

Додаток 1
до Положення про розкриття
інформації про страховика та
страховий продукт, розміщення
інформаційного документа про
стандартний страховий продукт на
вебсайтах страховиків та страхових
посередників
(пункт 10)



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»
(назва страхового продукту)

договори страхування укладаються у порядку, передбаченому Законами України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії», «Про електронну комерцію»

Цей документ містить загальну інформацію про страховий продукт та не є пропозицією щодо укладення договору страхування. Зазначена інформація потрібна для розуміння сутності, ризиків, потенційних вигод та збитків цього продукту і допомагає порівняти його з іншими продуктами.

Таблиця

№ з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення Страховиком
1	2	3
1	1. Інформація про страховика	
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ГАРДІАН», код за ЄДРПОУ 35417298
3	Номер і дата витягу з Реєстру	Витяг із Державного реєстру фінансових установ №27-0024/33313 від 30.04.2024
4	Місцезнаходження страховика	Україна, м. Київ, вул. Саксаганського, 96
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://grdn.com.ua/
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Основне (завжди наявне в договорі страхування): Клас 18 – Страхування витрат, пов’язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі. Ризики в межах класу 18: Страхування медичних витрат. Додаткове (за вибором страхувальника може бути відсутнє в договорі страхування): Клас 1 – страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання).

		Ризики в межах класу 1: страхування від нещасного випадку. Продукт призначений для страхування життя і здоров'я осіб віком в передбачених програмою страхування межах (далі – Застраховані особи) під час здійснення ними подорожі територією України на випадок раптової хвороби чи нещасного випадку протягом періоду дії та на території дії договору страхування (далі – Договір чи Договір 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. 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. Умисні протиправні дії третіх осіб до нещасних випадків не належать в розумінні умов Договору (цього страхового продукту). 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).
8	Страхові ризики та обмеження страхування	Страхові ризики за Класом 18: 1. раптова хвороба Застрахованої особи; 2. нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою; 3. 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).

Страхові ризики за Класом 1 (включаються як не обов'язкові за бажанням клієнта за додаткову страхову премію):

1. смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
2. стійкий розлад функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності Застрахованої особи – встановлення їй первинної інвалідності I, II чи III групи або категорії дитина з інвалідністю внаслідок нещасного випадку.

Обмеження страхування:

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.
9	Територія та строк дії договору страхування	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). 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. При цьому дія страхового захисту за Договором: - 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, - 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). Конкретний строк дії Договору зазначається в ньому (його індивідуальній частині) в межах 365 днів. Продовження строку дії Договору не передбачене.
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	Розміри страхової суми (загальний ліміт відповідальності) встановлюються за вибором страхувальника від 1000,00 грн. до 200000,00 грн. Умовами Договору можуть бути встановлені ліміти відповідальності також: за окремими ризиками, видами медичних та додаткових витрат, а також ліміти страхових виплат в разі порушень Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем умов Договору страхування.
11	Франшиза	Франшиза безумовна застосовується у всіх випадках, включаючи випадки, за якими є обмеження (встановлені ліміти відповідальності), встановлюється в грошовій одиниці страхової суми Договору, зазначається в Договорі страхування/його індивідуальній частині. Може

		дорівнювати нулю.
12	Розмір страхової премії /страхового тарифу	Розмір страхової премії на один об'єкт страхування знаходиться в межах від 100,00 грн. (верхня межа не обмежується). Страхові тарифи застосовуються згідно тарифікаторів програм. Розмір страхової премії протягом дії Договору змінений бути не може.
13	Порядок та строки сплати страхової премії	Страхова премія сплачується одноразово за весь період дії Договору в день його укладення в загальній сумі, що відповідає обраним Страхувальником умовам програми страхування і зазначається в Договорі страхування/його індивідуальній частині, згідно зазначених в такому Договорі страхування/його індивідуальній частині реквізитів.
14	Обов'язки сторін	Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач зобов'язаний: •сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування; •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; •інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування; •вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку; •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; •виконувати всі розпорядження та рекомендації Асистуючої компанії (Страховика); •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; •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); •повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета цього Договору; •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; • 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; • 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; • надавати на запити Страховика інформацію та документи, що мають суттєве значення для вирішення питання про страхову виплату; • 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 • 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; • виконувати всі взяті на себе за Договором зобов'язання. Страховик зобов'язаний: • у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений Договором або законом строк; • забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування»; • 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.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	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 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. 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. 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.
16	3. Здійснення страхових виплат	
17	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). 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 мету своєї подорожі, зокрема: • Договір страхування або його копію; • копію документу, що засвідчує мету, характер та строки подорожі територією України. 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. У випадку, коли Застрахована особа з поважних причин не зв'язалась із Асистансом для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна самостійно оплатити вартість наданої їй медичної, медико-транспортної допомоги та інших послуг, вона зобов'язана узгодити із Асистансом чи Страховиком виставлений закладом, що надав допомогу (послугу), рахунок (обґрунтованість суми витрат за надані послуги) до його оплати. 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).
18	Порядок здійснення та розрахунку розміру 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 суми 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. Якщо умови Договору (його індивідуальної частини) передбачають наявність відмінної від нуля франшизи, то при розрахунку суми страхової виплати із суми документально підтверджених витрат вираховується сума франшизи. Якщо умовами Договору передбачені ліміти відповідальності Страховика за окремими ризиками/видами послуг тощо, то сума страхової виплати обмежується сумою ліміту (якщо документально підтверджені витрати перевищують таку суму). 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. 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. 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.
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	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 та/чи кремацією; • 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 здійснення подорожі; • 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 почались ще під час перебування в країні постійного проживання (незалежно від часу діагностування), крім випадків надання медичної
--	--	---

		допомоги в зв'язку з гострим болем та/чи в обсязі, необхідному для рятування життя Застрахованої особи за наявності прямої загрози життю Застрахованої особи; •захворювань чи станів, лікування та діагностику за якими можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до повернення до 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, 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, ангіопластиком за допомогою стента (стентування), накладанням анастомозів, шунтів, пластиком 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 покриття обстежень та подальшого лікування); •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 COVID-19; •ГРВІ, грипу, ентеровірусних чи будь-яких інших інфекційних (вірусних чи бактеріальних) захворювань, харчових отруєнь за відсутності симптомів гіпертермії (температури тіла 38,5 і вище) та/чи зневоднення, що вимагає інфузійної терапії; •сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання; •отитів, видалення сірчаних пробок; •гострої та хронічної променевої хвороби. Не відшкодовуються витрати, пов'язані із: •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 до 1 року та віком понад 75 років. Страхування таких осіб можливе шляхом встановлення додаткових умов страхування та збільшення суми страхового платежу після
--	--	--

		проведення медичного андерайтингу та із застосуванням підвищуючих коефіцієнтів. 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. Умовами Договору перелік винятків може бути звужений або розширений чи частково змінений. Підстави для 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 чи договором страхування.
20	4. Інша інформація	
21	Форма договору страхування	Договір укладається в письмовій формі – у формі паперового або електронного документу.
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	Головний офіс (місцезнаходження) Страховика та/або його відокремлений підрозділ та/або страховий посередник.
23	Інша інформація про страховий продукт	Відсутня
24	Посилання на документи, у	Загальні умови страхового продукту «Страхування

	яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	медичних витрат під час подорожі» розміщені на офіційному сайті Страховика за посиланням: https://grdn.com.ua/docs/conditions/vzk-n32-201223.pdf Загальні умови страхового продукту «Страхування від нещасних випадків» розміщені на офіційному сайті Страховика за посиланням: https://grdn.com.ua/docs/conditions/nv-n28d1-081223.pdf Умови публічної частини договору страхування (приєднання) за цим страховим продуктом розміщені на сайті Страховика на сторінці: https://grdn.com.ua/publicnij-dogovir-oferta/
--	--	---