ПУБЛІЧНА ОФЕРТА ЩОДО УКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ, ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА МЕЖІ УКРАЇНИ. ПРОГРАМА «E-VECTOR». **ПУБЛІЧНА ЧАСТИНА ДОГОВОРУ**

Затверджено наказом Голови Правління
ПрАТ «СК «Перша №09-ОД від «01» лютого 2024 року _____ Наталія ВАСИЛИНА

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ця Публічна оферта щодо укладання електронного Договору добровільного страхування медичних витрат, від нещасних випадків подорожуючих за межі України за Програмою «E-VECTOR» (надалі – «Оферта») є офіційною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова Компанія «Перша» (надалі – «Страховик»), що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (надалі – «Клієнти»), укласти зі Страховиком електронний Договір добровільного страхування медичних витрат, від нещасних випадків подорожуючих за межі України. Програма «E-VECTOR».

1.2. Реквізити Страховика: повна назва - Приватне акціонерне товариство «Страхова Компанія «Перша», скорочена назва - ПрАТ «СК «Перша»; адреса: вул. Фізкультури, буд. 30, м. Київ, 03150, Україна; код ЄДРПОУ 31681672; сторінка в інтернет-мережі (веб-сайт): https://persha.ua; адреса електронної пошти: office@persha.ua. Страховик є платником податку на прибуток на загальних підставах, встановлених для страхових компаній відповідно до Податкового кодексу України.

1.3. Клієнт - дієздатна фізична особа, яка розглядає можливість укладання електронного Договору добровільного страхування медичних витрат, від нещасних випадків подорожуючих за межі України за Програмою «E-VECTOR» (надалі – Договір) відповідно до умов цієї Оферти.

1.4. Ця Оферта нумерується та затверджується Страховиком, оприлюднюється та є доступною для ознайомлення на власному веб-сайті Страховика за наступним посиланням: https://persha.ua.

1.5. Ця Оферта є стандартною формою (в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України), яку може акцептувати Клієнт шляхом приєднання до Договору в цілому. Ця Оферта складена відповідно до законодавства України, в тому числі Закону України «Про страхування», Цивільного кодексу України, Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

1.6. Страхувальник – Клієнт (дієздатна фізична особа), який уклав зі Страховиком Договір в порядку, визначеному цією Офертою.

1.7. Сторони Договору – Страхувальник та Страховик разом, кожен окремо – Сторона.

1.8. Договір, укладений між Страховиком та Страхувальником, складається з цієї Оферти (Публічної частини Договору) та Індивідуальної частини Договору (надалі – ІЧД), що є невід'ємними одна від одної та складають єдиний документ.

1.9. Договір між Сторонами укладається шляхом підписання Сторонами Індивідуальної частини Договору (шляхом приєднання), підписанням якої Клієнт приєднується до Договору в цілому. Інформація про Страхувальника та Вигодонабувача зазначається в ІЧД. Датою укладення Договору є дата підписання Клієнтом ІЧД за допомогою одноразового ідентифікатора.

1.10. Договір підписується Страховиком шляхом нанесення на нього факсимільного відтворення підпису уповноваженої особи Страховика та відтворення відбитка печатки Страховика, нанесених за допомогою засобів копіювання.

1.11. Безумовним прийняттям (акцептом) умов цієї Оферти Клієнтом вважається підписання ІЧД електронним підписом із застосуванням одноразового ідентифікатора (введення пароля, отриманого на засіб мобільного зв'язку) та сплата у повному обсязі страхового платежу на рахунок Страховика. Датою сплати вважається дата зарахування грошових коштів на рахунок Страховика. Підписання Клієнтом Індивідуальної частини Договору одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Клієнтом Договору у відповідності до вимог статті 12 Закону України «Про електронну комерцію».

1.12. Примірник укладеної Індивідуальної частини Договору (з номером, присвоєним Страховиком) та її невід'ємна частина Оферта (Публічна частина Договору) надаються Страхувальнику шляхом направлення її на адресу електронної пошти Страхувальника та/або на засіб мобільного зв'язку із застосуванням контактних даних, зазначених Страхувальником в Індивідуальній частині Договору.
1.13. Підписанням Індивідуальної частини Договору, Страхувальник підтверджує, що:
1.13.1. Має необхідний обсяг дієздатності для укладення Договору.
1.13.2. З Правилами та умовами страхування (визначеними в Індивідуальній частині Договору та Публічній частині Договору) ознайомлений, згодний, всі умови страхування є зрозумілими.
1.13.3. До підписання Індивідуальної частини Договору Страхувальнику надано та належним чином роз'яснено інформацію, що зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» №2664-III від 12.07.2001.
1.13.4. Надає згоду на отримання Договору, пропозицій про внесення змін/доповнень до укладеного Договору на електронну адресу та/або на засіб мобільного зв'язку.
1.13.5. Надає згоду на підписання Страховиком ІЧД та на використання в усіх без виключення договірних відносинах зі Страхувальником, при здійсненні переписки з ним, в тому числі ділової, при посвідченні документів від імені Страховика особистого підпису уповноваженої на такі дії особи або факсимільного відтворення підпису уповноваженої особи Страховика та відтворення відбитка печатки Страховика, нанесених за допомогою засобів копіювання, наведених нижче:

Уповноважена особа Страховика	Зразок підпису уповноваженої особи та печатки
Голова Правління ПрАТ «СК «Перша» **Наталія ВАСИЛИНА**	

1.13.6. Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних»: ознайомлений із правами, що має Страхувальник відповідно до змісту статті 8 Закону України «Про захист персональних даних», та дає згоду Страховику на обробку та використання персональних даних Страхувальника виключно з метою та в межах виконання вимог законодавства України, посвідчує, що повідомлення про включення даних про Страхувальника до бази персональних даних клієнтів Страховика отримано.
1.14. Договір укладається на підставі:
1.14.1. Правил добровільного страхування медичних витрат №13 (нова редакція), затверджених 30.05.2023;
1.14.2. Правил добровільного страхування від нещасних випадків №10 (нова редакція), затверджених 30.05.2023 (надалі разом – Правила);
1.14.3. ліцензії серії АЕ №198821, строк дії з 13.11.2007, безстроковий, виданої Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг;
1.14.4. ліцензії серії АЕ № 198815, строк дії з 17.04.2008, безстроковий, виданої Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг
1.15. Фіксація підписання ІЧД Страхувальником здійснюється Страховиком в електронному вигляді та зберігається в ІТС Страховика. Сторони погоджуються, що виписки з ІТС Страховика можуть використовуватись як докази при розгляді спорів, у тому числі в судовому порядку. ІТС (інформаційно-телекомунікаційна система) - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, що у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком (або укладеного Договору в частині істотних умов Договору здійснюються шляхом направлення не пізніше 5-ти (п'яти) робочих днів до дня запланованої зміни істотних умов Договору повідомлення у формі, що дає можливість встановити дату відправлення такого повідомлення, в тому числі на електронну адресу Страхувальника та/або засіб мобільного зв'язку.
1.16. Сторони приймають на себе зобов'язання за необхідності відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу однієї зі Сторін або уповноваженої законодавством особи Договір виготовляється на паперовому носії протягом 5-ти (п'яти) робочих днів з дати отримання такої

вимоги та у разі необхідності засвідчується підписом уповноваженої особи і печаткою (у разі її застосування в діяльності відповідної Сторони).
1.17. Ця Оферта діє з дати її оприлюднення на веб-сайті Страховика та до дати оприлюднення на веб-сайті Страховика повідомлення про припинення її дії в цілому. Всі Договори, що укладені в період дії цієї Оферти, діють до закінчення строку дії на умовах, визначених в цій Оферті. При цьому строк дії Договору, укладеного з конкретним Страхувальником, визначається в ІЧД.

2. ТЕРМІНИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ЦЬОМУ ДОГОВОРІ

2.1 **Аматорські види спорту** – це види спорту, в яких учасники займаються переважно або повністю без винагороди.
2.2 **Близькі родичі та члени сім'ї застрахованої особи (надалі - ЗО) -** чоловік, дружина, батько, мати, вітчим, мачуха, син, дочка, пасинок, падчерка, рідний брат, рідна сестра, дід, баба, прадід, прабаба, внук, внучка, правнук, правнучка, усиновлювач чи усиновлений, опікун чи піклувальник, особа, яка перебуває під опікою або піклуванням, а також особи, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом і мають взаємні права та обов'язки, у тому числі особи, які спільно проживають, але не перебувають у шлюбі.
2.3 **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 та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.
2.4 **Загроза життю та здоров'ю** – стан ЗО, при якому ненадання негайної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму ЗО, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання, смерті ЗО.
2.5 **Ідентифікація** – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його страхового агента з метою укладання Договору або отримання страхового відшкодування.
2.6 **Інформаційно-телекомунікаційна система** - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком або його страховим агентом для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.
2.7 **Ідентифікація Страхувальника в ІТС** - підтвердження повноважень Страхувальника на доступ в ІТС Страховика або його страхового агента шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.
2.8 **Країна постійного проживання** — країна, під юрисдикцією якої знаходиться місце постійного проживання фізичної особи або країна, громадянином якої є фізична особа.
2.9 **Ліміт відповідальності (ліміт зобов'язань) Страховика** – сума, що не перевищує встановлену в Договорі страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. Ліміти відповідальності Страховика за Програмами страхування зазначені в ІЧД.
2.10 **Медичні витрати –** витрати на амбулаторне, стаціонарне лікування та придбання ліків за призначенням лікаря, необхідність яких виникла внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання/загострення хронічної хвороби.
2.11 **Медична допомога –** діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.
2.12 **Медичний заклад (надалі МЗ) -** заклад охорони здоров'я, що надає медичну допомогу та послуги відповідно до вимог законодавства країни постійного проживання/тимчасового перебування.
2.13 **Медична послуга** – дія, спрямована на діагностику та лікування захворювань Страхувальника/ЗО із залученням персоналу медичного закладу. Медичні послуги включають:
- огляд та консультацію лікаря;
- проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- виконання діагностичних та лікувальних процедур і маніпуляцій;
- проведення оперативних втручань;
- забезпечення лікарськими засобами, призначеними лікарем;

- послуги при перебуванні в медичному закладі (харчування, надання ліжка).

2.14 **Медикаментами** – ліки та витратні медичні матеріали (а саме: шприці, крапельниці, медичний бинт та вата), необхідні при наданні медичних послуг.

2.15 **Місце постійного проживання** – місце/адреса, за якою ЗО постійно проживає на території України/країни громадянства.

2.16 **Невідкладний стан ЗО** – раптове погіршення фізичного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю ЗО або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

2.17 **Нещасний випадок** – обмежена в часі подія або раптовий вплив на Страхувальника/ЗО небезпечного виробничого фактору/небезпечного фактору, виробничого середовища/середовища, що сталися у процесі виконання ним трудових обов'язків/в побуті, або в дорозі (на транспортному засобі підприємства чи за дорученням роботодавця), внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю, зокрема від одержання поранення, травми, у тому числі внаслідок тілесних ушкоджень, гострого професійного захворювання (отруєння) та інших отруєнь, одержання сонячного або теплового удару, опіку, обмороження, а також у разі утоплення, ураження електричним струмом, блискавкою та іонізуючим випромінюванням, одержання інших ушкоджень внаслідок аварії, пожежі, стихійного лиха (землетрусу, зсуву, повені, урагану тощо), контакту з представниками тваринного та рослинного світу, що призвели до смерті, травматичного ушкодження або стійкого розладу функцій організму Страхувальника/ЗО.

2.18 **Одноразовий ідентифікатор –** алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. Одноразовий ідентифікатор може бути використаний для внесення змін та/або доповнень до електронного договору та його припинення.

2.19 **Опція** – перелік медичних та/або додаткових послуг Договору, що передбачають конкретну послугу або групу послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі у разі настання зазначених у Договорі страхових випадків.

2.20 **ПЛР-аналіз (полімеразна ланцюгова реакція)** – метод діагностики інфекцій, заснований на аналізі генетичного матеріалу (ДНК і РНК). Для діагностики використовується слина, кров, харкотиння, виділення статевих органів та інші біологічні матеріали, в залежності від цілей дослідження.

2.21 **Програма страхування** – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, медико-транспортних та інших послуг медичного призначення певного обсягу та якості, що надаються ЗО згідно з Договором. Програма страхування обирається Страхувальником під час укладення Договору, опис якої зазначений в ІЧД.

2.22 **Професійний спорт,** на відміну від аматорського, - це спорт, в якому спортсмени отримують винагороду за свої результати.

2.23 **Раптове захворювання** – гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або гострим станом ЗО, що становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання негайної медичної допомоги. Під загрозою здоров'ю та/або життю ЗО розуміється стан ЗО, при якому ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання, або смерті ЗО.

2.24 **Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку** – травматичне ушкодження здоров'я (травми, у т. ч. отримані внаслідок заподіяних тілесних ушкоджень іншою особою, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля і т. ін.), втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, тепловий удар, обмороження, опік, переохолодження (за винятком застудного захворювання), утоплення, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу) тощо; зараження інфекційним захворюванням, якщо інфекційна речовина потрапляє в тіло ЗО через поранення в результаті нещасного випадку; захворювання кліщовим енцефалітом або поліомієлітом; вивихи, розтягнення, розриви органів, у тому числі розрив хребетного стовпа, поранення органів, ушкодження в кінцівках, викликані зусиллями ЗО внаслідок нещасного випадку.

2.25 **Страховий захист** – зобов'язання Страховика, визначені Договором, зі здійснення страхової

виплати у разі настання страхового випадку, що настав протягом строку дії Договору.
2.26 **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором, яка відбулась під час дії Договору і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату/надати допомогу/виконати послугу ЗО або іншій третій особі.
2.27 **Франшиза -** частина збитків Страхувальника, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

3.1. В частині **добровільного страхування медичних витрат (надалі – МВ):** Предметом Договору є майнові інтереси Страхувальника, що не суперечать закону, і пов'язані з життям, здоров'ям Страхувальника/ЗО, а також медичними та додатковими витратами, що пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником/ЗО подорожі/поїздки за межі України.
3.2. В частині **добровільного страхування від нещасних випадків (надалі – НВ):** Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника/ЗО.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Страховими ризиками є ймовірність та випадковість настання наступних подій – раптового захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку, смерті ЗО, інших подій, відшкодування витрат яких передбачено Програмою.
4.2. Страховим випадком за цим Договором є подія, що не потрапляє під виключення або обмеження страхування, яка відбулась протягом строку дії Договору та на території його дії, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату шляхом відшкодування Асистансу/ ЗО (або її законним представникам)/ Вигодонабувачу документально підтверджених витрат, за надану екстрену, невідкладну медичну допомогу та додаткові послуги для ЗО, у межах умов та лімітів страхування, передбачених Програмою страхування, при зверненні ЗО/Страхувальника/Вигодонабувача (або іншої особи) до Асистансу/Страховика/медичного закладу згідно з умовами та порядком, передбаченими Договором.
4.3. **При страхуванні МВ** та додаткових витрат страховими випадками визнаються:
4.3.1. екстрена медична допомога;
4.3.2. невідкладна стаціонарна допомога:
4.3.2.1. у випадку, якщо ЗО отримує послуги невідкладної стаціонарної допомоги, узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, та під час перебування в стаціонарі закінчився ліміт днів перебування за кордоном, встановлений Договором страхування, Страховик залишає за собою право оплачувати послуги лікування ЗО за кордоном та репатріацію ЗО, у межах 5 000 (п'яти тисяч) у.о. (у випадку, передбаченому п. 4.3.8. — у межах 3 000 у.о.) до тих пір, доки стан здоров'я хворого не дозволить перевезти його в Україну.
4.3.3. невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога:
4.3.3.1. у разі раптового розладу здоров'я або травмування внаслідок нещасного випадку Страховик у будь-якому випадку відшкодовує витрати на першу консультацію лікаря. Подальше рішення про оплату витрат приймається на підставі встановленого діагнозу та висновку лікаря.
4.3.4. невідкладна допомога при ускладненні вагітності по 26-й тиждень вагітності (включно). Якщо термін вагітності 26 тижнів і один день, медичні послуги оплачує ЗО без участі Страховика.
4.3.5. невідкладна стоматологічна допомога, в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування;
4.3.6. транспортування за медичними показаннями до лікувального закладу або до лікаря, репатріація (медична евакуація) із-за кордону до місця постійного проживання або до лікувального закладу;
4.3.7. репатріація тіла ЗО із-за кордону до місця попереднього (постійного) проживання:
4.3.7.1. при цьому Страховик відшкодовує витрати на:
4.3.7.1.1. оформлення документів для репатріації, кремації, поховання;
4.3.7.1.2. підготовку тіла до репатріації, кремації, поховання з дотриманням всіх необхідних, достатніх формальностей, у відповідності до норм та вимог здійснення міжнародних перевезень та законодавства країни, де настала смерть;
4.3.7.1.3. транспортування тіла (останків);
4.3.7.1.4. вибір похоронного агентства (бюро) здійснює Страховик/Асистуюча компанія.

4.3.7.1.5. транспортування за допомогою санітарної авіації в умовах поганої транспортної доступності або великої віддаленості від медичних установ можливе у випадках екстреної медичної допомоги, якщо існує загроза життю ЗО. Страхова виплата завжди здійснюється з франшизою 20%.
4.3.8. діагностика (при наявності підозри на COVID-19) та лікування COVID-19, медичну евакуація та репатріацію тіла, в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування;
4.3.9. витрати на телефонне повідомлення в Асистуючу компанію про страховий випадок (телекомунікаційні послуги) в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування;
4.3.10. витрати на евакуацію дітей до 14 років до місця постійного проживання, які залишилися без нагляду дорослої особи (віком понад 18 років), у зв'язку з погіршенням стану здоров'я ЗО або її смертю.
4.4. **За умовами страхування НВ**.
4.4.1. Втрата здоров'я Страхувальника/ЗО внаслідок нещасного випадку із визнанням ЗО особою з інвалідністю, та встановленням ЗО:
4.4.1.1. першої групи інвалідності;
4.4.1.2. другої групи інвалідності;
4.4.1.3. третьої групи інвалідності;
4.4.1.4. категорії дитина з інвалідністю.
4.4.2. смерть Страхувальника/ЗО внаслідок нещасного випадку.
4.5. Страхові випадки, зазначені у пп. 4.4.1. - 4.4.2. Договору, визнаються, якщо вони настали внаслідок нещасного випадку, що відбувся протягом строку дії Договору та підтверджений документами компетентних органів.
4.6. Смерть ЗО визнається такою, що настала внаслідок нещасного випадку, якщо смерть ЗО настала протягом 4 місяців від дня настання нещасного випадку незалежно від дати закінчення строку дії Договору.
4.7. Факт відсутності трупа ЗО, неможливості його ідентифікації або неможливості встановлення причини смерті ЗО призводить до невизнання випадку «смерть внаслідок нещасного випадку» страховим, за виключенням випадків, коли цей факт встановлено у судовому порядку.
4.8. Страховий захист за цим Договором щодо конкретної Застрахованої особи діє 24 (двадцять чотири) години на добу протягом строку дії Договору.

5. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ. ФРАНШИЗА

5.1. Страховий тариф зазначається в ІЧД.
5.2. Страховий платіж за Договором, порядок сплати страхового платежу за Договором зазначається в ІЧД.
5.3. Франшиза застосовується при оплаті медичних послуг (окрім послуги «Невідкладна стоматологічна допомога»). Валюта франшизи відповідає валюті страхової суми, що зазначена в ІЧД.

6. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

6.1. Строк дії Договору зазначається в ІЧД.
6.2. Договір може бути укладеним з кількістю днів на строк однієї поїздки («**Одноразова»**) або кількох подорожей («**Багаторазова»)** протягом строку дії Договору:
6.2.1. якщо в ІЧД у графі **«Строк перебування/ Period of stay**» зазначено **«Одноразова»**, то здійснюється одна подорож протягом строку дії Договору;
6.2.2. якщо в ІЧД у графі **«Строк перебування/ Period of stay**» зазначено **«Багаторазова»**, то здійснюється кілька подорожей протягом строку дії Договору. При цьому в ІЧД зазначено загальний строк дії Договору та максимальний строк перебування ЗО за кордоном (протягом всіх подорожей), протягом якого діє страховий захист за Договором. Після закінчення ЗО кожної подорожі максимальний строк перебування за кордоном, протягом якого діє страховий захист за Договором, зменшується на фактичну кількість днів перебування ЗО в подорожі.
6.3. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в ІЧД як дата початку загального строку його дії, але у будь-якому разі за умови сплати страхового платежу в повному обсязі на поточний рахунок Страховика до початку строку дії Договору, зазначеного в ІЧД.
6.4. У разі несплати страхового платежу у розмірі та строки, визначені в ІЧД, цей Договір вважається таким, що не набрав чинності.
6.5. Дія Договору припиняється з 24 години 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в ІЧД як дата припинення загального строку його дії.

6.6. Якщо при укладанні Договору ЗО знаходиться за межами України, страховий захист починає діяти не раніше 00 годин 00 хвилин (за київським часом) 6 (шостого) календарного дня, наступного за днем його укладання, за умови сплати на поточний рахунок Страховика страхового платежу в повному розмірі, визначеному в ІЧД та у передбачені Договором строки.

6.7. За Договором, укладеним для здійснення кількох подорожей протягом строку дії Договору «**Багаторазова»** страховий захист припиняє діяти з моменту проходження ЗО паспортного контролю під час в'їзду до країни постійного проживання, але не пізніше 24 години 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в ІЧД як дата припинення строку його дії (з урахуванням умов, зазначених у п. 6.2.2. цієї Оферти).

6.8. Підтвердженням факту проходження ЗО паспортного контролю під час виїзду з та/або в'їзду до України є відмітка уповноваженого державного органу про перетин державного кордону України у паспорті ЗО або, якщо така відмітка не була проставлена – документи, які підтверджують факт знаходження ЗО на території держави, іншої ніж Україна під час виїзду з України, або на території України під час в'їзду (квитки (авіа-, з/д-, авто-), посадковий талон, реєстраційна картка готелю і таке інше).

6.9. **Договір діє в межах**, зазначених в ІЧД. В ІЧД можуть зазначатись країни світу, які розподілені на зони:

Місце дії договору	
Европа	Країни Європи, країни СНД в т.ч. Грузія (крім України, Болгарії)
Европа+	Країни Європи, в т.ч. Болгарія, країни СНД, в т.ч. Грузія, Туреччина, Ізраїль, Єгипет, Туніс, ОАЕ, Марокко, Алжир (крім України)
Весь світ	Весь світ (крім України, США, Канади, Японії, Австралії)
Весь світ +	Весь світ (крім України)

«**Европа**» («країни, які географічно віднесені до Європи», Країни «Шенгенської зони» та країни наближені до Європи (згідно переліку зазначеного в таблиці);

«**Европа+**» («країни, які географічно віднесені до Європи», Країни «Шенгенської зони», країни СНД та країни наближені до Європи (згідно переліку зазначеного в таблиці);

«**Весь світ**», крім США, Канада, Японія, Австралія, Ізраїль;

«**Весь світ+**», включаючи США, Канаду, Японію, Австралію та всі інші країни світу.

Скорочено – «Европа»: Австрійська Республіка, Князівство Андорра, Королівство Бельгія, Боснія і Герцеговина, Республіка Болгарія, Святий Престол (Ватікан), Велика Британія, Греція, Грузія, Королівство Данія, Естонська Республіка, Республіка Ірландія, Республіка Ісландія, Королівство Іспанія, Італійська Республіка, Республіка Кіпр, Латвійська Республіка, Князівство Ліхтенштейн, Литовська Республіка, Велике Герцогство Люксембург, Республіка Македонія, Республіка Мальта, Королівство Нідерланди, Королівство Норвегія, Республіка Польща, Португальська Республіка, Румунія, Республіка Сан-Маріно, Республіка Сербія, Словацька Республіка, Республіка Словенія, Турецька Республіка, Угорщина, Фінляндська Республіка, Французька Республіка, Федеративна Республіка Німеччина, Республіка Хорватія, Чеська Республіка, Чорногорія, Швейцарська Конфедерація, Швеція, за виключенням зон воєнних дій, конфліктів та прирівняних до них.

Скорочено – «СНД»: Азербайджанська Республіка, Республіка Вірменія, Республіка Молдова, Республіка Таджикистан, Туркменістан, Республіка Узбекистан, Киргизька республіка, за виключенням Республіки Білорусь, Російської Федерації, зон воєнних дій, конфліктів та прирівняних до них.

Скорочено – «Весь світ»: всі країни світу, за виключенням Республіки Білорусь, Російської Федерації, зон воєнних дій, конфліктів та прирівняних до них.

До «Території дії» не включаються:

- Україна;
- країна постійного проживання або громадянства ЗО;
- зони воєнних дій, конфліктів та прирівняних до них, країн, що перебувають під санкціями ООН, країн, що перебувають під санкціями Ради ЄС;
- зони епідемій за визначенням ВООЗ;
- Російська Федерація, Республіка Білорусь.

7. ГРУПИ РИЗИКУ

7.1. Категорії ризику, зазначаються в ІЧД та мають таке значення:

Заняття спортом:

7.1.1. **„К1" (аматорський рівень)** – страховий захист для ЗО діє під час заняття видами спорту на

аматорському рівні (крім спорту, передбаченого категоріями ризику „К2", „КЕ" згідно з п.п. 7.1.2-7.1.3. Договору), в тому числі участь у аматорських змаганнях, а саме:

7.1.1.1. легка атлетика, гімнастика, сквош, теніс, волейбол, баскетбол, бейсбол, ручний м'яч, хокей, хокей на траві, футбол, американський футбол, регбі, велоспорт, танці, катання на катамаранах, тваринах;

7.1.1.2. гірський туризм (трекінг) на висоті до 2000 метрів.

7.1.2. **„К2" (професійний рівень)** – страховий захист для ЗО діє під час заняття видами спорту, передбаченими:

7.1.2.1. категорією ризику „К1" згідно з п. 7.1.1. Договору;

7.1.2.2. видами спорту на професійному рівні (в тому числі участь у професійних змаганнях);

7.1.2.3. заняття гірськолижним спортом та сноубордом будь-якого рівня, крім екстремальних видів спорту, передбачених категорією ризику „КЕ" згідно з п.7.1.3. Договору.

Заняття спортом на професійному рівні – регулярні заняття будь-яким видом спорту, коли спорт є професійною діяльністю ЗО та при цьому метою подорожі (поїздки) ЗО є участь у змаганнях та/або підготовка до змагань.

7.1.3. **„КЕ" (екстремальні види) –** страховий захист для ЗО за цією категорією не передбачений Договором.

7.1.3.1. Під екстремальними видами спорту розуміється:

- альпінізм, гірський туризм (трекінг) на висоті до 2500 метрів, маунтенбайк, спелеотуризм;
- зимові види спорту та лижний туризм (види спорту інші, ніж передбачені категорією ризику „К2"), гірськолижний спорт та сноуборд в стилі фрірайд (поза підготовленими трасами гірськолижних курортів);
- водні види спорту та сплав річками (рафтинг, каякінг, сплав на катамаранах, серфінг, вейкбординг (водні лижі), парусний спорт та подібне); катання на гірках в аквапарку; підводне плавання (дайвінг, гідроспелеологія та подібне);
- полювання та риболовлі у важкодоступних та віддалених місцевостях;
- автоспорт, мотоспорт (в т.ч. поїздки на джипах, квадроциклах, мотоциклах та іншому транспорті поза дорогами загального користування); участь у перегонах на транспортних засобах або тваринах;
- повітряні види спорту; польоти з використанням безмоторних засобів, польоти в якості пілота; стрибки з висоти (роуп-джампінг, дельтапланеризм, парашутний спорт/стрибки з парашутом/польоти на повітряній кулі та інші); стрибки у воду; будь-які стрибки за допомогою спеціальних засобів (еластичний трос, трамплін тощо); фрістайл, акробатика, будь-яка циркова діяльність та подібне;
- важка атлетика, пожеже-прикладний спорт, бойові види спорту;
- інші види водного, повітряного, гірського та наземного екстремального спорту, крім зазначених в п. 7.1.3. Договору.

7.1.4. **До занять спортом не відносяться** і підвищувальний коефіцієнт не застосовується:

7.1.4.1. заняття шахами, шашками, городками, настільним тенісом, настільним футболом, гольфом, радіо спортом, туристичними подорожами зі спокійним ландшафтом, аквааеробікою, бадмінтоном, стрільбою в тирі, фітнесом, йогою, крикетом, більярдом, плавання під час відпочинку (у басейнах на територіях закладів для відпочинку, готелів, пансіонатів, баз відпочинку або у відкритих водоймах).

7.1.5. **Фізична праця:**

7.1.5.1. **група ризику „М"** – страховий захист діє під час виконання ЗО фізичної праці за наймом, не пов'язаною з високим ризиком настання страхового випадку, в тому числі офісні працівники, робітники сфери обслуговування, водії транспортних засобів.

7.1.5.2. **група ризику „М1"** – страховий захист діє під час виконання ЗО фізичної праці за наймом на посадах з важкою фізичною працею, на небезпечних роботах в нафтовій та газовій промисловості, інших роботах, яка має високий ризик настання страхового випадку, в тому числі члени екіпажу авіаційних та морських суден, шахтарі, пожежники, працівники охоронних структур.

7.1.6. **Активний відпочинок „А"** передбачає заняття активними видами відпочинку під час перебування за кордоном згідно з переліком:

- пішохідний туризм, велосипедні прогулянки;

- катання на картингах, квадроциклах, багі та подібні – по місцевості зі спокійним ландшафтом туристичного призначення;
- катання на ковзанах та санях (в т. ч. під час відпочинку на гірськолижному курорті, за виключенням катання на лижах, передбаченого категорією ризику „КЕ" згідно з п.7.1.3. Договору);
- катання на водних засобах розваг («банани», «таблетки», катери, водні лижі, катамарани, скутери, водні мотоцикли), сноркелінг (пірнання з маскою та трубкою), стрибки на батуті;
- веслування на байдарках, каное, каяках;
- виключенням є джайлоо-туризм (життя в первісному племені з усіма принадами кочового побуту) та інші види, передбачені категоріями ризику „К1", „К2", „КЕ".

7.1.7. **Вікові категорії:**

7.1.7.1. **„V1''** – особи віком від 60 до 65 років включно;

7.1.7.2. **„V2''** – особи віком від 60 до 65 років включно;

7.1.7.3. **„V3'** – особи віком від 66 до 75 років включно;

8. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

8.1. Дія Договору не поширюється на осіб, які на дату укладання Договору:

8.1.1. визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними/обмежено дієздатними;

8.1.2. є особами з інвалідністю I групи;

8.1.3. є особами з інвалідністю II групи;

8.1.4. є дитиною з інвалідністю;

8.1.5. мають тяжкі нервові захворювання;

8.1.6. мають пухлину головного мозку, пухлини спинного мозку та хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, травму/травми хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), гострий енцефаліт;

8.1.7. мають медичні протипоказання щодо подорожі/поїздки;

8.1.8. в стані раптового захворювання;

8.1.9. в стані загострення хронічної хвороби;

8.1.10. вагітні зі строком вагітності більше 26-ти тижнів;

8.1.11. хворі на захворювання серцево-судинної системи;

8.1.12. перебувають на лікуванні в умовах стаціонару;

8.1.13. знаходяться на обліку у наркологічному та психоневрологічному диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом, хворі на СНІД;

8.1.14. мають інсулін-залежну форму цукрового діабету;

8.1.15. не дотримуються вимог щодо обов'язкових щеплень та вакцинації;

8.1.16. відбувають покарання.

9. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

9.1. Не визнаються страховими випадками події:

9.1.1. що не передбачені як страховий випадок в Договорі;

9.1.2. що пов'язані з дією причин та обставин, що виникли до початку дії Договору;

9.1.3. що настали до початку строку дії Договору, або після закінчення строку дії Договору;

9.1.4. що настали за межами території дії Договору;

9.1.5. що спричинені отруєнням Страхувальника/ЗО будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим;

9.1.6. що настали внаслідок вчинення Страхувальником/ЗО протиправних дій;

9.1.7. що настали внаслідок скоєння/ спроби скоєння Страхувальником/ЗО злочину;

9.1.8. що настали внаслідок алкогольного сп'яніння, алкогольного отруєння, токсичного або наркотичного сп'яніння Страхувальника/ЗО;

9.1.9. що настали внаслідок самолікування Страхувальника/ЗО, вживання Страхувальником/ЗО ліків без призначення лікаря;

9.1.10. що настали внаслідок лікування Страхувальника/ЗО особою, яка не має медичної освіти, ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, лікування Страхувальника/ЗО фахівцями, які займаються нетрадиційним/альтернативним лікуванням;

9.1.11. що настали внаслідок самогубства/ спроби самогубства Страхувальника/ЗО;

9.1.12. що настали внаслідок свідомого знаходження Страхувальника/ЗО в місцях, що небезпечні для життя та/або здоров'я (місця проведення вибухових робіт, місця проведення будівельних робіт, військові полігони, тощо);

9.1.13. що настали внаслідок лікування Страхувальником/ЗО неврологічних або психічних

захворювань;
9.1.14. що настали внаслідок травматичних ушкоджень Страхувальника/ЗО, спричинених будь-яким інфекційним, бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення;
9.1.15. що настали внаслідок проходження Страхувальником/ЗО будь-яких експериментальних, дослідницьких процедур;
9.1.16. що настали внаслідок ядерного інциденту, ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення, іонізуючого випромінювання;
9.1.17. що настали внаслідок дій Страхувальника/ЗО, спрямованих на настання страхового випадку, незалежно від психічного стану;
9.1.18. що настали внаслідок керування Страхувальником/ЗО будь-яким транспортним засобом без права керування, або під впливом алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин, або передачі Страхувальником/ЗО керування особі, яка не мала права на керування транспортним засобом або яка перебувала під впливом алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин;
9.1.19. що настали внаслідок навмисного травмування Страхувальника/ЗО;
9.1.20. що настали внаслідок польоту ЗО на борту пілотованого літального апарату, за винятком польоту в якості пасажира на борту пасажирського літального апарату;
9.1.21. що настали внаслідок тренування ЗО на повітряному судні, пілотування ЗО повітряного судна будь-якого типу;
9.1.22. що настали внаслідок тренування ЗО пілотуванню планером, пілотування ЗО планером/перебування ЗО в якості пасажира на планері або планері, який пілотується вручну;
9.1.23. що настали внаслідок стрибків ЗО з парашутом;
9.1.24. що настали внаслідок участі Страхувальника/ЗО у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні воєнної техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільної особи;
9.1.25. що настали внаслідок будь-яких методів або способів лікування Страхувальника/ЗО неврологічних або психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресивного стану або розладів вищої нервової діяльності;
9.1.26. що настали внаслідок керування Страхувальником/ЗО або її пересування в якості пасажира на мотоциклі, моторолері або малому судні із об’ємом двигуна більше 50 куб. см;
9.1.27. смерть Страхувальника/ЗО від захворювань, що не були наслідком нещасного випадку;
9.1.28. що настали внаслідок доведення Страхувальника/ЗО до перегрівання (хворобливого стану, що може виникнути внаслідок тривалої дії на організм підвищеної температури зовнішнього середовища);
9.1.29. що настали внаслідок доведення Страхувальника/ЗО до зневоднення (тяжкого хворобливого стану організму, що виникає внаслідок браку рідини, необхідної для звичайної життєдіяльності усіх систем і органів);
9.1.30. що настали внаслідок доведення Страхувальника/ЗО до переохолодження.
9.2. Страховик не відшкодовує витрати Страхувальника/ЗО на медичну допомогу, пов‘язану з:
9.2.1. погіршенням стану здоров'я або смертю Страхувальника/ЗО внаслідок захворювання, що було діагностовано до початку строку дії Договору;
9.2.2. лікуванням хронічних захворювань;
9.2.3. здійснення професійного огляду;
9.2.4. корекцією ваги;
9.2.5. хірургічні втручання, пов‘язані з корекцією зовнішності;
9.2.6. хворобою Страхувальника/ЗО в стадії ремісії;
9.2.7. лікуванням будь-яких побічних, супутніх захворювань та/або симптомів;
9.2.8. лікуванням Страхувальника/ЗО у медичному закладі без погодження Асистансу;
9.2.9. необґрунтованим зверненням до Асистансу;
9.2.10. лікуванням Страхувальника/ЗО, розпочатим до початку строку дії Договору;
9.2.11. лікуванням Страхувальника/ЗО, розпочатим після закінчення строку дії Договору;
9.2.12. лікуванням Страхувальника/ЗО, що не є екстреним;
9.2.13. погіршенням стану здоров'я/смертю Страхувальника/ЗО під час подорожі/поїздки, здійсненої з наміром отримати лікування в межах території дії Договору;
9.2.14. загостренням хвороби Страхувальника/ЗО, що за попередні 6-ть місяців до дати подорожі/поїздки лікувалось або вимагало лікування;

9.2.15. стихійними лихами (явищами), епідеміями, карантином в межах території дії Договору;
9.2.16. стоматологічними послугами, за виключенням невідкладної стоматологічної допомоги, зазначеної в п. 4.3.5. Договору;
9.2.17. перериванням вагітності Страхувальника/ЗО;
9.2.18. вагітністю Страхувальника/ЗО після 26 тижнів;
9.2.19. штучним запліднення Страхувальника/ЗО;
9.2.20. лікуванням безпліддя Страхувальника/ЗО;
9.2.21. заходами по запобіганню вагітності;
9.2.22. протезуванням Страхувальника/ЗО;
9.2.23. придбанням засобів гігієни, протезів та ортопедичних виробів, загально-зміцнюючих препаратів, дитячого харчування;
9.2.24. придбанням окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, інвалідних візків, милиць, тощо;
9.2.25. діагностичними та лабораторними дослідженнями, що не є обов‘язковими у разі захворювання;
9.2.26. медичними послугами, не передбаченими Договором;
9.2.27. медичними послугами, не погодженими Асистансом;
9.2.28. реконструктивними та пластичними оперативними втручаннями;
9.2.29. вакцинацією Страхувальника/ЗО;
9.2.30. видачею медичних довідок Страхувальнику/ЗО;
9.2.31. проведенням відновлювальної терапії, реабілітації, фізіотерапії Страхувальнику/ЗО;
9.2.32. операціями на серці, судинах (в т.ч. стентування, шунтування), інші оперативні втручання, які проводяться із застосуванням апарату штучного кровообігу АШКО;
9.2.33. проведенням планових оперативних втручань;
9.2.34. будь-якими оперативними втручаннями, що можуть бути замінені на консервативну терапію, або відкладені до повернення в Україну. Виключенням є необхідність в оплаті екстрених оперативних втручань, які виконуються лікарем негайно (або в перші декілька годин після невідкладної госпіталізації) та призначені з метою рятування життя ЗО або для збереження цілісності органу при травмі. При цьому обов’язковою умовою для відшкодування Страховиком витрат є наявність медичного висновку (висновку Асистансу), що підтверджує відповідний важкий стан ЗО;
9.2.35. лікуванням, якщо поїздка за кордон була здійснена ЗО з наміром одержати це лікування. Оплата вартості лікування ускладнень та супутніх хвороб, які виникли під час такого лікування;
9.2.36. ангіографією, ангіопластикою, шунтуванням Страхувальника/ЗО;
9.2.37. обстеженням, лікуванням методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто-, натуротерапії та іншими методами недоказової медицини, водолікуванням, косметичним лікуванням, SPA-процедурами;
9.2.38. наданням засобів та послуг додаткового комфорту;
9.2.39. лікуванням Страхувальника/ЗО після дати медичної евакуації, можливої за медичними показаннями;
9.2.40. лікуванням Страхувальника/ЗО в межах країни постійного проживання Страхувальника/ЗО;
9.2.41. медичною евакуацією Страхувальника/ЗО всупереч медичних показань;
9.2.42. перевищенням межі необхідних витрат;
9.2.43. перевезенням Страхувальника/ЗО до іншого медичного закладу без погодження з Асистансом/Страховиком;
9.2.44. лікуванням наслідків впливу ультрафіолетового випромінювання;
9.2.45. хворобами, що передаються статевим шляхом;
9.2.46. гепатитом, онкологічними хворобами;
9.2.47. лікуванням наслідків потрапляння води до органів слуху;
9.2.48. лікуванням дерматитів;
9.2.49. захворюванням Страхувальника/ЗО на паразитарні, інфекційні хвороби;
9.2.50. вродженими вадами Страхувальника/ЗО;
9.2.51. керування Страхувальником/ЗО будь-яким транспортним засобом без права керування, або внаслідок передачі Страхувальником/ЗО керування транспортним засобом особі, яка не мала права на керування транспортним засобом, або особі, яка перебувала під впливом алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин;
9.2.52. заняттям Страхувальником/ЗО під час подорожі/поїздки активним відпочинком/аматорським

спортом в межах території дії Договору, передбачених категорією «К1», якщо не було зазначено в ІЧД та не сплачений відповідний страховий платіж;
9.2.53. заняттям Страхувальником/ЗО під час подорожі/поїздки професійним спортом в межах території дії Договору, передбачених категорією «К2», якщо не було зазначено в ІЧД та не сплачений відповідний страховий платіж;
9.2.54. заняттям Страхувальником/ЗО під час подорожі/поїздки екстремальними видами спорту на аматорському або професійному рівні в межах території дії Договору, передбачених категорією «КЕ»;
9.2.55. виконання фізичної праці Страхувальником/ЗО, у випадку, коли це не було зазначено в ІЧД, групі ризику «Робота за наймом» «М», та не сплачений відповідний страховий платіж;
9.2.56. виконання фізичної праці Страхувальником/ЗО, у випадку, коли це не було зазначено в ІЧД, групі ризику «Робота за наймом» «М1», та не сплачений відповідний страховий платіж;
9.2.57. заняттям Страхувальником/ЗО під час подорожі/поїздки активним відпочинком в межах території дії Договору, передбачених категорією «А», якщо не було зазначено в ІЧД та не сплачений відповідний страховий платіж;
9.2.58. участі у випробуваннях експлуатаційних та/або технічних характеристик ТЗ (в тому числі «тест-драйв»), автошоу, використанні ТЗ для навчальних поїздок.

9.3. Не підлягають оплаті/відшкодуванню витрати на діагностику, лікування та корекцію:

9.3.1. ТОРЧ інфекцій, вітряної віспи;
9.3.2. особливо небезпечних інфекційних хвороб, визначені МОЗ України. Виключенням є раптове захворювання Страхувальника/ЗО на коронавірусну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2/2019-nCoV, шифр за МКХ-10: U07.1 - COVID-19, підтвердженим лабораторним тестуванням (полімеразною ланцюговою реакцією - ПЛР), та смерть Страхувальника/ЗО протягом 30 календарних днів з дня раптового захворювання Страхувальника/ЗО на коронавірусну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2/2019-nCoV, шифр за МКХ-10: U07.1 - COVID-19, підтвердженим лабораторним тестуванням (полімеразною ланцюговою реакцією - ПЛР). Оплата невідкладної медичної допомоги, у разі виникнення раптового захворювання, пов'язаного з SARS-CoV-2 (COVID-19) в межах ліміту 3000 у.о. (на строк дії Договору);
9.3.3. психічних захворювань, психологічних проблем, психосоматичних розладів;
9.3.4. хвороб шкіри та підшкірної клітковини, в тому числі викликаних дією сонячного опромінення (сонячні опіки), алергічні реакції на шкірі (в тому числі внаслідок укусу комах);
9.3.5. астми, епілепсії, алергії. Надається тільки невідкладна допомога, направлена на спасіння життя Застрахованої особи;
9.3.6. загострення хронічних захворювань, в т.ч. цукрового діабету, туберкульозу, онкологічних захворювань (доброякісні, злоякісні) та їх ускладнення, передракових захворювання, хронічної ниркової та печінкової недостатності, цирозу, хвороб ендокринної системи, хвороб крові та кровотворних органів, аутоімунних захворювань, вірусних гепатитів (криптогенний гепатит), нервових захворювання (крім невритів). Виключенням є випадки ліквідації гострої смертельної небезпеки для життя Застрахованої особи (або зняття гострого болю) протягом 5 днів, при цьому обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком витрат є наявність медичного висновку (висновку Асистансу), що підтверджує відповідний важкий стан Застрахованої особи;
9.3.7. вроджених захворювань, вад розвитку, спадкових захворювань, професійних хвороб; хвороб, які стали причиною встановлення інвалідності; хвороб, загострення яких розвинулись до початку дії Договору;
9.3.8. міопії, гіперметропії, астигматизму, глаукоми, катаракти, інших захворювань зору (та порушень його функцій), крім випадків гострого больового синдрому та/або запального процесу, при наявності встановленого медичного діагнозу та призначеного лікування.

10. ЗМІСТ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

10.1. У разі настання страхового випадку, Страховик/Асистанс організовує та/або оплачує наступні послуги для ЗО, зазначені у Таблиці 1:

10.1.1. Надання «екстреної медичної допомоги»:

10.1.1.1. виїзд бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;
10.1.1.2. діагностично-лікувальні процедури, медикаментозне забезпечення в обсязі необхідному для надання екстреної (швидкої) медичної допомоги та стабілізації стану Страхувальника/ЗО;

10.1.1.3. транспортування Страхувальника/ЗО за медичними показниками до найближчого медичного закладу випадку необхідності надання екстреної (швидкої) медичної допомоги в умовах стаціонару.

10.1.2. Надання невідкладної стаціонарної допомоги:

10.1.2.1. перебування в звичайних палатах (без додаткового комфорту), реанімаційних палатах;

10.1.2.2. харчування, передбачене умовами медичного закладу;

10.1.2.3. терапевтичне лікування - консультації лікуючого лікаря та за його рекомендацією спеціалістів вузького профілю;

10.1.2.4. діагностично-лікувальні процедури в обсязі, необхідному для надання невідкладної допомоги та стабілізації стану Застрахованої особи;

10.1.2.5. екстрені оперативні втручання (призначені лікарем, в якості надання невідкладної допомоги), які неможливо замінити курсом консервативного (терапевтичного) лікування та відкласти до повернення в Україну;

10.1.2.6. медикаменти, одноразові засоби медичного призначення (шприци, бинти, тощо), в обсязі необхідному для надання невідкладної допомоги та стабілізації стану Застрахованої особи;

10.1.2.7. одноразові засоби особистого догляду, на час перебування в реанімаційній палаті.

10.1.3. Надання невідкладної амбулаторної допомоги:

10.1.3.1. в умовах медичного закладу широкого профілю:

10.1.3.1.1. первинна консультація лікаря;

10.1.3.1.2. діагностично-лікувальні процедури, вартість медикаментів оплачуються за рішенням Страховика/Асистуючої компанії в обсязі необхідному для надання невідкладної допомоги та стабілізації стану Застрахованої особи;

10.1.3.1.3. повторні консультації лікарів, оплачуються за рішенням Страховика/Асистансу, в кожному конкретному випадку, лише при ускладненнях захворювання та погіршені стану Застрахованої особи.

10.1.3.2. в умовах медичного закладу спеціалізованого (хірургічного, травматологічного) профілю:

10.1.3.2.1. малі хірургічні операції, які неможливо замінити курсом консервативного (терапевтичного) лікування та відкласти до повернення в Україну;

10.1.3.2.2. засоби фіксації при переломах кісток, розривах зв'язок;

10.1.3.2.3. у випадку настання нещасного випадку, за рішенням Страховика/Асистансу, можуть бути оплачені первинні хірургічні обробки (ПХО) рани та перев’язки – у кількості не більше 3 (трьох) за строк дії Договору.

10.1.3.3. при організації невідкладної медичної допомоги в амбулаторних умовах, пріоритетним є організація допомоги в медичному закладі. В разі відмови ЗО від запропонованого варіанту Асистансом, Страховик залишає за собою право на відшкодування вартості самостійно організованої консультації (вдома/готелі, або в іншому медичному закладі) з франшизою 50% (якщо можливий такий розрахунок), або з оплатою ЗО такої консультації самостійно, з подальшим відшкодуванням витрат (з франшизою 50%), після повернення в Україну.

10.1.4. Надання невідкладної стоматологічної допомоги. Ліміт 100 у.о.

10.1.4.1. Передбачає оплату діагностично-лікувальних процедур, а саме:

10.1.4.1.1. стоматологічний огляд;

10.1.4.1.2. рентгенівське дослідження;

10.1.4.1.3. видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені гострим запаленням зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку, в обсязі необхідному для надання екстреної допомоги та ліквідації гострого болю і не частіше одного разу за строк дії Договору страхування.

10.1.5. Медичне транспортування ЗО, якщо її стан здоров’я не дозволяє пересуватися самостійно відбувається переважно спеціалізованим медичним транспортом:

10.1.5.1. до найближчого медичного закладу чи лікаря (або в обидві сторони – за рішенням Страховика);

10.1.5.2. до спеціалізованого медичного закладу з метою подальшого стаціонарного лікування;

10.1.5.3. із медичного закладу до місця мешкання ЗО за кордоном (за рішенням Страховика), коли її стан не дозволяє самостійно пересуватися (тяжкий стан та/або обмежені фізичні можливості до

самостійного пересування), та/або за медичними показниками був рекомендований ліжковий режим;
10.1.5.4. транспортування за допомогою санітарної авіації в умовах поганої транспортної доступності або великої віддаленості від медичних установ можливе у випадках екстреної медичної допомоги, якщо існує загроза життю ЗО. Страхова виплата завжди здійснюється з франшизою 20%.
10.1.6. Медична евакуація (транспортування) ЗО із-за кордону до місця постійного проживання в Україні відбувається:
10.1.6.1. виключно за рішенням Страховика (в т.ч. щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), тільки за умови відсутності медичних протипоказань (задокументованих лікарем).
10.1.6.2. при наявності медичного висновку про необхідність медичного супроводження, Страховик оплачує витрати на проїзд медичного працівника, що супроводжує ЗО до України і назад та на його утримання і перебування його в готелі.
10.1.7. в разі смерті ЗО внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку передбачено **відшкодування витрат на репатріацію тіла** (або останків тіла) із-за кордону (за рішенням Страховика щодо виду, класу транспорту, маршруту та кінцевого пункту маршруту репатріації) до України **або поховання тіла** за кордоном:
10.1.7.1. У випадку репатріації (транспортування) тіла ЗО із-за кордону, Страховик оплачує в межах Страхової суми наступні витрати:
10.1.7.1.1. на розтин тіла, кремацію, підготовку документів, труну (урну) – необхідних для міжнародного перевезення;
10.1.7.1.2. на транспортування до аеропорту, найбільш близького до місця поховання в Україні, у випадку авіа транспортування. Якщо транспортування відбувається наземним транспортом, оплачуються витрати на транспортування до місця поховання в Україні.
10.1.7.2. У випадку поховання тіла (в т.ч. кремація тіла) Застрахованої особи за кордоном, Страховик оплачує витрати в межах ліміту 10% від Страхової суми.
10.1.7.3. Вибір похоронного агентства (бюро) здійснює Страховик/Асистуюча компанія.
10.1.8. Витрати на компенсацію послуг зв'язку при страховому випадку.
Страховик відшкодовує витрати на послуги зв'язку зі Страховиком або Асистансом в разі раптової хвороби або нещасного випадку із ЗО в межах 10 у.о.
10.1.9. Витрати на евакуацію дітей до 14 років до місця постійного проживання, які залишилися без нагляду дорослої особи (віком понад 18 років), у зв'язку з погіршенням стану здоров'я ЗО або її смертю.

11. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
11.1.1. закінчення строку дії;
11.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем у повному обсязі;
11.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки. У разі несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені Договором строки цей Договір є таким, що не набрав чинності. При цьому Страховик не надсилає Страхувальнику письмову вимогу щодо необхідності сплати страхового платежу та письмового повідомлення про дострокове припинення дії Договору. Грошові кошти, що надійшли на рахунок Страховика після строку, зазначеного для сплати страхового платежу, вважаються перерахованими помилково, та підлягають поверненню Страхувальнику в повному обсязі на підставі його письмової заяви;
11.1.4. смерті Страхувальника-фізичної особи, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;
11.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
11.1.6. прийняття судового рішення, що набрало законної сили про визнання Договору недійсним;
11.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
11.2. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше, як за 5 календарних днів до дати припинення дії Договору.
11.2.1. При достроковому припиненні Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 70%, визначених при розрахунку страхового

тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору крім порушення строків страхової виплати, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю з вирахуванням фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.
11.2.2. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 70%, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.
11.3. Договір вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених законодавством України.
11.4. Під час дії цього Договору Сторони мають право вносити в нього зміни та доповнення за взаємною згодою. Всі зміни і доповнення до цього Договору повинні бути оформленні в письмовій формі Додатковою угодою, яка є невід'ємною частиною цього Договору.

12. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

12.1. **Страхувальник має право:**
12.1.1. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування.
12.1.2. На одержання страхової виплати в розмірі та строки, визначені цим Договором.
12.1.3. Вносити Страховику пропозиції щодо змін та доповнень до умов цього Договору.
12.1.4. При укладанні Договору призначати Вигодонабувачів, для отримання страхової виплати, а також замінювати їх до настання страхового випадку.
12.1.5. Достроково припинити дію Договору у відповідності до його умов та законодавства України.
12.2. **Страхувальник зобов'язаний:**
12.2.1. При укладанні Договору надати Страховику достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі в письмовій формі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику, в тому числі наявність подій, що збільшують вірогідність настання страхового випадку. При зміні страхового ризику під час дії Договору, в письмовій формі повідомити про це Страховика. Страхувальник несе відповідальність за повноту, достовірність та своєчасність надання інформації, зазначеної в п.12.2.1. цього Договору, як за невиконання прийнятих на себе зобов'язань.
12.2.2. Своєчасно вносити страхові платежі в порядку і на умовах, визначених Договором.
12.2.3. При укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету цього Договору.
12.2.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.
12.2.5. Вчинити дії, передбачені п.13.1. цього Договору.
12.2.6. Повідомити Страховика про будь-які кошти або майно, одержані від третіх осіб в рахунок відшкодування завданого внаслідок страхового випадку збитку.
12.2.7. Повернути Страховику отриману від нього страхову виплату у відповідному розмірі протягом 10-ти календарних днів з моменту:
12.2.7.1. відшкодування третіми особами збитків, завданих внаслідок страхового випадку;
12.2.7.2. виявлення обставин, які відповідно до Договору, законодавства України повністю або частково позбавляють Страхувальника/ЗО/Вигодонабувача права на одержання страхової виплати.
12.2.8. Дотримуватись умов цього Договору, законодавства України.
12.3. **Страховик має право:**
12.3.1. Отримати від Страхувальника всю необхідну інформацію для укладання Договору та оцінки страхового ризику.
12.3.2. Змінювати умови Договору за згодою Страхувальника, а також вимагати від Страхувальника сплати додаткового страхового платежу при збільшенні страхового ризику після внесення змін до Договору.
12.3.3. Відмовити у страховій виплаті за наявності підстав та на умовах, передбачених цим Договором та законодавством України.
12.3.4. Відстрочити страхову виплату за наявності підстав, зазначених в цьому Договорі, або здійснювати страхову виплату частинами.
12.3.5. Достроково припинити дію цього Договору у відповідності до його умов та законодавства

України.
12.3.6. При отриманні письмового повідомлення Страхувальника про зміни страхового ризику не пізніше 24-х годин прийняти рішення та повідомити Страхувальника про зміну умов Договору або припинення його дії з моменту виникнення такої зміни.
12.3.7. Вирахувати із належної Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу суми страхової виплати суми, одержані Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем від третіх осіб та/або суми, еквівалентні вартості майна, одержаного від третіх осіб як відшкодування збитку, завданого внаслідок настання страхового випадку.
12.3.8. Робити запити в правоохоронні органи, фінансові установи, медичні заклади і інші підприємства, установи і організації, які володіють інформацією про причини, обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини і обставини страхового випадку.
12.4. **Страховик зобов'язаний:**
12.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.
12.4.2. Протягом 2-х робочих днів, як тільки стане відомо про настання події, що має ознаки страхового випадку, вжити заходи щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної страхової виплати Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу.
12.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. За несвоєчасну страхову виплату Страховик сплачує Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу пеню у розмірі 0,01% від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період прострочення. В будь-якому випадку сума пені не може перевищувати 5 % від загального розміру заборгованості.
12.4.4. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.
12.4.5. У випадку прийняття рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомити про це Страхувальника з обґрунтуванням причин відмови в строк, передбачений Договором.
12.5. Страховик та Страхувальник мають також інші права та обов'язки, визначені в інших Розділах цього Договору, а також передбачені законодавством України.

13. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗО ПРИ НАСТАННІ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

13.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, та може призвести до непередбачуваних витрат, Страхувальник/ЗО або особа, що представляє її інтереси, перед тим, як звернутися за допомогою, в т.ч. до відповідного медичного закладу або лікаря, або отримати будь-які додаткові, або інші послуги, передбачені Договором страхування, зобов'язана негайно (протягом 24 години з моменту настання події), в будь-який час доби, для отримання інструкцій щодо подальших своїх дій – звернутися до Асистансу, який представляє інтереси Страховика за кордоном:

Весь світ, Європа / World, Europe Міжнародна асистуюча компанія **NOVA ASSISTANCE**	**Єгипет / Egypt** Міжнародна асистуюча компанія **NOVA ASSISTANCE**
Україна +380 668880002 Болгарія +35956918004 Греція +302111983973 Польща +48221531006 Іспанія +34931731427 Румунія +40312294628 Латвія +37164415233 Таїланд +66 600035168 Туреччина +902426060252 +902129880276 +902429880235 +902429880231 США +1 202 7889718	Sharm El Sheikh: +20693666856 +20693666857 +20693666858 Telegram/WhatsApp +201015968778 - Hurghada: +20 65 354 7 642 +20 65 354 7 641 Telegram/WhatsApp +201014264934 +20 65 354 7 641
Інші країни світу +373 22 994 955 +37379005222 WhatsApp / Telegram *лише текстові повідомлення	(WhatsApp/Telegram), office@novasist.net, Skype: nova-assistance

13.2. З метою координації подальших дій, Страхувальник/ЗО або особа, яка представляє її інтереси, зобов'язана повідомити Асистансу або Страховику наступні відомості:
13.2.1. прізвище та ім'я ЗО;
13.2.2. номер Договору страхування;
13.2.3. програму страхування;
13.2.4. строк дії Договору страхування;
13.2.5. адресу місцезнаходження, номер контактного телефона ЗО;
13.2.6. детальний опис випадку та характер необхідної допомоги;
13.2.7. надати Страховику достовірну інформацію про подію, що має ознаки страхового випадку.
13.3. ЗО зобов'язана неухильно дотримуватись інструкцій та рекомендацій, наданих їй Асистансом або Страховиком для координації наступних дій:
13.3.1. після прибуття до медичного закладу ЗО зобов'язана надати Договір страхування для підтвердження його дії та строків страхування разом з іншими документами, що посвідчують її особу, та узгодити витрати із Асистансом/ Страховиком до моменту оплати.
13.4. У разі репатріації тіла ЗО згідно з програмою страхування близькі родичі ЗО або інші особи, які займаються організацією репатріації тіла ЗО повинні обов'язково узгоджувати всі дії та витрати з Асистансом або Страховиком.
13.5. Невиконання Страхувальником/ЗО умов, зазначених в пункті 13.1. цього Договору, є підставою для відмови Страховика у страховій виплаті.

14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

14.1. **При настанні страхового випадку за умовами МВ**, Страховик гарантує виплату страхового відшкодування (документально підтверджених витрат) тільки в межах страхової суми та/або в межах лімітів, передбачених Програмою страхування.
14.2. Якщо загальна сума виплат, за наданими рахунками, перевищує зазначену в Договорі страхування страхову суму, то в першу чергу відшкодовуються витрати на лікування, а потім, в разі смерті ЗО – витрати на перевезення тіла для поховання.
14.3. Якщо Страхувальник та/або ЗО отримали страхову виплату від осіб, винних у заподіянні збитків, Страховик виплачує різницю між сумою, яка підлягає виплаті та сумою, отриманою Страхувальником та/або ЗО від цих осіб.
14.4. Страховик відшкодовує вартість медичних та інших послуг, передбачених Договором страхування, які були попереднього узгодженні з ним або Асистансом факту. У разі відсутності попереднього погодження (без поважних на це причин) медичних та інших витрат з Асистансом/Страховиком, максимальна сума розміру страхового відшкодування складатиме 50 умовних одиниць по курсу НБУ на дату платіжних документів.
14.5. Страховик, в межах страхової суми (лімітів відповідальності) здійснює відшкодування витрат:
14.5.1. Асистансу, який оплатив витрати на лікування та/або інші послуги, надані ЗО, які передбачені умовами цього Договору. Відшкодування витрат відбувається на підставі документів, які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг. Страховик відшкодовує витрати у порядку та в терміни, передбачені Договором про співпрацю між Страховиком та Асистуючою компанією;
14.5.2. ЗО Страхувальнику або її законним представникам, якщо ЗО є неповнолітньою, за самостійно оплачену вартість лікування та/або інших послуг під час перебування за кордоном, передбачених Договором. Відшкодування витрат відбувається в національній валюті України (перерахунок здійснюється по курсу НБУ на дату платіжних документів) на підставі документів (згідно з переліком, зазначеним в п.14.10. Договору), які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг, за вирахуванням франшизи (якщо франшиза передбачена Договором), та за умови, що такі витрати були попередньо узгодженні ЗО з Асистансом/Страховиком в строк та на умовах, передбачених цим Договором.
14.6. Якщо ЗО є неповнолітньою, страхову виплату при настанні страхового випадку отримують її законні представники. У разі визначення у Договорі декількох Вигодонабувачів страхова виплата розподіляється між ними у рівних частинах.
14.7. Для отримання страхової виплати/страхового відшкодування ЗО або її законні представники, якщо ЗО є неповнолітньою, повинна звернутись до Страховика та надати:
14.7.1. заяву «про страхову виплату», але не пізніше 15 календарних днів в з моменту в'їзду на територію України;

14.7.2. інші документи, передбачені п.14.10. Договору, які підтверджують факт настання страхового випадку та вартість послуг (згідно з переліком, визначеним умовами цього Договору).
14.8. Вигодонабувачу або іншій особі за самостійно оплачені витрати на репатріацію (транспортування) тіла із-за кордону або поховання тіла ЗО (в разі її смерті) за кордоном, в тому числі кремацію, на умовах та в межах лімітів передбачених Програмою страхування. Відшкодування витрат відбувається в національній валюті України (перерахунок здійснюється по курсу НБУ на дату платіжних документів) на підставі документів (згідно з переліком, зазначеним в п.14.10. Договору), які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг, за вирахуванням франшизи (якщо франшиза передбачена Договором), за умови, що такі витрати були письмово погоджені Страховиком.
14.9. Для отримання страхової виплати за самостійно оплачені витрати на репатріацію (транспортування) тіла із-за кордону або поховання тіла ЗО (в разі її смерті) за кордоном, Вигодонабувач, або інша особа, яка сплатила ці витрати, має надати письмову заяву «про страхову виплату» та інші документи згідно з переліком, зазначеним в п.14.10. Договору, які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг, не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати смерті ЗО.
14.10. Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач надають наступні документи за умовами МВ:
14.10.1. заяву про страхову виплату;
14.10.2. копії документів, що дозволяють ідентифікувати особу Страхувальника/ЗО/ Вигодонабувача;
14.10.3. копії сторінок паспорта для виїзду за кордон з відмітками про перетин кордону України;
14.10.4. копію медичної довідки/виписки з амбулаторної карти, історії хвороби, консультаційного висновку;
14.10.5. рахунки підприємств, установ, організацій або інших суб'єктів господарювання, які в установленому законодавством порядку мають право на надання медичних послуг і надавали медичні послуги у зв'язку з виникненням страхового випадку, та розрахункові документи, що підтверджують сплату медичних послуг та медикаментів;
14.10.6. рецепти з печаткою, де зазначені прізвище лікаря, назви призначених ліків, їх ціни, документи, що підтверджують оплату;
14.10.7. рентгенологічні знімки, заключення лабораторних та інструментальних методів дослідження;
14.10.8. у випадку оплати процедур оформлення документів, процедур з підготовки тіла до репатріації, кремації, поховання за кордоном – оригінали фінансових документів про оплату таких послуг із зазначенням виду послуги;
14.10.9. копії документів, що посвідчують право на спадщину;
14.10.10. інші документи на вимогу Страховика, що стосуються факту, причин настання страхового випадку та розміру завданого збитку.
14.11. Страхова виплата здійснюється Страховиком шляхом:
14.11.1. перерахування грошових коштів на рахунок Асистансу/медичного закладу на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість наданої медичної допомоги. Форма зазначених документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком та Асистансом, або Страховиком та медичним закладом;
14.11.2. відшкодування Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу вартості отриманих Страхувальником/ЗО медичних послуг у разі самостійної їх сплати за умови надання всіх документів, що зазначені у п.14.10. цього Договору.
14.12. Розмір страхової виплати розраховується Страховиком на підставі документів, зазначених в п.14.10. цього Договору.
14.13. Страхова виплата здійснюється в межах розміру, розрахованому Страховиком:
14.13.1. Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу протягом 15-ти робочих днів з дня складання Страхового акта. Страховик складає Страховий акт протягом 15-ти робочих днів з дня отримання документів, зазначених в п.14.10. цього Договору. У випадку здійснення медичних витрат без погодження Асистансу, розмір страхової виплати обмежується 50 у.о. в залежності від країни тимчасового перебування під час подорожі/поїздки;
14.13.2. Асистансу/медичному закладу у порядку і на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та Асистансом.

14.14. При настанні страхового випадку за умовами НВ, ЗО або її законні представники/ Вигодонабувач/спадкоємці, повинні надати письмову заяву «про страхову виплату» та інші документи згідно з переліком зазначеним в п.14.16. Договору, які підтверджують факт настання страхового випадку, не пізніше 30 календарних днів з дати смерті ЗО/дати встановлення інвалідності або в разі визначення спадкоємців – з дати отримання документа про правонаступництво.
14.15. Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу.
14.16. **Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач надають наступні документи за умовами НВ** :
14.16.1. заяву про страхову виплату;
14.16.2. копії документів, що дозволяють ідентифікувати особу Страхувальника/ЗО/ Вигодонабувача;
14.16.3. копію виписного епікризу із медичної карти стаціонарного/амбулаторного хворого;
14.16.4. копії документів компетентних органів, які підтверджують факт настання нещасного випадку;
14.16.5. рентгенологічні знімки, заключення лабораторних та інструментальних методів дослідження;
14.16.6. копію довідки медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) про встановлення інвалідності;
14.16.7. копію довідки лікарсько-консультативної комісії про встановлення категорії дитина з інвалідністю;
14.16.8. копії свідоцтва про смерть Страхувальника/ЗО, лікарського свідоцтва про смерть або довідку про причину смерті Страхувальника/ЗО;
14.16.9. копії документів, що посвідчують право на спадщину;
14.16.10. інші документи на вимогу Страховика, що стосуються факту, причин, обставин події, яка має ознаки страхового випадку.
14.17. Розмір страхової виплати по НВ розраховується Страховиком на підставі документів, зазначених в п.14.16. цього Договору:
14.17.1. при втраті здоров‘я Страхувальника/ЗО внаслідок нещасного випадку із визнанням ЗО особою з інвалідністю, та встановленням ЗО в розмірі:
14.17.1.1. першої групи інвалідності – 100% від страхової суми, зазначеної в ІЧД;
14.17.1.2. другої групи інвалідності – 70% від страхової суми, зазначеної в ІЧД;
14.17.1.3. третьої групи інвалідності – 50% від страхової суми, зазначеної в ІЧД;
14.17.1.4. категорії дитина з інвалідністю – 80% від страхової суми, зазначеної в ІЧД.
14.17.2. у випадку смерті Страхувальника/ЗО внаслідок нещасного випадку – 100% від страхової суми, зазначеної в ІЧД.
14.18. Страхова виплата у випадку смерті Страхувальника/ЗО або визнання Страхувальника/ЗО особою з інвалідністю, встановлення ЗО категорії дитина з інвалідністю здійснюється тільки при умові знаходження Страхувальника/ЗО на стаціонарному лікуванні строком більше 3-х календарних днів.
14.19. У разі смерті Страхувальника/ЗО або визнання Страхувальника/ЗО особою з інвалідністю, встановлення ЗО категорії дитина з інвалідністю протягом строку дії цього Договору (але не пізніше останнього дня дії цього Договору) після отримання страхової виплати, передбаченої п.14.17.1.4. цього Договору, Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу виплачується різниця між належною страховою виплатою, передбаченою п.14.17.2. або п. 14.17.1. цього Договору, та вже отриманою страховою виплатою, передбаченою п.14.17.1.4. цього Договору. При цьому факт встановлення смерті Страхувальника/ЗО/інвалідності/категорії дитина з інвалідністю повинен бути документально підтверджений та бути наслідком страхового випадку.
14.20. Страхова виплата за рішенням Страховика може бути здійснена шляхом оплати медичних послуг/медикаментів, наданих Страхувальнику/ЗО у межах страхової суми.
14.21.Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач повинен надати документи, зазначені в п.14.16. цього Договору, протягом 30 календарних днів після закінчення лікування або встановлення групи інвалідності, а у випадку смерті Страхувальника/ЗО – не пізніше 7 місяців з дати настання страхового випадку.
14.22. Страхова виплата здійснюється в межах розміру, розрахованому Страховиком Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу протягом 15-ти робочих днів з дня складання Страхового акта. Страховик складає Страховий акт протягом 15-ти робочих днів з дня отримання всіх документів, зазначених в п.14.16. цього Договору.

14.23. Загальний порядок здійснення страхової виплати:
14.23.1. у разі недостатності наданих Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем документів для встановлення факту, обставин, причин настання страхового випадку та/або розміру страхової виплати, Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач на вимогу Страховика зобов'язаний надати також інші документи. При цьому Страховик має право подовжити строк для прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті до моменту отримання таких документів;
14.23.2. у разі виникнення спорів між Страховиком та Страхувальником/ЗО/ Асистансом/Вигодонабувачем/закладом охорони здоров'я щодо кваліфікації події як страхового випадку, причин та обставин, розміру страхової виплати, яка підлягає відшкодуванню у зв'язку з настанням страхового випадку, та виникнення сумнівів у Страховика щодо достовірності інформації, зазначеної в документах, кожна зі Сторін має право на проведення за власний рахунок незалежної експертизи. Прийняття Страховиком в такому випадку рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті може бути відстрочено, але не більше ніж на 6 місяців;
14.23.3. загальна сума страхових виплат не може перевищувати страхову суму, зазначену в Договорі, а якщо страхова виплата, здійснена в розмірі повної страхової суми, дія Договору припиняється;
14.23.4. після здійснення Страховиком страхової виплати, що становить частину страхової суми, Договір зберігає чинність до закінчення строку його дії, при цьому сума зобов'язань Страховика зменшується на суму здійсненої страхової виплати;
14.23.5. у разі, якщо після здійснення страхової виплати Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу третьою особою відшкодовані збитки в повному обсязі, Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач зобов'язаний повернути Страховику страхову виплату. У разі, якщо після здійснення страхової виплати, Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу третьою особою відшкодовані збитки частково, Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач зобов'язаний повернути Страховику суму відшкодування, отриманого від третьої особи;
14.23.6. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті до одержання необхідної інформації, але не більше, ніж на 6 місяців з дня отримання заяви Страхувальника, у випадках, коли:
14.23.6.1. у нього з'явились обґрунтовані сумніви стосовно наявності прав Страхувальника/ЗО/Вигодонабувача на отримання страхової виплати;
14.23.6.1. надані документи не дають змоги повністю з'ясувати причини і обставини страхового випадку, розмір страхової виплати.
14.24. У разі початку досудового розслідування у кримінальному провадженні, порушення провадження у справі про адміністративні правопорушення, порушення провадження в порядку цивільного або господарського судочинства, рішення про страхову виплату приймається після закінчення досудового розслідування (закриття кримінального провадження) або винесення судом у кримінальному провадженні вироку, або винесення постанови чи ухвали суду про застосування примусових заходів медичного характеру, або винесення постанови по справі про адміністративні правопорушення, або прийняття рішення по цивільній/господарській справі. В цьому випадку строк прийняття рішення про страхову виплату може бути подовжений до 12 місяців з дати початку досудового розслідування у кримінальному провадженні, порушення провадження у справі про адміністративні правопорушення, порушення провадження в порядку цивільного або господарського судочинства. При подачі Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем/Асистансом заяви до суду, що стосується події, яка має ознаки страхового випадку, останні зобов'язані залучити Страховика в якості третьої особи без самостійних вимог. Порушення цього зобов'язання може бути підставою для відмови у страховій виплаті.
14.25. Загальні вимоги до оформлення документів, які подаються Страховику для розгляду:
14.25.1. всі медичні документи, що подаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та завірені належним чином (містити підписи посадових осіб, відповідні печатки), містити інформацію про назву, адресу та контактний телефон медичної установи, що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери і подібне) надаються в оригіналі;
14.25.2. Страховик має право вимагати від Страхувальника/ЗО офіційного перекладу медичних документів українською мовою, які були надані для підтвердження події, що має ознаки страхового випадку;
14.25.3. якщо документи, зазначені вище, надані Страховику не в повному обсязі, не в належній

формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту і подібне), виплата страхового відшкодування не здійснюється до усунення цих недоліків.

15. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

15.1. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 10-ти робочих днів з моменту одержання документів, передбачених п.14.10. та п.14.16. цього Договору.
15.2. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати повідомляється Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу протягом 5-ти робочих днів з дня прийняття такого рішення з обґрунтуванням причин відмови.
15.3. Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати в повному обсязі або частково є:
15.3.1. навмисні дії Страхувальника/ЗО/Вигодонабувача, інших осіб, що діяли за їх дорученням (усним чи письмовим) або з їх відома, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація цих дій встановлюється відповідно до законодавства України;
15.3.2. подання Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем неправдивих відомостей про предмет Договору, про факт, обставини або причини настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку), розмір страхової виплати;
15.3.3. відсутність необхідних документів та/або відомостей, що підтверджують факт, причини, характер або обставини настання страхового випадку та/або розмір страхової виплати;
15.3.4. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страховика про суттєві зміни страхового ризику та/або інших умов, зазначених в цьому Договорі;
15.3.5. не надання документів, зазначених в п.14.10. та п.14.16. цього Договору, протягом 180 календарних днів з дня настання страхового випадку;
15.3.6. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;
15.3.7. несвоєчасне повідомлення (або неповідомлення) Страхувальником/ЗО, Страховика про зміну ступеня страхового ризику;
15.3.8. отримання Застрахованою особою послуг, види та/або обсяги яких не передбачені Програмою страхування;
15.3.9. будь-які події, які мають ознаки страхового випадку, але виникли поза межами строку дії та/або не на території дії Договору страхування;
15.3.10. будь-які події, якщо Застрахована особа на момент оформлення Договору вже пройшла митний контроль або паспортний контроль під час виїзду з України;
15.3.11. здійснення подорожі Застрахованою особою за кордон, незважаючи на медичні протипоказання до такої поїздки та всупереч рекомендаціям лікаря;
15.3.12. інші підстави, передбачені законодавством України.
15.4. Страховик має право зменшити страхову виплату:
15.4.1. якщо Страхувальник (Застрахована особа) не вжив необхідних і доцільних заходів для запобігання та зменшення витрат, що виникають внаслідок події, передбаченої Договором страхування, а також усунення причин, що сприяють виникненню додаткового збитку;
15.4.2. у разі невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров’я та – як наслідок, збільшення медичних витрат.
15.5. Не визнається страховим випадком настання нещасного випадку/здійснення медичних витрат, що пов’язано з:
15.5.1. війною, збройною агресією, збройними конфліктами, воєнними діями, застосуванням військової зброї, діями або бездіяльністю збройних формувань, громадськими заворушеннями, несанкціонованими культурно–масовими заходами, несанкціонованими мітингами, несанкціонованими демонстраціями;
15.5.2. виконанням Страхувальником/ЗО службових обов’язків в місці, де відбуваються: війна, збройна агресія, збройні конфлікти, воєнні дії, застосовується військова зброя, діяння збройних формувань, громадські заворушення, несанкціоновані культурно – масові заходи, несанкціоновані мітинги, несанкціоновані демонстрації. Підтвердженням або спростуванням фактів настання/існування подій, передбачених в пп.15.5.1-15.5.2. Договору, є публічна інформація щодо таких подій, відображена чи задокументована будь-якими засобами та на будь-яких носіях

інформації, що була отримана або створена в процесі виконання суб'єктами владних повноважень своїх обов'язків, передбачених законодавством України, або яка знаходиться у володінні суб'єктів владних повноважень, інших розпорядників публічної інформації, визначених Законом України «Про доступ до публічної інформації».
15.6. Відмова Страховика у страховій виплаті може бути оскаржена Страхувальником у судовому порядку.

16. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність, передбачену Договором та законодавством України.
16.2. Страховиком в будь-якому випадку не відшкодовуються:
16.2.1. неустойка (пеня, штраф), які були сплачені Страхувальником/ЗО/Асистансом;
16.2.2. моральна шкода;
16.2.3. упущена вигода (втрата прибутку);
16.2.4. судові витрати, витрати, пов’язані з інфляційними збитками, тощо.
16.3. Всі спори та розбіжності, які виникають з Договору, вирішуються Сторонами шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди – судом відповідно до законодавства України.

17. ЗАХИСТ ПРАВ СПОЖИВАЧІВ

17.1. здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг. Реквізити органу, що здійснює державне регулювання, а також захист прав споживачів: Національний банк України.
Місцезнаходження: 01601, м. Київ, вулиця Інститутська, 9.
Телефон довідкової телефонної служби: 0 800 505 240 або +380442986555.
E-mail: nbu@bank.gov.ua, web-сайт: bank.gov.ua.

Таблиця 1

ОПЦІЇ СТРАХУВАННЯ	ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ
Добровільне страхування медичних витрат	так
Стаціонарне лікування	так
Амбулаторне лікування	так
Екстрена медична допомога	так
Медичне транспортування	так
Медична евакуація	так
Репатріація	так
Невідкладна стоматологія (при виникненні гострого зубного болю та усуненні наслідків нещасного випадку)	так (100 $/€)
Невідкладна допомога при ускладненнях вагітності до 26-го тижня (включно) вагітності	так
Телефонні переговори	так (10 $/€)
Повернення додому дітей до 14 років, які подорожують разом із Застрахованою особою	так
Франшиза	на вибір
Добровільне страхування від нещасних випадків	так