірусних інфекційних захворювань, харчових отруєнь за відсутності симптомів гіпертермії (температури тіла 38,0 і вище) та/чи зневоднення, що вимагає інфузійної терапії;

14.2.27. сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання;

14.2.28. отитів, видалення сірчаних пробок;

14.2.29. гострої та хронічної променевої хвороби.

14.3. Не відшкодовуються витрати, пов'язані із:

14.3.1. достроковим поверненням Застрахованої особи у разі смерті найближчих родичів, якщо померлого родича було госпіталізовано до поїздки Застрахованої особи за кордон, і про таку госпіталізацію Застрахована особа знала чи могла знати;

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

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

14.3.4. будь-яким видом протезування;

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

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

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

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

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

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

15.1.2. оригінали рахунків медичних установ на оплату вартості отриманих Застрахованою особою послуг із штампами/відмітками про оплату цих рахунків Застрахованою особою/Вигодонабувачем;

15.1.3. оригінали квитанцій банку та/або фіскальних/товарних чеків, що підтверджують оплату вищеназваних рахунків;

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

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

15.1.6. оригінали квитанцій банку та/або фіскальних/товарних чеків, що підтверджують оплату медикаментів за рецептом лікаря;

15.1.7. оригінал результатів дослідження на наявність у Застрахованої особи вірусу групи SARS (COVID-19) методом ПЛР (за вимогою Страховика);

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

15.1.9. документи, що підтверджують мету подорожі за визначеною в Частині 1 Договору групою ризику W, за переліком, запитуваним Страховиком, зокрема, документи про офіційне працевлаштування Страховальника/Застрахованої особи на території, де відбулась подія з ознаками страхового випадку, інші документи на вимогу Страховика;

15.1.10. у разі смерті Застрахованої особи також надаються:

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

б) оригінал чи нотаріально засвідчена копія лікарського свідоцтва про смерть із повним посмертним діагнозом, встановленим за результатами розтину, а саме: безпосередня причина смерті (хвороба, яка привела до смерті, або ускладнення основного захворювання); основні первинні захворювання, які визвали чи обумовили безпосередню основну причину смерті; інші хвороби, які негативно вплинули на перебіг основного захворювання, але причинно не пов'язані із захворюванням або його ускладненням, що безпосередньо є причиною смерті;

в) Протокол розтину (витяг) та результати токсикологічного дослідження на момент смерті Застрахованої особи;

г) оригінали документів щодо послуг перевезення тіла Застрахованої особи, в тому числі документів, які підтверджують оплату (квитанцій банку та/або фіскальних/товарних чеків);

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

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

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

Всі інші умови страхування медичних витрат викладені в Загальних умовах страхування Розділу I Частини 2 цього Договору.

РОЗДІЛ III. УМОВИ ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ.

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

16. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ при страхуванні від нещасних випадків.

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

17. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ при страхуванні від нещасних випадків.

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

17.1.1. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (встановлення їй інвалідності I, II чи III групи);

17.1.2. Смерть Застрахованої особи.

17.2. Випадок смерті Застрахованої особи чи встановлення їй групи інвалідності внаслідок нещасного випадку визнається страховим випадком, якщо стався протягом не більш ніж 6 (шість) місяців від дня настання нещасного випадку, незалежно від дати закінчення строку дії цього Договору.

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

18. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ при страхуванні від нещасних випадків.

18.1. при страхуванні від нещасних випадків Страховик не визнає страховими випадками та не здійснює страхові виплати за всіма виключеннями та обмеженнями страхування, визначеними у п.6 Розділу I Частини 2 цього Договору, а також не визнає страховими випадками:

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

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

19. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ при страхуванні від нещасних випадків.

19.1. Для одержання страхової виплати Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач протягом 6 (шести) місяців з дня настання страхового випадку, а у разі смерті Застрахованої особи – протягом 9 (дев'яти) місяців з дня настання страхового випадку, надають Страховикові такі документи, необхідні для здійснення страхової виплати:

19.1.1. за переліком, визначеним п.6.9. п.6 Розділу I Частини 2 цього Договору;

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

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

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

19.1.5. Документ відповідного компетентного державного органу (поліції тощо) про факт та обставини настання нещасного випадку, якщо представника зазначеного компетентного органу було викликано на місце події,

19.1.6. При встановленні Застрахованій особі групи інвалідності – Акт огляду МСЕК (медико-соціальна експертна комісія) та довідку до Акту огляду МСЕК про встановлення групи первинної інвалідності;

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

19.1.8. Інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика.

20. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ при страхуванні від нещасних випадків.

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

20.1.1. У разі встановлення Застрахованій особі групи інвалідності внаслідок настання нещасного випадку, що стався протягом дії Договору:

- при встановленні I групи інвалідності – 100%

- при встановленні II групи інвалідності – 75%

- при встановленні III групи інвалідності – 50%.

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

21. Загальна сума виплат при страхуванні від нещасних випадків не може перевищувати розміру страхової суми від нещасних випадків, зазначеної в Частині 1 Договору.

Всі інші умови страхування від нещасних випадків викладені в Загальних умовах страхування Розділу I цієї Частини 2 Договору.

РОЗДІЛ IV. ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ.

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

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