

**ДОГОВІР КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ ПРОТЯГОМ ПОДОРОЖІ
ТЕРИТОРІЄЮ УКРАЇНИ №ТУ122024П
ПУБЛІЧНА ЧАСТИНА ДОГОВОРУ ПРИЄДНАННЯ**

Договір укладено у відповідності до Загальних умов страхового продукту «Страхування медичних витрат під час подорожі» та Загальних умов страхового продукту «Страхування від нещасних випадків», розміщених на окремій сторінці сайту Страховика: <https://grdn.com.ua/conditions/> та у відповідності до Інформаційного документу про стандартний страховий продукт «Комплексне страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище протягом подорожі територією України», розміщеного на окремій сторінці сайту Страховика: <https://grdn.com.ua/insurance-product-info> договори страхування укладаються у порядку, передбаченому Законом України «Про фінансові послуги та фінансові компанії»

м. Київ

09.12.2024

1. СТОРОНИ ДОГОВОРУ

1.1. Страховик	Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «Гардіан», ЄДРПОУ 35417298, місцезнаходження: 01032, Україна, м. Київ, вул. Саксаганського, 96, код IBAN UA493004650000026507300986586, дата прийняття та номер розпорядження про внесення до Державного реєстру фінансових установ 29.12.2007 №8480, реєстраційний номер 11102139, Свідоцтво серія СТ № 524, код фінансової установи 11, Контактні дані: тел.: 0-800-503-114, office@grdn.com.ua, https://grdn.com.ua/, Ліцензії на діяльність із страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування) від 29.04.2024 року відповідно до Витягу із Державного реєстру фінансових установ №27-0024/33313 від 30.04.2024, а саме: клас 18 - страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі: - страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон, клас 1 - страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання): - страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання, Інформаційний документ про стандартний страховий продукт «Комплексне страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище протягом подорожі територією України», розміщений на сайті Страховика за посиланням: https://grdn.com.ua/docs/tu-info-n18-150424.pdf
1.2.Страхувальник	Юридична особа – резидент України чи дієздатна фізична особа у віці від 18 років, відомості про яку зазначені в Індивідуальній частині Договору.
1.3.Вигодонабувач	Застрахована особа, в разі її неповноліття – законний представник, в разі смерті – згідно законодавства України.
1.4.Застрахована особа	Особа віком від 1 до 75 років, стосовно якої Страхувальником укладений із Страховиком цей Договір, відомості про яку зазначені в індивідуальній частині Договору.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ

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

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

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

2.4. Воєнні ризики – за цим Договором до воєнних ризиків належать ризики, пов'язані із травматичним чи іншими ушкодженнями здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, обумовленого безпосередніми наслідками воєнних дій – вибухи бомб, снарядів, мін, пожежі, обстріли житлових районів, будівель та споруд мирної інфраструктури – на території дії Договору страхування, яка не включає в себе: тимчасово окуповані території, території, на яких ведуться бойові дії, території, з яких оголошено обов'язкову евакуацію, проведення військових навчань та/чи випробувань військової техніки/зброї.

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

2.6. 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.

2.7. Група ризику – зазначається у Частині 1 Договору в залежності від мети подорожі та передбачає застосування до страхового тарифу відповідного коефіцієнту ризику, а саме, звичайного ($K=1$) чи підвищення ($K>1$) для осіб, які під час дії Договору займатимуться професійним чи аматорським спортом, активними видами відпочинку/дозвілля (з використанням будь-яких механічних, електричних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Застрахована особа сплатила проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, а також занять різноманітними видами боротьби, боксу, гірського, лижного, велосипедного, водного, пішохідного туризму, спелеотуризму та іншими аналогічними видами відпочинку/дозвілля). Коефіцієнти підвищення застосовуються також у випадках страхування осіб певних вікових категорій. Позначення груп ризику в залежності від мети перебування за кордоном:

- T (Tourism) – туристична поїздка, відрядження (без фізичної праці, занять спортом, активного відпочинку);
- AS (Active Sport) – активні види відпочинку, аматорський спорт;
- PS (Professional Sports) – професійний спорт.

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

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

2.10. 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.

2.11. 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).

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

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

2.14. 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.

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

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

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

2.18. Невідкладна стаціонарна допомога – комплекс медичних послуг, що надаються Застрахованій особі при гострих розладах здоров'я внаслідок раптового гострого захворювання чи нещасного випадку, що загрожують його життю чи здоров'ю та потребують екстреної госпіталізації (каретою/бригадою швидкої допомоги), інтенсивного лікування та цілодобового медичного догляду та моніторингу стану протягом більше доби.

2.19. 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.

2.20. Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування, подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю, працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування. До нещасних випадків відносяться: травматичні ушкодження (травми), отримані Застрахованою особою (забій, переломи, вивихи, розриви і поранення) в побуті та/чи на виробництві, в результаті дорожньо-транспортної пригоди тощо; утоплення; опіки, відмороження; ураження електричним струмом або блискавкою; укуси тварин, отруйних комах, змій. Протиправні Умисні протиправні дії третіх осіб до нещасних випадків не належать в розумінні умов Договору (цього страхового продукту).

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. Перевезення тіла – передбачає перевезення тіла Застрахованої особи, якщо смерть настала внаслідок страхового випадку, до її колишнього місця постійного проживання на території України.

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

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

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

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

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

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

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

2.35. Страховий посередник – страховий брокер, страховий агент, субагент, перестраховий брокер, додатковий страховий агент.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.44. 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 ТА ВНЕСЕННЯ СТРАХОВИХ ПРЕМІЙ

3.1 Договір страхування не укладається стосовно осіб віком до 1 (одного) року та віком понад 75 років.

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

3.2.1 визначені у встановленому порядку недієздатними;

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

- СНІД, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія;
- будь-які форми серцево-судинних захворювань, які супроводжуються хронічною серцево-судинною недостатністю (незалежно від функціонального класу) та/або мають в анамнезі: напади аритмії та/або гіпертонічні кризи та/або гострі порушення коронарного кровотоку (інфаркт) та/або гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт) та/або будь-яке кардіохірургічне втручання;
- інсулін-залежна форма цукрового діабету;
- будь-яке хронічне захворювання в стадії декомпенсації та/або яке вимагає постійного прийому медичних препаратів;
- будь-які новоутворення головного чи спинного мозку, хребта, життєво-важливих органів;
- будь-які злоякісні новоутворення та їх ускладнення;
- будь-які види енцефалопатій;
- будь-яке психічне захворювання та/або розлад.

3.3 Якщо виявиться, що на дату укладення Договору Страхувальник (Застрахована особа) була особою, визначеною у п.3.1. чи п.3.2. п.3 цієї публічної частини Договору, то Договір вважається таким, що не вступив в дію з дати його укладення, страхові виплати за таким Договором не здійснюються, а страхова премія підлягає поверненню Страхувальнику протягом 30 днів з дати виявлення Страховиком такого факту та за умови надання Страхувальником реквізитів для здійснення такого повернення.

3.4 Ця публічна частина Договору (загальні умови) договору комплексного страхування медичних витрат протягом подорожі територією України №ТУ122024П (далі – публічна частина Договору) є електронним документом, який підписаний електронним цифровим підписом повноважної посадової особи Страховика, і є офіційною пропозицією Страховика невизначеному колу дієздатних фізичних осіб (далі – Клієнти, а після прийняття умов цієї публічної пропозиції – Страхувальники/Сторони Договору) укласти договір страхування медичних витрат шляхом приєднання Клієнта/Страхувальника до запропонованого Договору в цілому. Приєднання здійснюється шляхом підписання Клієнтом/Страхувальником індивідуальної частини Договору.

3.5 Ця публічна частина (загальні умови) Договору оприлюднюється у вигляді електронного документу та є доступною для ознайомлення клієнтів на власному веб-сайті Страховика на сторінці за посиланням <https://grdn.com.ua/publicnij-dogovor-oferta/>, та також може розміщуватись на веб-сайті страхового посередника.

3.6 Договір страхування укладається на підставі Ліцензій та відповідно до Загальних умов страхових продуктів «Страхування медичних витрат під час подорожі» та «Страхування від нещасного випадку», розміщених на окремій сторінці сайту Страховика за посиланнями відповідно: <https://grdn.com.ua/docs/conditions/vzk-n32-201223.pdf> та <https://grdn.com.ua/docs/conditions/nv-n28d1-081223.pdf>, та у відповідності до Інформаційного документу про стандартний страховий продукт «Комплексне страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище протягом подорожі територією України», розміщеного на сайті Страховика: <https://grdn.com.ua/docs/tu-info-n18-150424.pdf>, договори страхування укладаються у порядку, передбаченому Законом України «Про фінансові послуги та фінансові компанії».

3.7 Публічна частина Договору є пропозицією укласти договір страхування шляхом приєднання. У випадку прийняття Клієнтом пропозиції в порядку, визначеному цією публічною частиною Договору, Страховик вважається таким, що прийняв на себе зобов'язання, передбачені умовами Договору.

3.8 Договір укладається шляхом пропозиції Страховика його укласти (ця публічна частина Договору) та прийняття її Клієнтом (акцепт, що надається шляхом підписання індивідуальної частини Договору). Індивідуальна частина договору укладається в паперовій формі.

3.9 Умови індивідуальної частини Договору визначаються окремо для кожного Клієнта/Страховальника під час оформлення Договору і зазначаються в такій індивідуальній частині Договору (а саме: страховальник, застраховані особи, програма страхування, група ризику, розміри франшизи, страхової суми, страхового тарифу, страхової премії, порядку та строків її сплати; строк дії Договору, кількість днів страхування та інші умови).

3.10 Індивідуальна частина Договору разом з додатками до неї (за наявності додатків) надається Страховальнику одразу після підписання примірника Страховальника. Підписанням примірника Страховика Страховальник підтверджує, що він отримав свій примірник індивідуальної частини Договору. Публічна частина Договору надається Страховальнику в момент підписання договору у спосіб, обраний ним із запропонованих Страховиком, який дає змогу встановити дату надання такого договору, з використанням контактних даних, зазначених Страховальником.

3.11 Шляхом підписання індивідуальної частини договору Страховальник підтверджує, що умови Договору (як публічної, так і індивідуальної частин) йому зрозумілі; з Загальними умовами страхування та умовами Інформаційного документу про стандартний страховий продукт «Комплексне страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище протягом подорожі територією України» він ознайомлений, приймає їх умови та погоджується з ними, в тому числі з сумою страхової премії та порядком її сплати ознайомлений і згодний.

3.12 Підписанням індивідуальної частини Договору Страховальник підтверджує, що до укладення Договору Страховик (страховий посередник) виконав вимоги п.2 ст. 85 Закону України «Про страхування» (далі – Закон) щодо з'ясування потреб та вимог Страховальника у страхуванні, забезпечив Страховальника необхідною, повною, доступною та достовірною, вичерпною інформацією про страховий продукт, в обсязі, передбаченому ст. 86 Закону, яка розміщена за посиланням: <https://grdn.com.ua/docs/tu-info-n18-150424.pdf>, про Страховика – в обсязі, передбаченому ст. 87 Закону, яка розміщена за посиланням: <https://grdn.com.ua/rozkritttya-informacii/>, про страхового посередника (за його наявності) – в обсязі, передбаченому ст. 88 Закону, надав всю інформацію, передбачену ч. 5 ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», у спосіб, що не ускладнює розуміння суті фінансової послуги, її істотних умов та не створює враження, що клієнт не має права відмовитися від отримання фінансової послуги, без нав'язування її придбання.

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

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

3.15 Усі додатки до цього Договору (в разі їх наявності) є невід'ємними частинами Договору.

3.16 Розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування становить до 75% страхової премії.

3.17 Порядок обміну повідомленнями між Сторонами: Страховальник/Застрахована особа/Вигодонабувач може направляти Страховику повідомлення на адресу електронної пошти: med@grdn.com.ua, засобом поштового зв'язку на адресу місцезнаходження Страховика, та телефонувати за номером телефону: 0800-503-114. Страховик надає по телефону та направляє повідомлення засобом електронної пошти лише такі, що містять інформацію загального характеру. Повідомлення, які містять інформацію, що належить до таємниці страхування чи медичної таємниці, направляються лише письмово засобом поштового зв'язку на адресу, зазначену Страховальником / Вигодонабувачем у відповідній заяві / зверненні.

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

3.19 Укладаючи цей договір, Страховальник підтверджує, що:

- з Загальними умовами страхових продуктів «Страхування медичних витрат під час подорожі» та «Страхування від нещасних випадків», умовами Інформаційного документу про стандартний страховий

продукт «Комплексне страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище протягом подорожі територією України», а також умовами цієї публічної частини та індивідуальної частини Договору ознайомлений, вони йому повністю зрозумілі, він приймає їх та погоджується з ними; з тарифами Страховика ознайомлений і згодний;

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

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

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

- **підтверджує свій обов'язок повідомити Застраховану(их) особу(іб) про факт укладання Договору;**

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

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

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

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

- Страхувальник надає свою згоду на обробку персональних даних та передачу інформації, що становить таємницю страхування (таємницю фінансової послуги) Страховику та страховому посереднику (агенту);

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

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

3.20 Страхова премія визначається з урахуванням обраних Страхувальником індивідуальних умов Договору (розміру страхової суми, франшизи, території дії Договору, строку страхування, кількості днів страхування, програми страхування, групи ризику, віку Застрахованої особи, кількості Застрахованих осіб, додаткових умов, якщо такі зазначені) і зазначається в індивідуальній частині Договору.

3.21 Страхова премія сплачується в грошовій одиниці України одноразово за весь період дії Договору в день його укладення в загальній сумі, зазначеній в індивідуальній частині Договору. Оплата проводиться згідно реквізитів рахунку, зазначених в індивідуальній частині Договору. Розмір страхової премії протягом дії Договору змінений бути не може.

4. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ.

4.1 Цей Договір може бути укладений лише до початку подорожі територією України 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 страхової премії,

передбаченої індивідуальною частиною Договору.

4.2 При цьому дія страхового захисту за цим Договором:

4.2.1 починається з моменту початку Застрахованою особою подорожі територією України, 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 Договором,

4.2.2 закінчується в момент закінчення Застрахованою особою подорожі територією України або о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, вказаного як дата закінчення строку дії Договору (за датою, що настала раніше).

4.2.3 Початок та закінчення подорожі визначаються документами, о підтверджують факт та мету подорожі (квитки, договір/інший документ на туристичну поїздку тощо).

4.3 Строк дії Договору (дата початку та дата закінчення), а також максимальна (сумарна) кількість днів дії страхового захисту при перебуванні Застрахованої особи у подорожі територією України (в поїздках, подорожах) в межах строку страхування (строку дії Договору), зазначаються в Договорі (його індивідуальній частині) у розділах відповідно «Строк дії договору» та «Кількість днів страхування». При здійсненні поїздки (поїздок) в межах строку дії Договору максимальна загальна кількість днів перебування Застрахованої особи в поїзді (поїздках), щодо яких діє страховий захист за Договором, зменшується на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи в такій(их) поїзді (поїздках).

4.4 Територією дії Договору є територія України (за виключенням АР Крим, м. Севастополь, а також територій, на яких фактично проводяться воєнні (бойові) дії, або тих, які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), незалежно від включення таких територій у відповідні переліки, що затверджуються органами влади України).

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

5.1 Будь-які зміни та доповнення до умов Договору вносяться лише протягом періоду його дії за згодою Сторін на підставі письмової заяви однієї зі Сторін шляхом укладення додаткової угоди чи додаткового договору до цього Договору у паперовій формі, що є невід'ємною частиною Договору й складається в кількості примірників Договору.

5.2 Для внесення змін у Договір Сторона-ініціатор має надати письмову заяву не пізніше ніж за 10 днів до дати передбачуваних змін до цього Договору.

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

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

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

5.4.2 Закінчення строку дії Договору;

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

5.4.4 Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

5.4.5 Смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»;

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

5.4.7 Набрання законної сили рішенням суду про визнання договору недійсним;

5.4.8 В інших випадках, передбачених законодавством України.

5.5 В разі вимоги однієї із Сторін щодо дострокового припинення дії Договору Сторона, яка вимагає дострокового припинення дії Договору (Страховик або Страхувальник), направляє іншій Стороні відповідне повідомлення не менше ніж за 10 (десять) календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору. Таке дострокове припинення дії Договору вважатиметься згідно з частиною 3 статті 651 Цивільного кодексу України односторонньою відмовою від Договору.

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

обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

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

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

5.9 Строк виплати належної до повернення частини страхового платежу при достроковому припиненні Договору становить 30 (тридцять) робочих днів з дати припинення строку дії Договору, за умови, що на дату припинення дії Договору немає не врегульованих Страховиком заявлених Страхувальником збитків за Договором.

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

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

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

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

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

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

6. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

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

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

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

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 1000,00 (Одна тисяча грн. 00 коп.) гривень.

6.3 Якщо перевезення тіла Застрахованої особи здійснила третя особа без погодження із Асистуючою компанією (Страховиком), то Страховик відшкодовує документально підтверджені витрати на перевезення особі, яка понесла такі витрати, але не більше ніж в сумі 3 000,00 (Три тисячі грн. 00 коп.).

6.4 Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 10

(десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, вказаних у цьому Договорі, які підтверджують або спростовують факт та обставини настання страхового випадку і розмір збитків, наданих в порядку, передбаченому умовами цього Договору по кожному класу страхування.

6.5 Рішення про страхову виплату оформлюється страховим актом. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня підписання страхового акту або, в разі виплати згідно п.п.6.1.1. п.6.1. розділу 6 цієї публічної частини Договору, в інший термін, передбачений відповідним договором доручення (договором про надання послуг).

6.6 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.

6.7 Для отримання страхової виплати Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач повинен надати Страховику документи, зазначені в цій публічній частині Договору.

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

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

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

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

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

6.13 В разі виникнення спорів між Сторонами щодо причин настання заявленого випадку та/або розміру збитків кожна зі Сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи за власний рахунок. В разі проведення незалежної експертизи за рахунок Страхувальника і за її результатами визнання Страховиком події страховим випадком сума вартості такої експертизи не відшкодовується.

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

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

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

6.14.3 Органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування щодо події, що може бути визнана страховим випадком, було розпочате досудове розслідування, протягом здійснення якого Страхувальника (Застрахованої особи, іншої особи, на користь якої укладено Договір) було визнано підозрюваним або обвинуваченим, рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової

виплати приймається Страховиком після закриття кримінального провадження, зупинення досудового розслідування або винесення вироку суду.

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

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

6.17 Страхові виплати здійснюються за вирахуванням суми безумовної франшизи, зазначеної в індивідуальній частині Договору.

7. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ В РАЗІ НАСТАННЯ ВИПАДКУ З ОЗНАКАМИ СТРАХОВОГО

7.1 При настанні події, передбаченої умовами Договору, Застрахована особа або особа, яка представляє її інтереси (родич, друг, знайомий, 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 Страховика та отримати інформацію щодо подальших дій засобами зв'язку, зазначеними в індивідуальній частині Договору. Повідомлення має містити:

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

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

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

- Договір страхування або його копію;
- копію документу, що засвідчує мету, характер та строки подорожі територією України.

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

8. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЯКІ ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ ТА ОБСТАВИНИ ВИПАДКУ

8.1 В разі самостійної оплати Страхувальником/Застрахованою особою за проведене Застрахованій

особі лікування, яке було попередньо погоджене з Асистуючою компанією, для отримання страхової виплати у вигляді відшкодування понесених витрат в межах лімітів цього Договору Застрахована особа/Вигодонабувач має протягом 15 календарних днів з дня закінчення лікування надати Страховику на адресу його місцезнаходження повний пакет належним чином оформлених документів відповідно до переліку:

8.1.1 Заяву про страхову виплату за формою Страховика – оригінал;

8.1.2 Копію Договору (примірник Страхувальника);

8.1.3 Документи для проведення ідентифікації особи-одержувача страхової виплати, передбачені чинним законодавством України (копії, засвідчені підписом такої особи):

- копію паспорта або документа, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою, засвідченого підписом такої особи;
- копію довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків, засвідчену підписом такої особи;
- реквізити рахунку отримувача виплати (Застрахована особа/Вигодонабувач), відкритого в національній валюті України;

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

- оформлена в установленому порядку довіреність від Застрахованої особи отримувачу виплати – оригінал;
- документи для проведення ідентифікації особи-одержувача страхової виплати – копії, засвідчені підписом такої особи;

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

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

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

- витягу із ЄДР – копія, засвідчена закладом, що надавав послуги;
- Ліцензії на здійснення медичної практики – копія, засвідчена закладом, що надавав послуги;
- свідоцтва платника податків – копія, засвідчена закладом, що надавав послуги.

8.1.7 В разі смерті Застрахованої особи також надаються:

- оригінал або нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи;
- 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;

- протокол розтину (витяг) та результати токсикологічного дослідження на момент смерті Застрахованої особи – оригінал чи копія, засвідчена закладом, який оформлював документ;
- оригінали документів щодо послуг перевезення тіла Застрахованої особи, які містять перелік наданих послуг із вказівкою на вартість кожної з них, в тому числі документів, які підтверджують оплату таких послуг (фіскальні чеки, квитанції банку);
- оригінал чи нотаріально засвідчену копію документу про право на спадщину;

8.1.8 Додаткові документи для встановлення факту, причин, обставин страхового випадку та розміру збитку за обґрунтованою вимогою Страховика в залежності від характеру страхового випадку.

8.2 Всі зазначені вище документи або визначені Страховиком залежно від характеру випадку надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально посвідчених копій, простих копій за умови надання Страховику можливості звіряння копій цих документів з їх оригіналами.

8.3 Якщо необхідні визначені цим Договором документи для здійснення страхової виплати надані в неповному обсязі та/або оформлені неналежним чином чи з порушенням передбачених норм, то Страховик повідомляє про це письмово одержувача страхової виплати протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання таких документів, а рішення про здійснення страхової виплати або відмову її здійснити приймається після отримання всіх (останнього) необхідних належним чином оформлених документів.

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

9. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

9.1 Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

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

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

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

9.1.4 Одержання Страхувальником повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків.

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

9.1.6 Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими умовами цього Договору страхування.

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

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

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

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

- 9.1.11 Відмова Застрахованої особи від проходження медичного обстеження, якого вимагає Страховик.
- 9.1.12 Отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні.
- 9.1.13 Наявність інших підстав, встановлених законодавством чи цим Договором.
- 9.2 Страхові виплати не здійснюються за випадками, які у відповідності до умов цього Договору не визнаються страховими та/чи належать до виключень і обмежень страхування.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

10.1 Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) має право:

- 10.1.1 Ознайомитися з умовами Договору, Загальними умовами страхового продукту, Інформаційним документом про стандартний страховий продукт, отримувати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов Договору;
- 10.1.2 Звертатися до Страховика для отримання інструкцій щодо дій при настанні події, що може бути визнана страховим випадком;
- 10.1.3 Отримати послуги, передбачені умовами Договору та попередньо узгоджені із Асистуючою компанією (Страховиком), та за таким узгодженням оплатити їх самостійно з подальшим відшкодуванням понесених витрат в межах, визначених умовами Договору;
- 10.1.4 У разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та на умовах, передбачених Договором;
- 10.1.5 Ініціювати внесення змін та доповнень до умов Договору та/або його дострокове припинення на умовах, передбачених Договором, за умови письмового повідомлення Страховика про причини прийняття такого рішення;
- 10.1.6 Отримати дублікат Договору у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору на підставі письмового звернення до Страховика про видачу дублікату;
- 10.1.7 Оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або розмір страхової виплати у судовому порядку.

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

- 10.2.1 Сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;
- 10.2.2 Протягом строку дії Договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором страхування;
- 10.2.3 Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування;
- 10.2.4 Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- 10.2.5 Погоджувати з Асистуючою компанією (Страховиком) всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі раптової хвороби, нещасного випадку та інших непередбачуваних обумовлених Договором подій;
- 10.2.6 Виконувати всі розпорядження та рекомендації Асистуючої компанії (Страховика);
- 10.2.7 Вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку;
- 10.2.8 При укладенні Договору страхування повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування);
- 10.2.9 Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета цього Договору;
- 10.2.10 Не допускати дій або бездіяльності щодо чинників, настання яких має вплив на ступінь страхового ризику (в тому числі свідомо не створювати ризику втрати чи заподіяння шкоди власному здоров'ю та (або) здоров'ю інших Застрахованих осіб, в тому числі дітей, які проживають чи подорожують разом з ним, або інших осіб, якими він опікується), а у разі їхнього виникнення вживати

всіх необхідних заходів для усунення обставин, що підвищують ступінь страхового ризику та вживати всіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку, в тому числі виконувати рекомендації лікарів;

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

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

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

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

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

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

10.3 Страховик має право:

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

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

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

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

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

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

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

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

10.3.9 Самостійно з'ясовувати причини та обставини настання страхового випадку, вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку або розміру збитку, включаючи інформацію, що є комерційною,

медичною чи іншою таємницею;

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

10.3.11 Не відшкодовувати будь-які непрямі збитки Застрахованої особи;

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

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

10.4 Страховик зобов'язаний:

10.4.1 Ознайомити у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений Договором або законом строк;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. УМОВИ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

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

13. ПРЕДМЕТ ТА ОБ'ЄКТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ (Клас страхування 18)

13.1 Предметом цього Договору є передача Страхувальником Страховику за плату ризику, пов'язаного

з об'єктом страхування, на умовах, визначених Договором.

13.2 Об'єктом страхування за цим Договором є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи, а також здійснення нею медичних витрат, пов'язаних із потраплянням у скрутне становище під час здійснення подорожі територією України.

13.3 Страховим ризиком за цим Договором є подія, яка виникла під час дії Договору на обумовленій ним території його дії, з наступного переліку:

13.3.1 раптова хвороба Застрахованої особи;

13.3.2 нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою;

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

13.3.4 смерть Застрахованої особи внаслідок раптової хвороби або нещасного випадку.

13.4 Страховим випадком за цим Договором є подія, передбачена умовами п.13.3 розділу 13 цієї публічної частини Договору, що не підпадає під виключення або обмеження страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату шляхом відшкодування Асистансу або Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачеві) витрат за надані медичні послуги під час подорожі Застрахованої особи територією України, у межах та обсязі умов та лімітів програми страхування, передбачених Договором.

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

13.6 Програма страхування ТУ включає такі медичні та додаткові витрати із зазначенням відповідних лімітів відповідальності Страховика:

13.6.1 На лікування при наданні невідкладної (екстреної) стаціонарної допомоги 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) – з лімітом відповідальності 15 000,00 (П'ятнадцять тисяч грн. 00 коп.) на один випадок;

13.6.2 На лікування при наданні невідкладної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (оплата консультацій, діагностичних та лікувальних процедур, медикаментів, витратних медичних, в т.ч. перев'язувальних, матеріалів) – з лімітом відповідальності 5 000,00 (П'ять тисяч грн. 00 коп.) на один випадок;

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

13.6.4 На лікування при наданні невідкладної стоматологічної допомоги – з лімітом відповідальності 300,00 (Триста грн. 00 коп.) гривень;

13.6.5 На медичні перевезення за медичними показаннями: транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого лікаря або лікувального закладу;

13.6.6 На перевезення тіла Застрахованої особи до місця колишнього постійного місця проживання, якщо смерть настала внаслідок випадку, який у відповідності до умов цього Договору є страховим випадком. Кінцевим пунктом маршруту перевезення є місто/селище/село колишнього постійного місця проживання Застрахованої особи на території України. Всі заходи з перевезення 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 перевезення: витрати на оформлення необхідних документів, труну чи контейнер для перевезення, катафалк, оплату перевезення до міста/селища/село колишнього постійного проживання. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на подальше транспортування (до місця кремації та/чи 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 перевезення 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 до міста/селища/села колишнього постійного проживання Застрахованої особи – з лімітом відповідальності 15 000,00 (П'ятнадцять тисяч грн. 00 коп.) на один випадок.

13.7 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 13.6.1.-13.6.5. цієї публічної частини Договору разом) у розмірі, що не перевищує 3000,00 (Три тисячі грн. 00 коп.) – ліміт відповідальності Страховика на строк дії Договору. Витрати на діагностику (в т.ч. тестування, як первинне, так і повторне) з виявлення інфікування Застрахованої особи SARS-CoV-2(COVID19) відшкодовуються за умови наявності симптомів гострого захворювання, яке потребує надання Застрахованій особі екстреної медичної допомоги, та за призначенням лікаря;

13.8 При лікуванні згідно п.13.6.1.-13.6.5. покривається надання екстреної та невідкладної медичної допомоги лише за основним захворюванням та лише в медичних закладах державної та комунальної власності на стандартних умовах (в тому числі харчування та рівень палат в разі стаціонарного лікування).

14. ВИНЯТКИ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

14.1. Страховик не відшкодовує витрати:

14.1.1. що перевищують встановлені Договором ліміти відповідальності або страхову суму;

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

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

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

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

14.3.2. що сталися поза межами території дії Договору;

14.3.3. пов'язані з наслідками та ускладненнями захворювання (в т.ч. на COVID-19), якщо інфікування/захворювання Застрахованої особи почалось поза строком та/або місцем дії Договору;

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

14.3.5. зникнення Застрахованої особи безвісті.

14.4. 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.

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

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

14.5.2. 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;

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

14.5.4. пов'язані з штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, заходами по запобіганню вагітності,

- лікуванню будь-яких порушень менструального циклу та/чи репродуктивної та/чи сексуальної функцій;
- 14.5.5. 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;
- 14.5.6. 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;
- 14.5.7. 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);
- 14.5.8. стоматологічну допомогу, яка перевищує необхідну допомогу для усунення гострого болю та ризику серйозних ускладнень;
- 14.5.9. пов'язані з наданням послуг, що не є необхідними з медичної точки зору, чи з лікуванням, не призначеним лікарем;
- 14.5.10. пов'язані з наданням послуг медичним закладом, що не має відповідної ліцензії або особою, що не має права на здійснення медичної діяльності;
- 14.5.11. на проведення дезінфекцій, профілактичних вакцинацій, ін'єкцій, щеплень;
- 14.5.12. на проведення лікарських експертиз, лабораторних, інструментальних чи інших діагностичних досліджень, не пов'язаних зі страховим випадком чи основним діагнозом;
- 14.5.13. пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, послуг перукаря, масажиста, косметолога, таксі тощо;
- 14.5.14. на водолікування, геліотерапію та косметичне лікування;
- 14.5.15. на лікування нетрадиційними методами, які не є офіційно загальноприйнятими;
- 14.5.16. на реабілітаційну терапію та фізіотерапію, а також лікування віддалених наслідків травм (крім невідкладної допомоги);
- 14.5.17. на будь-які поточні обстеження (зору, слуху, стану органів чи систем організму без прямих медичних показань з метою надання невідкладної допомоги);
- 14.5.18. на утримання компаньйонів або членів родини Застрахованої особи під час госпіталізації Застрахованої особи;
- 14.5.19. пов'язані з ритуальними атрибутами, кремацією, ритуалом поховання.
- 14.6. Не підлягають відшкодуванню витрати на лікування та діагностику:
- 14.6.1. захворювань, не вилікуваних на день початку поїздки;
- 14.6.2. захворювань, які з медичної точки зору є протипоказанням для поїздки/подорожі;
- 14.6.3. захворювань та/чи станів, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;
- 14.6.4. захворювань, виникнення яких могло бути попереджене завчасною вакцинацією;
- 14.6.5. без наданого лікарем відповідної кваліфікації документально підтвердженого призначення на їх прийом (медикаментів), проведення (обстежень), застосування (методів лікування);
- 14.6.6. будь-яких хронічних захворювань (незалежно від стадії) і хворобливих станів, що почалися ще до початку подорожі (незалежно від часу діагностування), та їх наслідків і ускладнень, крім випадків надання медичної допомоги в зв'язку з гострим болем та/чи в обсязі, необхідному для рятування життя Застрахованої особи – за наявності прямої загрози життю Застрахованої особи;
- 14.6.7. захворювань чи станів, лікування та діагностику за якими можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до повернення з подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування та/чи наданням першої допомоги, т.п.;
- 14.6.8. вроджених аномалій, вад розвитку, хромосомних аномалій та прямих наслідків і ускладнень цих захворювань/станів;
- 14.6.9. дерматовенерологічних захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, гострих та хронічних гепатитів, СНІДу, а також всіх захворювань і станів, викликаних ВІЛ-інфекцією чи порушенням системи імунітету будь-якого іншого генезу;
- 14.6.10. психіатричних та/чи психотерапевтичних захворювань та розладів, шизофренії, деменції, всіх

видів психозів та будь-яких порушень психічного стану;

14.6.11. нервових, неврологічних захворювань, епілептичних чи інших судомних приступів та їх наслідків;

14.6.12. будь-яких новоутворень (доброякісних та/або злоякісних), онкологічних захворювань, їх наслідків та ускладнень; туберкульозу (незалежно від форми) та його ускладнень;

14.6.13. захворювань дихальної, серцево-судинної та/чи будь-яких інших систем з використанням скінтіграфії, ехокардіографії, КТ, ангіографії, з застосуванням будь-яких оперативних (хірургічних) методів лікування, в т.ч., видалення тромбів/тромботичних мас, ангіопластикою за допомогою стента (стентування), артроскопічним втручанням; накладанням анастомозів, шунтів, пластикою дефектів/заміною клапанів та перегородок; пластикою будь-яких судин незалежно від методу тощо;

14.6.14. захворювань периферійних судин, зокрема, варикозна хвороба, геморой, облітеруючий ендартеріїт, атеросклероз та будь-які його ускладнення, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність тощо;

14.6.15. гіпертонічної хвороби, симптоматичної гіпертензії, вегетативної (нейроциркуляторної) дистонії, енцефалопатії будь-якого генезу, окрім невідкладної допомоги при кризових станах в обсягах першої/невідкладної допомоги (медикаментозне купірування кризи без проведення обстежень та подальшого лікування);

14.6.16. будь-яких вікових дегенеративно-дистрофічних змін та їх ускладнень, зокрема, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз, остеохондроз (будь-яка форма), хвороби ока та апарату зору тощо;

14.6.17. будь-яких колагенозів (системних захворювань сполучної тканини) та їх наслідків;

14.6.18. будь-яких аутоімунних та/або системних демієлінізуючих захворювань чи станів та їх ускладнень;

14.6.19. захворювань крові та кровотворних органів незалежно від форми (гострі, хронічні) та їх ускладнень;

14.6.20. мікозів будь-якої локалізації та/чи дерматологічних захворювань незалежно від форми (гострі, хронічні);

14.6.21. алергічних захворювань та станів, окрім першої допомоги при анафілактичному шоці;

14.6.22. будь-яких захворювань ендокринної системи незалежно від форми (гострі, хронічні) та їх ускладнень, зокрема, цукрового діабету (будь-якого типу), будь-яких порушень гормонального стану;

14.6.23. травматичних ушкоджень, зумовлених нестабільністю суглобів чи повторними травматичними ушкодженнями (звичними вивихами);

14.6.24. епідемічних та пандемічних хвороб, окрім раптового захворювання на COVID-19;

14.6.25. ГРВІ, грипу, будь-яких вірусних чи бактеріальних інфекцій/захворювань будь-якої локалізації, а також харчових отруєнь – за відсутності симптомів гіпертермії (температури тіла 38,5 і вище) та/чи зневоднення, що вимагає інфузійної терапії;

14.6.26. сонячних опіків, теплових ударів, алергічних реакцій на сонячне випромінювання, окрім виникнення гострої небезпеки для життя Застрахованої особи, що стало прямим показанням до невідкладної госпіталізації з подальшим стаціонарним лікуванням саме за цим діагнозом (без урахування супутніх);

14.6.27. отитів, видалення сірчаних пробок;

14.6.28. гострої та хронічної променевої хвороби.

14.7. Не відшкодовуються витрати, пов'язані із:

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

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

14.7.3. будь-яким видом протезування;

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

14.7.5. використанням і підбором коригувальних та/або допоміжних медичних пристроїв чи виробів медичного призначення (протезів, окулярів, контактних лінз, слухових пристроїв, слухових імплантатів тощо); ортопедичних засобів та посібників (бандажі, корсети, ортези, ортопедичне взуття, милиці, м'який медичний інвентар тощо), медичних пристроїв, які заміщають або корегують функції уражених

чи відсутніх органів тощо (штучні водії ритму, кришталіки, стенти, шунти, імпланти, протези, конструкції та пристосування для металостеосинтезу тощо);

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

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

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

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

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

14.8.4. 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:

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

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

14.8.5. Невиконання Застрахованою особою (Страхувальником) офіційних рекомендацій органів влади щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, пов'язаних із раптовим захворюванням на COVID-19;

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

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

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

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

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

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

14.8.12. 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;

14.8.13. Аварії, якщо транспортним засобом керувала Застрахована особа, не маючи посвідчення водія відповідної категорії чи знаходячись під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин чи перебуваючи під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, а також, якщо вона, задалегідь про це знаючи, їхала у транспортному засобі, яким керувала особа, що не мала

посвідчення водія відповідної категорії чи знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин чи перебуваючи під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції;

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

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

14.8.16. 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;

14.8.17. Полювання;

14.8.18. Активні види відпочинку/дозвілля, зокрема: з використанням будь-яких механічних, електричних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Застрахована особа сплатила проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, а також занять різноманітними видами боротьби, боксу, гірського, лижного, велосипедного, водного, пішохідного туризму, спелеотуризму та іншими аналогічними видами відпочинку/дозвілля;

14.9. За Договором не відшкодовуються будь-які випадки заподіяння непрямих збитків, зокрема, послуги перекладача, моральна шкода, шкода навколишньому природному середовищу, неустойка (штраф, пеня), упущена вигода, шкода, заподіяна третім особам, будь-які інші непрямі збитки, витрати, не передбачені цим Договором тощо, а також витрати на отримання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, окрім тестування на COVID-19 методом генодіагностики (ПЛР-діагностика вірусної РНК) в сертифікованій державній лабораторії з рівнем акредитації не нижче 2-го рівня, за результатами якого виявлено гостру респіраторну інфекцію, викликану коронавірусом SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....

15. УМОВИ ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ (Клас страхування 1)

Це додаткове страхування може включатись до умов Договору за бажанням Страхувальника та за згодою Застрахованої(их) особи(іб), та за додаткову страхову премію, про що зазначається в індивідуальній частині Договору.

16. ПРЕДМЕТ ТА ОБ'ЄКТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ТА ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ПРИ ДОДАТКОВОМУ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

16.1. Предметом Договору страхування є передача страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, страховику на умовах, визначених цим Договором страхування.

16.2. Об'єктом страхування є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.

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

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

16.3.2 Смерть Застрахованої особи.

16.4. 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.

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

17. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ПРИ ДОДАТКОВОМУ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

17.1. при страхуванні від нещасних випадків Страховик не визнає страховими випадками та не здійснює страхові виплати за всіма виключеннями та обмеженнями страхування, визначеними у Розділі 14 цієї публічної частини Договору, а також не визнає страховими випадками:

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

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

17.1.3. спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або попаданням отруйних речовин в організм іншим шляхом;

17.1.4. які сталися під час відбування покарання, в місцях позбавлення волі, служби у збройних силах, 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;

17.1.5. травмування Застрахованої особи, яке не призвело до встановлення їх групи інвалідності чи її смерті.

18. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ ПРИ ДОДАТКОВОМУ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ.

18.1. 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:

18.1.1. за переліком, визначеним у п.п8.1.1.-8.1.4. п.8.1. Розділу 8 цієї публічної частини Договору;

18.1.2. Виписку з карти амбулаторного або стаціонарного хворого, підписану відповідальною особою та засвідчену печаткою медичного закладу (оригінал, паперова форма);

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

18.1.4. Документ компетентного органу із зазначенням: персональних даних Застрахованої особи, місця, дати, часу, причин та обставин настання нещасного випадку, що призвів до травмування Застрахованої особи, дати та часу звернення до медичного закладу, опису події, що призвела до настання нещасного випадку (оригінал, паперова форма);

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

18.1.6. При встановленні Застрахованій особі групи інвалідності – Акт огляду МСЕК (медико-соціальна експертна комісія), довідку до Акту огляду МСЕК про встановлення групи первинної інвалідності та реабілітаційну карту (копії, засвідчені органом, який оформлював документи, паперові форми);

18.1.7. 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); витяг із протоколу розтину з результатами токсикологічного дослідження (копії, засвідчені органом, який оформлював документи, паперові форми); матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті (копії, засвідчені органом, який оформлював документи, паперові форми); оригінал або нотаріально засвідчену копію свідоцтва про право на спадщину Вигодонабувача.

18.1.8. Інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика.

19. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ ПРИ ДОДАТКОВОМУ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

19.1. При страхуванні від нещасних випадків страхові виплати здійснюються у розмірі певного відсотку від страхової суми по страхуванню від нещасних випадків, окремо зазначеної в індивідуальній частині Договору для додаткового страхування від нещасних випадків, в залежності від страхового випадку:

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

19.1.1.1. при встановленні I групи інвалідності – 100%

19.1.1.2. при встановленні II групи інвалідності – 75%

19.1.1.3. при встановленні III групи інвалідності – 50%.

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

19.2. Загальна сума виплат при страхуванні від нещасних випадків не може перевищувати розміру страхової суми від нещасних випадків, зазначеної в індивідуальній частині Договору.

20. ПІДПИС СТРАХОВИКА

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