

Загальні умови страхового продукту «Страхування медичних витрат під час подорожі»

1) визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування	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. 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. Вигодонабувач – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства. Вигодонабувачем за Договорами цього страхового продукту є Застрахована особа, в разі її неповноліття – законний представник, в разі смерті – згідно законодавства України. 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. 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. Група ризику – зазначається у Договорі в залежності від мети подорожі та передбачає застосування до страхового тарифу відповідного коефіцієнту ризику, а саме, звичайного ($K=1$) чи підвищуючого ($K>1$) або понижуючого ($K<1$). Підвищуючі коефіцієнти застосовуються у випадках страхування осіб певних вікових категорій, а також осіб, які під час дії Договору будуть займатися фізичною працею, в т.ч. за винагороду, професійним чи аматорським спортом, активними видами відпочинку/дозвілля. Договір страхування (далі по тексті – Договір чи Договір страхування) – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно якої Страховик бере на себе зобов’язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов’язується сплатити страхову премію у визначений строк та виконувати інші умови Договору страхування. Екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані людини (загрозі життю та здоров’ю) та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров’я. 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.
--	--

	Загострення хронічного захворювання (хвороби) – стадія хронічного захворювання (хвороби), яка характеризується значним посиленням існуючих симптомів захворювання та появою нових і клінічно має картину гострого захворювання. 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). Застрахована особа – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я та працездатності якої є об'єктом страхування за Договором страхування. Здоров'я – це стан організму, в якому відмічається відповідність структури та функції, а також здатність регуляторних систем підтримувати стабільність внутрішнього середовища (гомеостаз). Консервативне лікування – лікування без застосування будь-яких хірургічних втручань. ІКС – інформаційно-комунікаційна система – сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле. Телекомунікаційні системи являють собою комплекс програмного та апаратного обладнання, який з'єднаний один з одним в один ланцюг, що здійснює передачу даних з однієї точки в іншу. Така передача даних можлива завдяки чіткій структуризації телекомунікаційної мережі. В розумінні цього страхового продукту ІКС включає програмне забезпечення Страховика та його партнера. 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. 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. Партнер – юридична або фізична особа, яка діє від імені та за дорученням Страховика і укладає Договори страхування за допомогою ІКС із клієнтами – потенційними страхувальниками на підставі відповідних закону договірних відносин. 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). Страхова виплата (страхове відшкодування) – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання
--	--

страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.

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

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

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

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.

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

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

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

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).

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

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

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

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.

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.

Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування та/або законодавством. В цьому страховому продукті франшиза застосовується безумовна, у визначеному в Договорі розмірі, зазначеному у валюті страхової.

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.

	У конкретному Договорі страхування визначення понять може відрізнитись, ряд визначень може не застосовуватись, можуть бути додані визначення інших понять та термінів.
2) умови страхового покриття за договором страхування (сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту – п.6. Ст.93 ЗУ «Про страхування»)	Страхові ризики, на випадок яких здійснюється страхування: • раптова хвороба Застрахованої особи; • нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою; • смерть Застрахованої особи внаслідок раптової хвороби або нещасного випадку. Події із зазначених ризиків визнаються страховими випадками, якщо вони (їх перелік) зазначені у Договорі страхування, мали місце в період дії Договору страхування та підтверджені належним чином оформленими документами, виданими компетентними органами в установленому законом порядку (медичними установами та іншими установами і організаціями) і не належать до винятків чи обмежень страхування, передбачених умовами Договору страхування. Програма страхування передбачає певний перелік медичних та інших послуг, оплата вартості яких (в разі виникнення випадку із переліку страхових ризиків) включена до страхового покриття в межах, зазначених в такій програмі та Договорі, та з урахуванням лімітів страхових виплат. Конкретний перелік страхових ризиків за кожним окремим Договором страхування визначається за згодою сторін і зазначається в Договорі страхування. При цьому Договір страхування може бути укладеним лише за цим страховим продуктом або містити додатково умови страхування за одним чи декількома іншими страховими продуктами, які включаються як не обов'язкові за бажанням клієнта за додаткову страхову премію (комплексне страхування). Об'єкт страхування – життя та здоров'я Застрахованої особи. Договір набирає чинності з 00 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Договорі як дата початку строку дії Договору, але не раніше дня та часу отримання Страховиком (представником Страховика, уповноваженою особою Страховика) страхового платежу в розмірі, визначеному в Договорі, і діє до 24 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Договорі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші передбачені умовами Договору обставини не призвели до дострокового припинення його дії. Якщо Договір укладається з метою поїздки за межі України, то він починає діяти з дати, визначеної у ньому як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00:00 годин дня, наступного за днем внесення (зарахування) на поточний рахунок Страховика страхового платежу, передбаченого умовами Договору. При цьому дія страхового захисту за Договором: • в разі перебування Застрахованої особи під час укладення Договору на території України починається з моменту проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю України при виїзді за кордон, але не раніше 00 годин 00 хвилин за Київським часом дня, вказаного як дата початку строку дії Договору, за умови попередньої сплати страхового платежу у строки, визначені Договором, • в разі перебування Застрахованої особи під час укладення Договору за межами території України починається з 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати, зазначеної у Договорі як дата початку дії Договору, яка не може бути раніше ніж через 7 (сім) днів з дати укладення Договору, за умови попередньої сплати страхової премії у строки,

визначені Договором,

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

Якщо Договір укладається з метою подорожі територією України іноземного громадянина, то він починає діяти з дати, визначеної у ньому як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00:00 годин дня, наступного за днем внесення (зарахування) на поточний рахунок Страховика страхового платежу, передбаченого умовами Договору.

При цьому дія страхового захисту за таким Договором:

- в разі перебування Застрахованої особи під час укладення Договору за межами території України починається з моменту проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю України при в'їзді на територію України, але не раніше 00 годин 00 хвилин за Київським часом дня, вказаного як дата початку строку дії Договору, за умови попередньої сплати страхового платежу у строки, визначені Договором,
- в разі перебування Застрахованої особи під час укладення Договору на території України починається з 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати, зазначеної у Договорі як дата початку дії Договору за умови попередньої сплати страхової премії у строки, визначені Договором,
- закінчується в момент проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю України при поверненні за кордон (виїзді з території України) або при в'їзді на зазначені в Договорі страхування частини території України, де дія страхового захисту за Договором не діє (страховий захист поновлюється в момент повернення на територію страхування), або о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, вказаного як дата закінчення строку дії Договору (за датою, що настала раніше).

Строк дії Договору (дата початку та дата закінчення), а також максимальна (сумарна) кількість днів дії страхового захисту при перебуванні Застрахованої особи на територіях дії Договору (в поїздках, подорожах) в межах строку страхування (строку дії Договору), зазначаються в Договорі (його індивідуальній частині) у розділах відповідно «Строк дії договору /Period of Agreement» та «Кількість днів страхування / Number of days of insurance». 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).

Грошовий еквівалент (вартісні складові) страхового захисту розраховується окремо за кожною програмою страхування, при цьому за основними ризиками окремо, за додатковими ризиками окремо.

Також при розрахунку враховуються додаткові параметри страхового ризику (додаткові складові).

Страхова премія становить добуток страхової суми та страхового тарифу: $СП = СС * Т$.

При цьому для розрахунку розміру страхової премії розмір страхової суми враховується в національній валюті України (для договорів, в яких розмір страхової суми визначений в іноземній валюті, розмір страхової суми в національній

валюті становить добуток розміру зазначеної в іноземній валюті страхової суми та відповідного курсу національної валюти, встановленого Національним банком України щодо такої іноземної валюти на день проведення розрахунку).

Страховий тариф по Договору обчислюється як страховий тариф за програмою страхування, помножений на коригуючі коефіцієнти додаткових параметрів страхового ризику (додаткових складових):

$$T(\text{по Договору}) = T(\text{програма}) * K(\text{додаткова складова 1}) * K(\text{додаткова складова 2}) * \dots$$

Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням умов договорів страхування, яка враховувалась при розрахунку тарифів за цим страховим продуктом, знаходиться в межах до 80% від страхового тарифу.

До додаткових параметрів (додаткових складових) страхового ризику, які враховуються при визначенні страхового тарифу за Договором, можуть належати:

- Вік та кількість Застрахованих осіб;
- Територія дії Договору;
- Строк страхування (строк дії Договору);
- Кількість днів покриття;
- Наявність можливості здійснення багаторазових подорожей (мультивіза);
- Розмір безумовної франшизи;
- Група ризику;
- Розмір винагороди агента.

Страхові суми можуть встановлюватися як в національній валюті України (незалежно від території та, зокрема, при страхуванні подорожей територією України), так і в іноземній валюті (для подорожей за межами території України).

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

- Україна – крім 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), територій бойових дій, окупованих територій та територій, на яких органи влади України не здійснюють своїх повноважень;
- окрема країна (крім України) – крім зон збройних та інших конфліктів та тих територій, які знаходяться під санкцією ООН;
- географічна зона («Країни Європи/Europe», «Країни Середземномор'я» тощо) – крім зон збройних та інших конфліктів та тих територій, які знаходяться під санкцією ООН;
- територія всіх країн світу («Весь світ/The world») – крім зон збройних та інших конфліктів та тих територій, які знаходяться під санкцією ООН, а також крім територій України, 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), окупованих територій та територій, на яких органи влади України не здійснюють своїх повноважень.

	Конкретні умови страхового покриття можуть дещо відрізнятись та визначаються умовами Договору страхування.
3) права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору	Права та обов'язки сторін. Страховальник (Застрахована особа) має право: 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; 2) звертатися до Страховика для отримання інструкцій щодо дій при настанні події, що може бути визнана страховим випадком; 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; 4) у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та на умовах, передбачених Договором; 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; 6) отримати дублікат Договору у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору на підставі письмового звернення до Страховика про видачу дублікату; 7) оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або розмір страхової виплати у судовому порядку. Страховальник / Застрахована особа / Вигодонабувач зобов'язаний: 1) сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування; 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; 3) інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування; 4) вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку; 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; 6) виконувати всі розпорядження та рекомендації Асистуючої компанії (Страховика); 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; 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); 9) повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета Договору; 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;

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;

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;

13) надавати на запити Страховика інформацію та документи, що мають суттєве значення для вирішення питання про страхову виплату;

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

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;

16) виконувати всі взяті на себе за Договором зобов'язання.

Страховик має право:

- 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;
- 2) при укладенні Договору Страховик має право призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи;
- 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;
- 4) ініціювати внесення змін до умов Договору та/або його дострокове припинення на визначених ним умовах;
- 5) вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність такої інформації;
- 6) здійснювати (самостійно та за посередництвом Асистуючих компаній) фіксацію телефонних переговорів стосовно

	страхових випадків та випадків з ознаками страхових; 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; 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; 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) 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; 11) не відшкодовувати будь-які непрямі збитки Застрахованої особи; 12) вимагати (як протягом дії Договору, так і після його закінчення в разі, якщо на той час є не врегульований заявлений збиток, що стався під час дії Договору) проходження медичного обстеження Застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком, за умови оплати всіх прямих та супутніх витрат, пов'язаних з таким обстеженням, за рахунок Страховика; 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). Страховик зобов'язаний: 1) у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений Договором або законом строк; 2) забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування»; 3) виконувати всі взяті на себе за Договором зобов'язання. 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. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки сторін. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору: • за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором Сторони несуть відповідальність згідно
--	---

	чинного законодавства України; • 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; • невиконання Застрахованою особою / Страхувальником / Вигодонабувачем умов Договору позбавляє її (його) права на отримання страхової виплати за Договором. Умовами Договору страхування відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору може бути передбачена дещо по-іншому.
4) порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки	Зміни та доповнення до умов Договору вносяться лише протягом періоду його дії за згодою Сторін на підставі письмової заяви однієї зі Сторін шляхом укладення додаткової угоди чи додаткового договору до Договору у паперовій формі, що є невід'ємною частиною Договору й складається в кількості примірників Договору. Для внесення змін у Договір Сторона-ініціатор має надати письмову заяву не пізніше ніж за 10 днів до дати передбачуваних змін до Договору. Розмір страхової премії протягом дії Договору може бути змінений, якщо це передбачено умовами Договору, за згодою Сторін у випадках та в порядку, передбаченим ч.7 ст.95 Закону «Про страхування». Якщо інша Сторона не згодна із внесенням запропонованих змін Договір продовжує свою дію на попередніх умовах або на передбачених ним умовах припиняє свою дію. Дія Договору припиняється за згодою Сторін, а також у разі: • за вимогою однієї із Сторін із дотриманням визначених Договором умов його дострокового припинення; • закінчення строку дії Договору; • виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі; • ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; • смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»; • втрати Страхувальником – фізичною особою дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтею 101 Закону України «Про страхування»; • набрання законної сили рішенням суду про визнання договору недійсним; • в інших випадках, передбачених законодавством України. 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. 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 Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю. 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 Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. 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. 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 неврегульованих Страховиком заявлених Страхувальником збитків за Договором.
5) порядок відмови від договору страхування	Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім випадків, якщо: 1) Договір страхування був укладений на строк менше 30 календарних днів; 2) за Договором повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі. 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. 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 дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	При настанні події, передбаченої умовами Договору як страховий ризик, Страхувальник (Застрахована особа або особа, яка представляє інтереси Застрахованої особи) зобов'язаний негайно, перед тим як звернутись по допомогу, звернутись до Асистуючої компанії та повідомити: - назву Страхової компанії, номер Договору страхування та строк його дії; - прізвище та ім'я Застрахованої особи; точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон; - територію дії Договору страхування;

- розмір страхової суми, розмір франшизи та назву Програми страхування;
- наявність/відсутність будь-якого іншого страхування, іншого безоплатного забезпечення медичними послугами (їх частиною);
- опис того, що трапилось;

та отримати інформацію щодо подальших дій та дотримуватись цих рекомендацій.

Контакти Асистуючої компанії зазначаються в Договорі (його індивідуальній частині).

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

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

- Договір страхування або його копію;
- копію всіх сторінок закордонного паспорту Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону;
- копію документу, що засвідчує підстави та мету перебування на території подорожування/дії Договору;
- копію документу, що засвідчує наявність медичного страхування або іншого страхування здоров'я в країні перебування або докладне пояснення причин відсутності такого страхування у випадку, якщо особа перебуває за кордоном не у порядку безвізового режиму або поза часовими межами перебування громадян України за кордоном у порядку безвізового режиму.

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 гарантії оплати на подальше лікування та відшкодування витрат на первинну невідкладну медичну допомогу.

У випадку, коли Застрахована особа з поважних причин не зв'язалась із Аси́стансом для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна самостійно оплатити вартість наданої їй медичної, медико-транспортної допомоги та інших послуг, вона зобов'язана узгодити із Аси́стансом чи Страховиком виставлений закладом, що надав допомогу (послугу), рахунок (обґрунтованість суми витрат за надані послуги) до його оплати.

Для отримання страхової виплати (відшкодування вартості медичних витрат за отримані послуги) Застрахована

	особа / Вигодонабувач має надати Страховику заяву про страхову виплату (за формою Страховика) та всі необхідні документи, що підтверджують факт, дату, час, місце, причини та обставини страхового випадку, а також факт та розмір понесених витрат, пов'язаних з отриманням медичних чи інших послуг, – не пізніше ніж протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після повернення із поїздки (подорожі). Умовами Договору страхування може бути передбачений дещо інший порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, який визначається безпосередньо у Договорі страхування.
7) порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат	Страхові виплати за цим страховим продуктом здійснюються відповідно до умов Договору на підставі страхового акту та пакету документів, передбачених умовами Договору, в межах передбачених Договором страхових сум і лімітів шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою передбачених програмою страхування послуг у зв'язку з настанням страхового випадку, який призвів до потрапляння у скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки). При цьому страхова виплата може здійснюватися в межах, визначених умовами Договору страхування: • Застрахованій особі (Страхувальнику, Вигодонабувачеві) за умови попереднього погодження з Асистуючою компанією отриманих Застрахованою особою та оплачених нею (Страхувальником, Вигодонабувачем) послуг; • шляхом оплати (в разі настання страхового випадку) послуг, наданих Застрахованій особі за посередництвом Асистуючої компанії на підставі документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, надання Застрахованій особі передбачених умовами Договору страхування послуг та перелік і вартість таких послуг. При здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі (Страхувальнику, Вигодонабувачеві) рішення про таку виплату приймається Страховиком на підставі повного належно оформленого пакету документів, передбачених умовами Договору страхування. Після отримання документів від Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача) Страховик приймає рішення щодо здійснення страхової виплати чи відмови у її здійсненні в межах до 30 (тридцяти) робочих днів і в цей же строк проводить страхову виплату або письмово повідомляє про причину відмови з обґрунтуванням такої причини або повідомляє про відсутність необхідної інформації та документів для прийняття рішення із зазначенням такої інформації та документів. Конкретні строки прийняття рішення зазначаються в Договорі. Страхові виплати в цьому разі здійснюються Застрахованій особі (Вигодонабувачу) шляхом зарахування на її(його) рахунок, відкритий в національній валюті України в банківській установі, суми страхової виплати, визначеної згідно умов Договору, в національній валюті України. Розрахунок суми страхової виплати в цьому разі проводиться на підставі фінансових документів, які підтверджують факт та суму понесених Застрахованою особою (Вигодонабувачем) витрат, передбачених умовами Договору страхування. В разі виникнення спорів між Сторонами щодо причин настання заявленого випадку 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 збільшує розмір страхової виплати за таким випадком. Якщо витрати були понесені Застрахованою особою (Вигодонабувачем) в іноземній валюті під час подорожування за

межами України, то страхова виплата розраховується як сума витрат в іноземній валюті, помножена на курс національної валюти, встановлений Національним банком України щодо такої іноземної валюти на день страхового випадку чи день фактичного понесення витрат, (оплати послуг по медичним та іншим витратам, передбачених умовами відповідної програми страхування), про що зазначено в Договорі.

При здійсненні страхової виплати шляхом оплати наданих Застрахованій особі послуг за посередництвом Асистуючої компанії Страховик після отримання від Асистуючої компанії повідомлення про випадок з ознаками страхового, а також передбачених умовами Договору страхування інформації і документів:

- приймає рішення про визнання випадку страховим та підтверджує надання Асистуючою компанією гарантій оплати, включаючи організацію передбачених умовами Договору страхування послуг,
- або, якщо інформації і документів недостатньо для прийняття рішення про визнання чи невизнання випадку страховим, інформує через Асистуючу компанію про необхідність надання додаткових документів чи отримання та оплати послуг самостійно зі збереженням відповідних документів та подальшим зверненням до Страховика з передбаченим умовами Договору пакетом документів для прийняття Страховиком рішення щодо визнання випадку страховим і здійснення страхової виплати чи невизнання випадку страховим відмови у її здійсненні,
- або, якщо інформації та документів достатньо для прийняття рішення про те, що випадок не є страховим згідно умов Договору і здійснення страхової виплати за таким випадком не передбачене, інформує про це через Асистуючу компанію з посиланням на умови Договору страхування.

В разі визнання випадку страховим і надання за посередництвом Асистуючої компанії гарантій оплати послуг для Застрахованої особи, передбачених умовами Договору страхування, Страховик після отримання Застрахованою особою таких послуг та виставлення відповідних рахунків провайдерами оплачує вартість таких попередньо погоджених послуг за посередництвом Асистуючої компанії.

Якщо при цьому послуги Застрахованій особі надавались іноземними провайдерами при здійсненні нею закордонної подорожі, то Асистуюча компанія розраховується з іноземними провайдерами у валюті згідно виставлених провайдерами рахунків, а Страховик відшкодовує Асистуючій компанії вартість відповідних послуг в Національній валюті України з урахуванням витрат на здійснення банком валютних перерахунків (банківські витрати) та курсових різниць, що виникають при такій процедурі розрахунків, на умовах відповідного договору доручення між Страховиком та Асистуючою компанією.

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

- У Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) 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 з дня отримання Страховиком всіх необхідних документів, передбачених умовами Договору;
- На підставі наданих документів неможливо встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку

	та/або розмір страхової виплати. У такому випадку Страховик має право відстрочити строк прийняття рішення до надання Вигодонабувачем всієї необхідної інформації та документів на відповідний письмовий запит Страховика та 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 до отримання Страховиком всієї необхідної запитуваної інформації, включаючи проведення Страховиком незалежного розслідування або експертизи, якщо такі проводились; • 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. 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, визначеної умовами Договору. Умовами Договору страхування може бути передбачений дещо інший порядок розрахунку та здійснення страхових виплат. Конкретний порядок розрахунку суми страхової виплати за кожним із ризиків та умови здійснення страхових виплат зазначаються в Договорі страхування.
8) підстави відмови у страховій виплаті	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; 2) вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; 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; 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; 5) несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків); 6) наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування; 7) наявність інших підстав, встановлених законодавством, у тому числі для договорів страхування, обов'язковість

	укладення яких визначена законом. Умовами Договору можуть бути передбачені також інші підстави відмови у здійсненні страхової виплати.
9) порядок укладення договору страхування	Договір може укладатись виключно в письмовій формі – у паперовому або у формі електронного документу. У паперовій формі договір укладається на паперовому носії за формою Страховика у двох автентичних примірниках, по одному для кожної із сторін, які підсуються обома сторонами. У формі електронного документу договір укладається в порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію", Договір укладається за наступною процедурою: Договір укладається на умовах публічної пропозиції, яка розміщується на сайті Страховика на сторінці за посиланням https://grdn.com.ua/publicnij-dogovir-oferta/ та/або його Партнера, шляхом надання Страховиком пропозиції його укласти (оферти) та прийняття її Клієнтом (акцепту) з використанням ІКС Страховика та/або його Партнера. Безумовним прийняттям (акцептом) умов публічної пропозиції (оферти) Страхувальником вважається: - заповнення ним заяви (форми) про прийняття пропозиції в електронній формі та її підписання електронним підписом одноразовим ідентифікатором, який направляється Страховиком або його Партнером на електронну пошту Страхувальника та/або на мобільний телефон, в ІКС Страховика або його Партнера. При цьому підписання Страхувальником акцепту таким одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником Договору у відповідності до вимог ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію»; - або - надсилання електронного повідомлення Страховику або його Партнеру, який зробив пропозицію укласти електронний договір страхування, підписаного електронним підписом одноразовим ідентифікатором, який направляється Страховиком або його Партнером на електронну пошту Страхувальника та/або на мобільний телефон, в порядку, передбаченому статтею 12 Закону України «Про електронну комерцію». Після такого прийняття Клієнтом пропозиції (акцепту) він як Страхувальник по Договору має здійснити оплату страхового платежу у розмірі, визначеному умовами Договору. Укладений за публічною пропозицією (офертою) Договір включає всі істотні умови та складається із: Частини 2, яка містить загальні умови Договору, викладені в документі, що розміщений на сайті Страховика та/або його Партнера, та Частини 1, яка містить індивідуальні умови для кожного Договору, які зазначаються в електронному договорі страхування і до укладення Договору (акцепту) надаються Клієнту в електронному вигляді після заповнення ним в ІКС Страховика або його Партнера заявки на страхування разом з умовами Частини 2. Надання Клієнту доступу до індивідуальних умов Договору (а саме: інформація про Сторони Договору, перелік страхових випадків, розміри страхової суми, страхового тарифу, страхового платежу, строк та територія дії Договору та інше) є підтвердженням отримання заявки Клієнта на страхування. Заповнення електронної заявки Клієнтом не зобов'язує його укласти Договір, у разі, якщо Страхувальник не підписав Договір електронним підписом одноразовим ідентифікатором, Договір вважається неукладеним. Зі сторони Страховика Договір підписується кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком або страховим посередником на підписання договорів страхування, із кваліфікованою електронною

	позначкою часу, накладеним такою особою. Протягом дії воєнного стану та шести місяців з дня його припинення для підписання електронного договору страхування зі сторони Страховика може використовуватись удосконалений електронний підпис. Одразу після підписання Договору обома сторонами Страховик надсилає Страхувальнику укладений ним електронний Договір страхування у формі, що унеможливило спотворення його змісту, на електронну пошту або номер телефону Страхувальника, вказані ним при заповненні заявки на страхування. Страховик на письмову вимогу Страхувальника створює паперову копію Договору страхування, підписує, скріплює печаткою та надає Страхувальнику у вказаний ним спосіб протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття клієнта на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття на страхування є не направлення Страховиком або його страховим посередником одноразового ідентифікатора на мобільний телефон або електронну пошту Страхувальника. Під час виконання зобов'язань за Договором страхування Сторони можуть використовувати для листування адреси електронної пошти один одного. Страхувальник може направити електронне повідомлення на електронну адресу Страховика med@grdn.com.ua (далі – електронна адреса Страховика). Умовами Договору можуть бути передбачені обмеження щодо використання Страховиком електронної пошти в разі направлення інформації, яка належить до конфіденційної згідно норм закону. Основні критерії та вимоги до інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає Страхувальник: має бути достовірною, однозначною та вичерпною з огляду на запитувану Страховиком. Індивідуальні ознаки об'єкта страхування, необхідні для оцінки страхового ризику: • Відсутність/наявність психічних захворювань/розладів та станів/розладів/захворювань, які ускладнюють процес руху/пересування; • Вік (в межах передбачених умовами Договору); • Заняття спортом/небезпечні хобі; • Робота, пов'язана з підвищеним ризиком виникнення захворювань (в т.ч. професійних) та/чи отруєнь/травм. • Додаткові ознаки (застосовуються не завжди): наявність/відсутність надмірної ваги; паління; вживання алкоголю/психотропних засобів; склад сім'ї; наявність/відсутність певних щеплень (при подорожуванні до певних регіонів). • Інші критерії, що не суперечать нормам чинного законодавства та мають вплив на оцінку страхового ризику.
10) винятки із страхових випадків та обмеження страхування	Не визнаються страховими випадками події,: • не обумовлені, як страховий випадок в Договорі; • які відбулися до початку дії Договору чи після його закінчення; • обумовлені дією причин та обставин, що виникли до початку дії Договору; • відбулися поза вказаною в Договорі страхування територією дії Договору; • виникли протягом періоду очікування, передбаченого умовами Договору (якщо такий передбачено);

- 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;
- 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;
- зникнення Застрахованої особи безвісті.

До страхових випадків не відносяться і страхова виплата не здійснюється, якщо випадок стався або лікування проводилось внаслідок:

- ядерного інциденту та будь-яких його наслідків;
- захворювань і їх ускладнень, що настали внаслідок вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних або токсичних речовин чи отруєння ними;
- самолікування або лікування особою, яка не має медичної освіти або ліцензії на здійснення лікувальної діяльності, вживання ліків без призначення лікарем;
- небезпечного заняття та хобі, участі Застрахованої особи в спортивних тренуваннях, змаганнях, гонках чи інших небезпечних захопленнях (мотоспорт, альпінізм, дайвінг, пірнання, парашутизм, дельтапланеризм, розваги на атракціонах, верхова їзда, катання на лижах, ковзанах тощо), використання Застрахованою особою механічних чи інших засобів пересування по суші, на воді, в повітрі (велосипед, самокат, сігвей, мотоцикл тощо) – якщо умовами Договору окремо не передбачена відповідна група ризику, яка передбачає застосування до страхової премії коефіцієнту підвищення.

Страховик не визнає страховими випадками та не здійснює страхові виплати:

- на санаторно-курортне лікування, медичну реабілітацію та відновлювальну терапію, оздоровчі заходи;
- 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;
- витрати і збитки через неможливість працювати, брати участь в подорожі, екскурсії, за бронювання квитків і місць у готелях тощо;
- пов'язані з штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, заходами по запобіганню вагітності, лікуванню будь-яких порушень менструального циклу та/чи репродуктивної та/чи сексуальної функцій;
- 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;
- 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;

- 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);
- на платне лікування у медичному закладі, а також будь-які витрати у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування;
- стоматологічну допомогу, яка перевищує необхідну допомогу для усунення гострого болю та ризику серйозних ускладнень;
- пов'язані з наданням послуг, що не є необхідними з медичної точки зору, чи з лікуванням, не призначеним лікарем;
- пов'язані з наданням послуг медичним закладом, що не має відповідної ліцензії або особою, що не має права на здійснення медичної діяльності;
- на проведення дезінфекцій, профілактичних вакцинацій, ін'єкцій, щеплень,
- на проведення лікарських експертиз, лабораторних, інструментальних чи інших діагностичних досліджень, не пов'язаних зі страховим випадком чи основним діагнозом;
- пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, послуг перукаря, масажиста, косметолога, таксі тощо;
- на водолікування, геліотерапію та косметичне лікування;
- на лікування нетрадиційними методами, які не є офіційно загальноприйнятими;
- на лікування Застрахованої особи родичами та догляд за нею, незалежно від того, чи є вони медичними працівниками;
- на реабілітаційну терапію та фізіотерапію;
- на будь-які поточні обстеження (зору, слуху, стану органів чи систем організму без прямих медичних показань з метою надання невідкладної допомоги);
- на утримання компаньйонів або членів родини Застрахованої особи під час госпіталізації Застрахованої особи;
- пов'язані з ритуальними атрибутами та ритуалом поховання чи Застрахованої особи;
- витрати, здійснені Страхувальником/Застрахованою особою (її представником) поза межами території дії Договору.

Не підлягають відшкодуванню витрати на лікування та діагностику:

- захворювань, не вилікуваних на день початку поїздки;
- станів та/чи захворювань, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, а також захворювань чи хворобливих станів, що мали місце після повернення Застрахованої особи до постійного місця проживання;
- захворювань, які з медичної точки зору є протипоказанням для поїздки за кордон;
- захворювань та/чи станів, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;
- захворювань, виникнення яких могло бути попереджене завчасною вакцинацією;

- без наданого лікарем відповідної кваліфікації документально підтвердженого призначення на їх прийом (медикаментів), проведення (обстежень), застосування (методів лікування);
- будь-яких хронічних захворювань (незалежно від стадії) і хворобливих станів та їх наслідків, що почалися ще під час перебування в країні постійного проживання (незалежно від часу діагностування), крім випадків надання медичної допомоги в зв'язку з гострим болем та/чи в обсязі, необхідному для рятування життя Застрахованої особи за наявності прямої загрози життю Застрахованої особи;
- захворювань чи станів, лікування та діагностику за якими можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до повернення в країну постійного місця проживання можливо замінити курсом консервативного лікування та/чи наданням першої допомоги, т.п.;
- вроджених аномалій, вад розвитку, хромосомних аномалій та прямих наслідків і ускладнень цих захворювань/станів;
- дерматовенерологічних захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, гострих та хронічних гепатитів, СНІДу, а також всіх захворювань і станів, викликаних ВІЛ-інфекцією;
- психіатричних та/чи психотерапевтичних захворювань та розладів, шизофренії, епілепсії, деменції, всіх видів психозів та будь-яких порушень психічного стану;
- нервових, неврологічних захворювань, епілептичних чи інших судомних приступів та їх наслідків;
- будь-яких новоутворень (доброякісних та/або злоякісних), онкологічних захворювань, їх наслідків та ускладнень;
- захворювань дихальної та/чи серцево-судинної систем з використанням сцинтиграфії, ехокардіографії, КТ, ангіографії, з застосуванням будь-яких оперативних (хірургічних) методів лікування, в т.ч., видалення тромбів/тромботичних мас, ангіопластикою за допомогою стента (стентування), накладанням анастомозів, шунтів, пластикою судин, дефектів клапанів та перегородок тощо;
- захворювань периферійних судин, зокрема, варикозна хвороба, геморой, облітеруючий ендартеріїт, атеросклероз та будь-які його ускладнення, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність тощо;
- 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);
- 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;
- будь-яких колагенозів (системних захворювань сполучної тканини) та їх наслідків;
- аутоімунних та/або системних демієлінізуючих захворювань чи станів та їх ускладнень;
- захворювань крові та кровотворних органів незалежно від форми (гострі, хронічні) та їх ускладнень;
- мікозів будь-якої локалізації та/чи дерматологічних захворювань незалежно від форми (гострі, хронічні);
- алергічних захворювань та станів, окрім першої допомоги при анафілактичному шоці;
- будь-яких захворювань ендокринної системи незалежно від форми (гострі, хронічні) та їх ускладнень, зокрема,

	цукрового діабету (будь-якого типу), будь-яких порушень гормонального стану; •травматичних ушкоджень, зумовлених нестабільністю суглобів чи повторними травматичними ушкодженнями (звичними вивихами); •епідемічних та пандемічних хвороб, окрім раптового захворювання на SARS-CoV-2(COVID-19); •14.2.26. ГРІ (вірусних чи бактеріальних), грипу, будь-яких вірусних інфекцій/захворювань незалежно від локалізації та/чи системності, харчових отруєнь – за відсутності за такими захворюваннями симптомів гіпертермії (температури тіла 38,5 і вище) та зневоднення, що вимагає невідкладної інфузійної терапії та/чи екстреної госпіталізації за життєвими показаннями; •сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання; •отитів, видалення сірчаних пробок; •гострої та хронічної променевої хвороби. Не відшкодовуються витрати, пов'язані із: •достроковим поверненням Застрахованої особи у разі смерті найближчих родичів, якщо померлого родича було госпіталізовано до поїздки Застрахованої особи за кордон, і про таку госпіталізацію Застрахована особа знала чи могла знати; •трансплантацією органів та/чи тканин незалежно від діагнозу та/чи медичних показань; •проведенням будь-яких пластичних, а також косметичних чи естетичних оперативних втручань; •будь-яким видом протезування; •зі зміною статі та/чи психологічними/психічними розладами, та/чи будь-якими гендерними проблемами; •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); •будь-якою вакцинацією, її наслідками, будь-якими її ускладненнями. Якщо з наданих Страхувальником (особою, яка звернулась за страховою виплатою) документів неможливо встановити дату настання страхового випадку, то такий випадок страховим не визнається. Договір страхування не укладається стосовно осіб віком понад 75 років. Страхування таких осіб можливе шляхом встановлення додаткових умов страхування та збільшення суми страхового платежу після проведення медичного андерайтингу. Для осіб віком до 75 років за рядом вікових категорій Договір укладається лише із застосуванням підвищуючих коефіцієнтів. Страхувальниками (Застрахованими особами) не можуть бути особи: •визначені у встановленому порядку недієздатними; •із встановленою інвалідністю I групи та непрацюючі особи із встановленою інвалідністю II групи;
--	---

	• які на момент укладення Договору мають наступне(і) захворювання та/чи стан(и): - СНІД, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія; - будь-які форми серцево-судинних захворювань, які супроводжуються хронічною серцево-судинною недостатністю (незалежно від функціонального класу) та/або нападами аритмії та/або гіпертонічними кризами та/або гострими порушеннями коронарного кровотоку (інфаркт) та/або будь-яким кардіохірургічним втручанням в анамнезі; - інсулін-залежна форма цукрового діабету; - будь-яке хронічне захворювання в стадії декомпенсації та/або яке вимагає постійного прийому медичних препаратів та/або регулярного стаціонарного лікування (не рідше одного разу на рік); - будь-які новоутворення головного чи спинного мозку, хребта, життєво-важливих органів; - будь-які злоякісні новоутворення та їх ускладнення; - будь-які види енцефалопатій та/або гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), в тому числі в анамнезі; - із будь-якими психічними захворюваннями та/або розладами. Якщо виявиться, що на дату укладення Договору Страхувальник (Застрахована особа) була особою, зазначеною в Договорі як така, що не може бути застрахована/не приймається на страхування, 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. За Договором не відшкодовуються будь-які випадки заподіяння непрямих збитків, зокрема, послуги перекладача, моральна шкода, неустойка (штраф, пеня), упущена вигода, витрати, не передбачені Договором тощо, а також витрати на отримання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку. Договором страхування винятки із страхування та обмеження страхування можуть бути звужені, розширені та/чи змінені.
11) порядок вирішення спорів	Спори, що виникають у зв'язку з виконанням умов Договору, вирішуються Сторонами в порядку, передбаченому чинним законодавством України про захист прав споживачів та в судовому порядку.
12) контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	1) У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа (її представник) / Страхувальник / Вигодонабувач має звернутись до Асистуючої компанії, контакти якої зазначені в Договорі страхування (в залежності від програми страхування та території дії Договору страхування). 2) Адреса для направлення документів/листування: 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 96, ТДВ «СК «ГАРДІАН»; 3) номер телефону: 0 800 503 114; 4) адреса електронної пошти: med@grdn.com.ua або office@grdn.com.ua; 5) направити повідомлення можна з офіційного сайту Страховика за формою зворотного зв'язку на сторінці «контакти»: https://grdn.com.ua/contacts/.