ПУБЛІЧНА ОФЕРТА ЩОДО УКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ/ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ, ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЦИВІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН/ОСІБ БЕЗ ГРОМАДЯНСТВА ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ. **ПУБЛІЧНА ЧАСТИНА ДОГОВОРУ (надалі – ПЧД)**

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/Договору добровільного медичного страхування, добровільного страхування цивільної відповідальності іноземних громадян/осіб без громадянства перед третіми особами (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/Договір добровільного медичного страхування, добровільного страхування цивільної відповідальності іноземних громадян/осіб без громадянства перед третіми особами.

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/Договору добровільного медичного страхування, добровільного страхування цивільної відповідальності іноземних громадян/осіб без громадянства перед третіми особами (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), що 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 укладання Договору є дата підписання Клієнтом ІЧД за допомогою електронного підпису одноразового ідентифікатора/підпису у випадку укладання Договору в паперовому вигляді.

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/шляхом підписання уповноваженою особою Страховика та накладання печатки (при наявності).

1.11. Безумовним прийняттям (акцептом) умов цієї Оферти Клієнтом вважається підписання ІЧД електронним підписом одноразовим ідентифікатором (введення пароля, отриманого на засіб мобільного зв'язку)/підписання ІЧД власним підписом 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 – надалі ПЧД) 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/надаються в паперовому вигляді.

1.13. Підписанням Індивідуальної частини Договору, Страхувальник підтверджує, що:

1.13.1. Має необхідний обсяг дієздатності для укладання 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 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 Страховика
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 медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) №03, затверджених 05.10.2017, Змін та доповнень №1 до Правил добровільного страхування медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) №03 від 8.01.2018 (розміщених за адресою https://persha.ua);

1.14.2. **Правил** добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника), відповідальності власників повітряного транспорту (включаючи відповідальність перевізника), відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника)) (нова редакція) від 09.03.2008, Змін та доповнень №2 до Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами від 11.03.2019 (розміщених за адресою https://persha.ua), (надалі разом – Правила);

1.14.3. **Ліцензії з** добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) №3970, строк дії з 05.10.2017 року, **безстроковий** (розміщеної за адресою https://persha.ua), виданої Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг;

1.14.4. **Ліцензії з** добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника), відповідальності власників повітряного транспорту (включаючи відповідальність перевізника), відповідальності власників водного

транспорту (включаючи відповідальність перевізника)), серії АЕ № 198816, строк дії з 13.11.2007, **безстроковий** (розміщеної за адресою https://persha.ua), виданої Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг.

1.15. Фіксація підписання ІЧД Страхувальником в електронному вигляді здійснюється Страховиком та зберігається в інформаційно-телекомунікаційній системі (надалі – ІТС) Страховика. Сторони погоджуються, що виписки з ІТС Страховика можуть використовуватись як докази при розгляді спорів, у тому числі в судовому порядку. ІТС - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, що у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком (або вповноваженою особою Страховика) для укладання електронних договорів страхування у відповідності до вимог законодавства в сфері електронної комерції.

1.16. Страховик є зобов'язаним щодо виконання умов Договору після прийняття (акцепту) цієї Оферти Клієнтом, за умови сплати Клієнтом страхового платежу в порядку і на умовах, передбачених ІЧД.

1.17. Клієнт має можливість відмовитися від укладання Договору в будь-який момент до здійснення ним акцепту цієї Оферти (тобто до підписання ІЧД Клієнтом).

1.18. Зміна та/або доповнення умов цього Договору здійснюється за згодою Сторін у письмовій формі. Пропозиції Страховика про внесення змін/доповнень до 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.

1.19. Сторони приймають на себе зобов'язання за необхідності відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу однієї зі Сторін Договір виготовляється на паперовому носії протягом 5-ти (п'яти) робочих днів з дати отримання такої вимоги від іншої Сторони та підлягає підписанню та скріпленню печаткою (у разі її застосування в діяльності відповідної Сторони) кожною Стороною.

1.20. 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 страхування, що укладені в період дії цієї Оферти, діють до закінчення свого строку дії на умовах, визначених в цій Оферті. При цьому строк дії Договору, укладеного зі Страхувальником, визначається в ІЧД.

1.21. Захист прав споживачів 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.

2. ТЕРМІНИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ЦЬОМУ ДОГОВОРІ

2.1. Асистуюча Компанія (надалі – Асистанс) - юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика, здійснює організацію, контроль надання Страхувальнику/ЗО медичних та інших послуг.

2.2. Застрахована особа (надалі – ЗО) – дієздатна фізична особа на користь якої укладений Договір, сплачує та/або за яку сплачується у встановленому Договором порядку страховий платіж, може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором.

2.3. Екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до законодавства України 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. Лікар вузькопрофільної спеціалізації – лікар, іншої спеціалізації, ніж лікар загальної практики.

2.5. Ліміт відповідальності Страховика – сума, що не перевищує встановлену в Договорі страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

2.6. Лікувально-профілактичний заклад (далі ЛПЗ) – підприємства, установи та організації, які створені та діють на підставі чинного законодавства України, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, а саме: травмпункти, поліклініки, лікарні, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, аптеки таке ін.

2.7. 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.

2.8. Медична послуга – дія, спрямована на діагностику та лікування захворювань Страхувальника/ЗО із залученням персоналу медичного закладу. Медичні послуги включають:

2.8.1. огляд та консультацію лікаря;

2.8.2. проведення лабораторних та інструментальних досліджень;

2.8.3. виконання діагностичних та лікувальних процедур і маніпуляцій;

2.8.4. проведення оперативних втручань;

2.8.5. забезпечення лікарськими засобами, призначеними лікарем;

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

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

2.10. Медичний заклад (МЗ) – заклад охорони здоров'я, що надає медичну допомогу та послуги відповідно до вимог законодавства України.

2.11. Місце постійного проживання – місце/адреса, за якою Страхувальник/ЗО постійно проживає на території України/країни громадянства більше 180 днів на рік.

2.12. Міграційна служба (Державна міграційна служба України (ДМС)) – є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується та координується Кабінетом Міністрів України через Міністра внутрішніх справ і який реалізує державну політику у сферах міграції (імміграції та еміграції), у тому числі протидії нелегальній (незаконній) міграції, громадянства, реєстрації фізичних осіб, біженців та інших визначених законодавством категорій мігрантів.

2.13. Невідкладна стаціонарна допомога – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в стаціонарі в перші 3 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 годин виникнуть важкі ускладнення, не сумісні з життям.

2.14. 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.

2.15. 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 інше біологічні матеріали, в залежності від цілей дослідження.

2.16. Раптове захворювання – гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або гострим станом Страхувальника/ЗО, що становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання негайної медичної допомоги. Під загрозою здоров'ю та/або життю Страхувальника/ЗО розуміється стан Страхувальника/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 Страхувальника/ЗО.

2.17. Страховий захист – зобов'язання Страховика, визначені Договором, зі здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку, що настав протягом строку дії Договору.

2.18. 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.

2.19. Треті особи – особи, які здійснили заходи, з примусового повернення ЗО в країну громадянської належності/країну попереднього постійного проживання або примусовим видворенням ЗО за межі України, або з похованням тіла ЗО в Україні або репатріацією тіла ЗО в країну громадянської належності.

2.20. Франшиза - частина збитків Страхувальника/ЗО, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

3.1. Предметом Договору є майнові інтереси Страхувальника/ЗО, що не суперечать закону і пов'язані:

3.1.1. **в частині добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – ДМС)** зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника/ЗО під час перебування Страхувальника/ЗО в межах України;

3.1.2. **в частині добровільного страхування цивільної відповідальності перед третіми особами (надалі – ДЦВ)** з відшкодуванням майнової шкоди, заподіяної

Страхувальником/ЗО третім особам, та пов'язаною з примусовим поверненням Страхувальника/ЗО в країну громадянської належності/країну попереднього постійного проживання або примусовим видворенням Страхувальника/ЗО за межі України.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Страховим випадком є обов'язок Страховика здійснити страхову виплату протягом строку дії Договору шляхом відшкодування Асистансу/Страхувальнику/ЗО/ Вигодонабувачу документально підтверджених витрат на екстрену, невідкладну медичну допомогу у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я, інших витрат Страхувальника/ЗО у межах страхових сум, передбачених Програмою страхування у ПЧД.

4.2. При медичному страхуванні Страховик відшкодовує вартість лише офіційно наданих платних медичних та інших послуг, згідно з документами, що підтверджують оплату наданих послуг.

4.3. При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує вартість медичної допомоги, медичних (включаючи медикаменти) та інших послуг, наданих Страхувальнику/ЗО в ЛПЗ, передбачених Договором, у межах страхової суми (лімітів відповідальності).

4.4. **<u>При страхуванні ДМС</u>** та додаткових витрат страховими випадками визнаються:

4.4.1. **Невідкладна медична допомога,** яка передбачає:

4.4.1.1. виїзд бригади невідкладної медичної допомоги (надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги в межах страхової суми) з ЛПЗ, найближче розташованої до місця настання страхового випадку;

4.4.1.2. надання невідкладної медичної допомоги в травмпункті при розладі здоров'я, який є наслідком нещасного випадку (вправлення вивихів; накладення гіпсу; ін'єкції (уколи); блокади (знеболення); перев'язки (накладення пов'язок, шин); зупинка кровотечі і таке інше);

4.4.1.3. експрес-діагностику, проведення лабораторних тестів та встановлення попереднього діагнозу;

4.4.1.4. надання невідкладної допомоги за життєвими показниками;

4.4.1.5. забезпечення медикаментами для надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі;

4.4.1.6. лікувальні маніпуляції (ін`єкції, накладання шин, реанімаційні заходи та інша висококваліфікована медична допомога);

4.4.1.7. транспортування каретою невідкладної медичної допомоги до ЛПЗ з переліку Асистансу або до чергового (ургентного) відділення ЛПЗ, найближчого до місця настання події, для проведення подальшого лікування, якщо транспортування є необхідним за медичними показаннями при наявності медичного висновку.

Страховик відшкодовує вартість невідкладної медичної допомоги державної та відомчої форми власності, а також з переліку Асистансу.

4.4.2. **<u>Невідкладна стаціонарна допомога</u>**, яка передбачає лікування в умовах стаціонару в ЛПЗ з переліку Асистансу або в черговому (ургентному) відділенні, найближчому до місця настання події, за наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування та зазначені у п. 4.4.6 ПЧД, включаючи:

4.4.2.1. консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в т. ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації (як за основним захворюванням, так і за супутнім захворюванням, що впливає на перебіг основного);

4.4.2.2. діагностичні дослідження (лабораторні та інструментальні) за призначенням лікаря;

4.4.2.3. лікувальні маніпуляції (перев`язки, ін`єкції, блокади та ін.) під час перебування в стаціонарі;

4.4.2.4. консервативне та оперативне лікування, в т. ч. реанімаційні заходи, анестезіологічне забезпечення (наркоз);

4.4.2.5. перебування в палатах, стандартних для ЛПЗ, в т. ч. у відділенні інтенсивної терапії; використання операційного блоку та післяопераційної палати;

4.4.2.6. харчування, стандартне для ЛПЗ;

4.4.2.7. транспортування (перевезення у супроводі медичного персоналу) ЗО в іншу ЛПЗ за медичними показаннями згідно із направленням лікуючого лікаря у випадках неможливості надати необхідну медичну допомогу в даній ЛПЗ;

Страховик відшкодовує вартість невідкладної стаціонарної допомоги, наданої ЛПЗ з переліку Асистансу/Страховика або медичним закладом державної або відомчої форми власності.

4.4.2.8. **<u>Забезпечення медикаментами при невідкладному стаціонарному лікуванні</u>**, при якому Страховик відшкодовує вартість медичної допомоги, медичних та інших послуг (включаючи медикаменти), зазначених у п.п. 4.4.2.1 – 4.4.2.7 ПЧД, в межах ліміту відповідальності на весь строк дії Договору – в межах до 50 % включно страхової суми, зазначеної в ІЧД при медичному страхуванні, та ліміту відповідальності - в межах до 4 000 грн включно на один страховий випадок та лімітом відповідальності медикаментозного забезпечення на один страховий випадок – в межах до 2 000 грн включно, якщо інший ліміт відповідальності не передбачений в ІЧД.

4.4.3. **<u>Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога</u>** (загальний ліміт відповідальності на весь строк дії Договору складає в межах до 40 % включно страхової суми (включаючи медикаменти), зазначеної в ІЧД при медичному страхуванні, та ліміту відповідальності - в межах до 2 000 грн включно на один страховий випадок (якщо інший ліміт відповідальності не передбачений в ІЧД), яка передбачає консервативне та оперативне лікування в умовах поліклініки, якщо ЗО знаходиться у невідкладному стані (відповідно до умов, зазначених у п. 4.4.6 ПЧД), включаючи:

4.4.3.1. консультації лікарів, в т. ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації в умовах поліклініки;

4.4.3.2. проведення лабораторних досліджень (загально-клінічних та біохімічних) за призначенням лікаря в умовах поліклініки;

4.4.3.3. проведення інструментальних методів досліджень (функціональних, ендоскопічних, ультразвукових (крім доплерографії), рентгенологічних (крім комп'ютерної та/або магнітно-резонансної томографії)) за призначенням лікаря в умовах поліклініки;

4.4.3.4. призначення схеми лікування (виписка рецептів на придбання медикаментів, роз'яснення щодо прийому медикаментів, консультування з дотримання режиму та харчування);

4.4.3.5. лікувальні маніпуляції (перев`язки, ін`єкції, блокади та ін.);

Страховик відшкодовує вартість амбулаторно-поліклінічної допомоги, наданої в МЗ з переліку Асистансу за погодженням із Асистансом/Страховиком.

4.4.3.6. **<u>Забезпечення медикаментами при амбулаторно-поліклінічному лікуванні</u>**. (ліміт відповідальності медикаментозного забезпечення на один страховий випадок – в межах до 1 000 грн включно, якщо інший ліміт відповідальності не передбачений в ІЧД).

4.4.4. **<u>Екстрена стоматологічна допомога</u>** (ліміт не більше 500 грн на весь строк дії Договору), а саме:

4.4.4.1. стоматологічний огляд;

4.4.4.2. рентгенівське дослідження;

4.4.4.3. видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, гострою бактерійною інфекцією шкіри підшкірних тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку.

4.4.5. **<u>Репатріація</u>** тіла до місця постійного проживання у випадку смерті ЗО (ліміт відповідальності Страховика на репатріацію тіла в межах страхової суми (надалі - СС), якщо страхова сума встановлена в національній валюті України (гривні), або 10% від страхової суми, якщо страхова сума встановлена в іноземній валюті (євро)), включаючи:

4.4.5.1. розтин тіла, зберігання тіла ЗО в морзі на період оформлення документів;

4.4.5.2. бальзамування тіла для транспортування на великі відстані;

4.4.5.3. підготовку необхідних документів, в т.ч. апостилю, санітарної довідки, дозволу приймаючої сторони, митне оформлення, оформлення вантажу на вантажному терміналі – необхідних для внутрішнього та міжнародного перевезення;

4.4.5.4. транспортування тіла ЗО одним із видів транспортного сполучення: авіаційним, водним, залізничним або автомобільним. При цьому вид транспорту, маршрут репатріації визначає Страховик за погодженням з родичами ЗО або законними представниками ЗО.

Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги на території організації репатріації.

4.4.6. **<u>Перелік захворювань і станів, що потребують надання невідкладної стаціонарної допомоги</u>** (ургентної госпіталізації при станах, що загрожують життю та потребують надання невідкладної медичної допомоги в стаціонарі в перші 3 – 12 годин):

4.4.6.1. <u>інфекційні та паразитарні хвороби</u>: коронавірусна хвороба COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2/2019-nCoV, підтверджений лабораторним тестуванням (полімеразною ланцюговою реакцією - ПЛР), при стані, який вимагає надання невідкладної медичної допомоги); дифтерія; менінгококова інфекція; ботулізм; бруцельоз; черевний тиф; геморагічні лихоманки; вірусний гепатит А; лептоспіроз; дизентерія; малярія; гострі шлунково-кишкові інфекційні захворювання; правець; гострий енцефаліт (сипнотифозний, кліщовий весняно-літній, некротичний, геморагічний);

4.4.6.2. <u>хвороби ендокринної системи</u>: діабет (коматозний стан); хвороби щитовидної залози (тіреотоксичний криз, мікседемамтозна кома); хвороби паращитовидної

залози (гіпер- та гіпокальціємічні кризи); хвороби наднирникової залози (гостра наднирникова недостатність, феохромацитомний криз); гіпопитуітарна кома;
4.4.6.3. хвороби нервової системи та органів відчуття: гостре порушення мозкового кровообігу; травми нервової системи, які потребують ургентної госпіталізації; коми, напади та інші критичні стани; гострі запальні процеси центральної та периферичної нервової системи з вогнищевою симптоматикою (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); гострі процеси та травми ока (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); гострі запальні процеси та травми вуха, горла, носа (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги);
4.4.6.4. хвороби системи кровообігу: гіпотонічна хвороба (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); гострий інфаркт міокарду (гострий коронарний синдром, кардіогенний шок); нестабільна стенокардія (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); гостре порушення серцевого ритму; гостра серцева недостатність; набряк легенів; емболія та гострий тромбоз магістральних судин; ускладнений гіпертонічний криз; гострі міокардити, перикардити, ендокардити;
4.4.6.5. хвороби органів дихання: гострі порушення прохідності верхніх дихальних шляхів (крім випадків, які виникли внаслідок суїцидальних спроб); гострі запальні процеси органів дихання (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); бронхіальна астма (астматичний статус); пневмоторакс;
4.4.6.6. хвороби та ураження органів травлення: перитоніт; перфорації шлунку та кишок; гострий апендицит, дивертикуліт; защемлена кила; гостра кишкова непрохідність; гострий холецистит; гострий панкреатит (панкреонекроз); шлунково-кишкова кровотеча; тромбоз мезентеріальних судин; абсцеси черевної порожнини; гостра печінкова недостатність; гострі стани („гострий живіт"), що потребують екстреного оперативного втручання;
4.4.6.7. хвороби сечостатевої системи: гострі запальні процеси сечостатевої системи (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); гостра ниркова недостатність; ниркова колька, що не купується; гостра затримка сечі;
4.4.6.8. гостра акушерсько-гінекологічна патологія: гострі стани, що потребують екстреного оперативного втручання; масивні кровотечі із статевих шляхів;
4.4.6.9. хвороби шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів: гострі стани, що потребують екстреного оперативного втручання;
4.4.6.10. травми: переломи кісток черепа; переломи хребта та кісток тулуба; переломи кісток верхньої та нижньої кінцівки; ураження суглобів та м'язів; внутрішньочерепні травми; травми внутрішніх органів; ураження голови, шиї і тулуба; ураження верхньої та нижньої кінцівки; ураження кровоносних судин (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); опіки, відмороження II – III ступеня; теплові, сонячні удари (стани, що потребують невідкладної медичної допомоги); отруєння різної етіології (за винятком алкогольного та наркотичного);
4.4.6.11. симптоми, ознаки та неточно зазначені стани: кома, ступор, судоми, шок будь-якої етіології, асфіксія, масивна кровотеча та інші гострі стани, що потребують екстреного оперативного втручання.
4.4.7. Страховик організовує надання медичної допомоги, медичних та інших послуг у населеному пункті, де розташована ЛПЗ з переліку Асистансу/Страховика. Якщо у місці настання страхового випадку відсутня ЛПЗ з переліку Асистансу/Страховика, ЗО за погодженням з Асистансом/Страховиком, сплачує ЛПЗ вартість медичних та інших послуг за власний рахунок, після чого надає письмову заяву Страховику про відшкодування витрат за сплачені нею послуги. Страховик здійснює страхову виплату лише за узгоджені Асистансом/Страховиком до відшкодування витрати на медичні та інші послуги, що передбачені Договором та на медикаменти безпосередньо ЗО в безготівковій формі на її особистий рахунок.
4.4.8. **Програми страхування.**

Послуги / Програма страхування	A	B	C
	Ліміт відповідальності Страховика		
Невідкладна (швидка) медична допомога	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога	ні	**2 000 грн** на 1 страховий випадок	**2 000 грн** на 1 страховий випадок
Медикаментозне забезпечення при амбулаторному лікуванні	ні	**1 000 грн** на 1 страховий випадок	**1 000 грн** на 1 страховий випадок
Невідкладна стаціонарна допомога	**4 000 грн** на 1 страховий випадок	**4 000 грн** на 1 страховий випадок	**4 000 грн** на 1 страховий випадок
Медикаментозне забезпечення при стаціонарному лікуванні	**2 000 грн** на 1 страховий випадок	**2 000 грн** на 1 страховий випадок	**2 000 грн** на 1 страховий випадок
Екстрена стоматологічна допомога	**500 грн**	**500 грн**	**500 грн**
Транспортування до найближчого медичного закладу/лікаря/спеціалізованого медичного закладу	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Репатріація	ні	ні	в межах СС, якщо в грн/ 10% від СС, якщо в євро

4.5. Добровільне страхування цивільної відповідальності перед третіми особами:
4.5.1. Страховим випадком є настання протягом строку дії Договору в межах території дії Договору цивільної відповідальності Страхувальника за майнову шкоду, заподіяну третім особам. Майнова шкода складається з витрат третіх осіб на примусове повернення Страхувальника/ЗО в країну громадянської належності/країну попереднього постійного проживання або примусовим видворенням Страхувальника/ЗО за межі України.
4.5.2. Подія, зазначена в п. 4.5.1 ПЧД, визнається страховим випадком, якщо:
4.5.2.1. подія сталася під час перебування Страхувальника/ЗО на території дії Договору на законних підставах;
4.5.2.2. рішення про примусове повернення Страхувальника/ЗО в країну громадянської належності або примусове видворення Страхувальника/ЗО за межі України підтверджується рішенням суду, що набрало законної сили протягом строку дії Договору;
4.5.3. Третіми особами (одержувачами страхового відшкодування) є особи, які приймають Страхувальника/ЗО в Україні, або орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері міграції.

5. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

5.1. Страхова сума зазначається в ІЧД. Якщо обрана страхова сума **30 000 EUR,** то вона еквівалентна сумі у гривнях по курсу НБУ на день укладання Договору.
5.2. Страховий тариф зазначається в ІЧД.
5.3. Страховий платіж за Договором зазначається в ІЧД.
5.4. Франшиза (безумовна) зазначається в ІЧД.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

6.1. Страховий захист за Договором діє 24 (двадцять чотири) години на добу протягом строку дії Договору.
6.2. Страховий захист за Договором та зобов'язання Страховика зі сплати страхового відшкодування/страхової виплати виникають з 00 годин 00 хвилин за київським часом дня наступного за днем надходження страхового платежу в повному обсязі на рахунок Страховика, діє протягом строку дії Договору, який зазначається в ІЧД, і закінчується о 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, зазначеного як останній день строку дії Договору.
6.3. Територія) дії Договору зазначається в ІЧД.

7. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

7.1. Не визнаються страховими випадками події:
7.1.1. пов'язані з дією причин та обставин, що виникли до початку дії Договору;
7.1.2. що настали до початку строку дії Договору, або після закінчення строку дії Договору;
7.1.3. що настали за межами території дії Договору;
7.1.4. спричинені отруєнням Страхувальника/ЗО будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним

чи випадковим;
7.1.5. що настали внаслідок вчинення Страхувальником/ЗО протиправних дій;
7.1.6. що настали внаслідок скоєння чи спроби скоєння Страхувальником/ЗО злочину;
7.1.7. що настали внаслідок алкогольного сп'яніння, алкогольного отруєння, токсичного або наркотичного сп'яніння Страхувальника/ЗО;
7.1.8. що настали внаслідок самолікування Страхувальника/ЗО, вживання Страхувальником/ЗО ліків без призначення лікаря або ліками, не зареєстрованими в Україні;
7.1.9. що настали внаслідок лікування Страхувальника/ЗО особою, яка не має медичної освіти, ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, лікування Страхувальника/ЗО фахівцями з мануальної терапії, остеопатами або іншими фахівцями, які займаються нетрадиційним/альтернативним лікуванням;
7.1.10. що настали внаслідок самогубства, спроби самогубства Страхувальника/ЗО;
7.1.11. 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);
7.1.12. що настали внаслідок лікування Страхувальником/ЗО неврологічних або психічних захворювань;
7.1.13. що настали внаслідок проходження Страхувальником/ЗО будь-яких експериментальних, дослідницьких процедур;
7.1.14. що настали внаслідок ядерного інциденту, ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення, іонізуючого випромінювання;
7.1.15. що настали внаслідок дій Страхувальника/ЗО, спрямованих на настання страхового випадку;
7.1.16. що настали внаслідок керування Страхувальником/ЗО будь-яким транспортним засобом без права керування, 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;
7.1.17. що настали внаслідок навмисного травмування Страхувальника/ЗО;
7.1.18. що настали внаслідок подорожування або польоту Страхувальника/ЗО на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажира на будь-якому повітряному судні;
7.1.19. що настали внаслідок тренування Страхувальника/ЗО, пілотування Страхувальником/ЗО або перебування Страхувальника/ЗО в якості пасажира на планері або планері, який пілотується вручну, а також стрибків з парашутом;
7.1.20. що настали внаслідок участі Страхувальника/ЗО у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільної особи;
7.1.21. 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;
7.1.22. що настали внаслідок керування Страхувальником/ЗО або її пересування в якості пасажира на мотоциклі, моторолері або маломірному судні;
7.1.23. смерть Страхувальника/ЗО від захворювань, що не були наслідком нещасного випадку.

7.2. Страховик не відшкодовує витрати Страхувальника/ЗО на медичну допомогу, пов'язану з:
7.2.1. погіршенням стану здоров'я або смертю Страхувальника/ЗО внаслідок захворювання, що було діагностовано до початку строку дії Договору;
7.2.2. лікуванням хронічних захворювань;
7.2.3. хворобою Страхувальника/ЗО в стадії ремісії;
7.2.4. лікуванням будь-яких побічних, супутніх захворювань та/або симптомів;
7.2.5. лікуванням Страхувальника/ЗО у медичному закладі без погодження Асистансу;
7.2.6. необґрунтованим зверненням до Асистансу;
7.2.7. лікуванням Страхувальника/ЗО, розпочатим до початку строку дії Договору;
7.2.8. лікуванням Страхувальника/ЗО, розпочатим після закінчення строку дії Договору;
7.2.9. лікуванням Страхувальника/ЗО, що не є невідкладним;
7.2.10. погіршенням стану здоров'я/смертю Страхувальника/ЗО під час подорожі/поїздки, здійсненої з наміром отримати лікування в межах території дії Договору;
7.2.11. загостренням хвороби Страхувальника/ЗО, що за попередні 6-ть місяців до дати подорожі/поїздки лікувалось або вимагало лікування;
7.2.12. стихійними лихами (явищами), епідеміями, карантином в межах території дії Договору;
7.2.13. стоматологічними послугами, крім екстреної допомоги;
7.2.14. перериванням вагітності Страхувальника/ЗО;
7.2.15. вагітністю Страхувальника/ЗО;
7.2.16. штучним запліднення Страхувальника/ЗО;
7.2.17. лікуванням безпліддя Страхувальника/ЗО;
7.2.18. заходами по запобіганню вагітності;
7.2.19. протезуванням Страхувальника/ЗО;
7.2.20. придбанням засобів гігієни, протезів та ортопедичних виробів, загальнозміцнюючих препаратів, дитячого харчування;
7.2.21. придбанням окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, інвалідних візків, милиць і таке інше;
7.2.22. діагностичними та лабораторними дослідженнями, що не є обов'язковими у разі захворювання;
7.2.23. медичними послугами, не передбаченими Договором;
7.2.24. медичними послугами, не погодженими Асистансом;
7.2.25. реконструктивними та пластичними оперативними втручаннями;
7.2.26. вакцинацією Страхувальника/ЗО;
7.2.27. видачою медичних довідок Страхувальнику/ЗО;
7.2.28. проведенням відновлювальної терапії, реабілітації, фізіотерапії Страхувальнику/ЗО;
7.2.29. ангіографією, ангіопластикою, шунтуванням, стентуванням Страхувальника/ЗО;
7.2.30. обстеженням, лікуванням методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто-, натуротерапії та іншими методами недоказової медицини, водолікуванням, косметичним лікуванням, SPA-процедурами;
7.2.31. наданням засобів та послуг додаткового комфорту;
7.2.32. лікуванням Страхувальника/ЗО після дати медичної евакуації, можливої за медичними показаннями;
7.2.33. лікуванням Страхувальника/ЗО в межах території постійного проживання Страхувальника/ЗО;
7.2.34. медичною евакуацією Страхувальника/ЗО всупереч медичних показань;
7.2.35. перевищенням межі необхідних витрат;
7.2.36. перевезенням Страхувальника/ЗО до іншого медичного закладу без погодження з Асистансом/Страховиком;
7.2.37. лікуванням наслідків впливу ультрафіолетового випромінювання;
7.2.38. хворобами, що передаються статевим шляхом;
7.2.39. гепатитом, онкологічними хворобами;
7.2.40. лікуванням наслідків потрапляння води до органів слуху;
7.2.41. лікуванням дерматитів;
7.2.42. захворюванням Страхувальника/ЗО на паразитарні, інфекційні хвороби;
7.2.43. вродженими вадами Страхувальника/ЗО;
7.2.44. проведенням хірургічних операцій в амбулаторно-поліклінічних умовах.

7.3. Страховик не задовольняє вимоги третіх осіб про відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок:

7.3.1. обставин, про які Страхувальник/ЗО знав або повинен був знати, але не вжив усіх від нього залежних заходів для запобігання настанню страхового випадку;
7.3.2. навмисних дій будь-яких третіх осіб, спрямованих на виникнення страхового випадку, змови Страхувальника/ЗО та третьої особи;
7.3.3. дій або бездіяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування;
7.3.4. витрат третіх осіб, пов'язаних із виїздом Страхувальника/ЗО за межі України в добровільному порядку.
7.4. Дія Договору не поширюється на осіб, які на дату укладання Договору:
7.4.1. визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними/обмежено дієздатними;;
7.4.2. мають медичні протипоказання щодо подорожі/поїздки;
7.4.3. перебувають на обстеженні або амбулаторному лікуванні, що потребують відвідування медичного закладу, на лікуванні в умовах стаціонару;
7.4.4. потребує постійного догляду.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страхувальник має право:
8.1.1. ознайомитися з умовами та Правилами страхування;
8.1.2. на одержання страхової виплати в розмірі та строки, визначені цим Договором;
8.1.3. вносити Страховику пропозиції щодо змін та доповнень до умов цього Договору;
8.1.4. при укладанні Договору призначати Вигодонабувачів, для отримання страхової виплати, а також замінювати їх до настання страхового випадку;
8.1.5. достроково припинити дію Договору у відповідності до його умов та законодавства України;
8.1.6. на одержання від Страховика дублікату Договору у разі втрати оригіналу.
8.2. Страхувальник зобов'язаний:
8.2.1. 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 та укласти Додаткову угоду протягом 48-ми годин з моменту настання такої зміни. Страхувальник несе відповідальність за повноту, достовірність та своєчасність надання інформації, зазначеної в п.8.2.1 ПЧД, як за невиконання прийнятих на себе зобов'язань.
8.2.2. Своєчасно вносити страхові платежі в порядку і на умовах, визначених Договором.
8.2.3. При укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету цього Договору.
8.2.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.
8.2.5. Вчинити дії, передбачені п.9.1 ПЧД.
8.2.6. Повідомити Страховика про будь-які кошти або майно, одержані від третіх осіб в рахунок відшкодування завданого внаслідок страхового випадку збитку.
8.2.7. Повернути Страховику отриману від нього страхову виплату у відповідному розмірі протягом 10-ти календарних днів з моменту:
8.2.7.1. відшкодування третіми особами збитків, завданих внаслідок страхового випадку;
8.2.7.2. виявлення обставин, які відповідно до Договору, законодавства України повністю або частково позбавляють Страхувальника/ЗО/Вигодонабувача права на одержання страхової виплати.
8.2.8. Дотримуватись умов цього Договору, законодавства України.
8.3. Страховик має право:
8.3.1. отримати від Страхувальника всю інформацію для укладання Договору та оцінки страхового ризику;
8.3.2. змінювати умови Договору за згодою Страхувальника, а також вимагати від Страхувальника сплати додаткового страхового платежу при збільшенні страхового ризику після внесення змін до Договору;
8.3.3. Відмовити у страховій виплаті/страховому відшкодуванні за наявності підстав та на умовах, передбачених цим Договором та законодавством України.
8.3.4. Відстрочити страхову виплату/страхове відшкодування за наявності підстав, зазначених в цьому Договорі, або здійснювати страхову виплату частинами.
8.3.5. Достроково припинити дію цього Договору у відповідності до його умов та законодавства України.
8.3.6. 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.
8.3.7. 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.
8.3.8. 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.
8.4. Страховик зобов'язаний:
8.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.
8.4.2. 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.
8.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату/страхове відшкодування 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.
8.4.4. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.
8.4.5. У випадку прийняття рішення про відмову у страховій виплаті/страховому відшкодуванні письмово повідомити про це Страхувальника з обґрунтуванням причин відмови в строк, передбачений Договором.
8.5. Страховик та Страхувальник мають також інші права та обов'язки, визначені в інших Розділах цього Договору, а також передбачені законодавством України. За невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором Сторони несуть відповідальність згідно із законодавством України та цим Договором.

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

9.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник/ЗО повинен здійснити наступні дії:
9.1.1. **Повідомити Асистанс за телефоном +380 66 888 00 01** про настання події, що має ознаки страхового випадку, а саме:
9.1.1.1. прізвище, ім'я;
9.1.1.2. причину звернення;
9.1.1.3. місцезнаходження, адресу;
9.1.1.4. контактні телефони.
9.1.2. Виконувати вказівки Асистансу.
9.1.3. Звернутись до медичного закладу за медичною допомогою.
9.1.4. Виконувати вказівки, призначення лікаря.
9.1.5. Не пізніше 4-х робочих днів з дня закінчення лікування/перебування в умовах стаціонару повідомити Страховика письмово про настання події, що має ознаки страхового випадку.
9.1.6. Надати Страховику достовірну інформацію про подію, що має ознаки страхового випадку.
9.2. Невиконання Страхувальником/ЗО умов, зазначених в п.9.1 ПЧД, є підставою для відмови Страховика у страховій виплаті.
9.3. Якщо ЗО була необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це було неможливо до початку її отримання, таке повідомлення повинно бути передане до Асистансу/Страховика відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане особою, яка діє від імені ЗО. Порушення строку повідомлення Страховика про настання події, яку може бути визнано страховим випадком є припустимим у випадку, коли Страхувальник/ЗО не мали можливості повідомити Страховика з об'єктивних причин, що повинно бути підтверджено документом ЛПЗ.
9.4. Строки організації медичної допомоги можуть змінюватись в залежності від графіку роботи МЗ (при зверненні в вихідні дні організація планової медичної допомоги може проводитися через 48 годин - тобто в перший робочий день МЗ після вихідного). Неможливість негайної організації амбулаторно-поліклінічної допомоги ЗО при зверненні у вечірні

години (з 18:00 до 9:00) або у вихідні та (або) святкові дні не є підставою для виклику бригади швидкої допомоги, якщо відсутні прямі показання для її виклику.

9.5. При зверненні до ЛПЗ Страхувальник/ЗО зобов'язаний надати документ, що посвідчує особу Страхувальника/ЗО та Договір. У разі відсутності у Страхувальника/ЗО документу, що посвідчує особу Страхувальника/ЗО та Договору, ЛПЗ надає послуги тільки за умови телефонного (факсимільного) підтвердження від Асистансу/Страховика про готовність відшкодувати витрати за послуги, що потрібно надати цій особі.

9.6. За необхідності надання невідкладної медичної допомоги медикаменти можуть бути придбані за власні кошти в будь-якому аптечному закладі з подальшим відшкодуванням Страховиком їх вартості за умови документального підтвердження (в т.ч. наявності рецепта лікаря) відповідно до умов Договору страхування.

9.7. Страховик відшкодовує вартість призначених лікарем медикаментів при невідкладному стаціонарному та (або) амбулаторно-поліклінічному лікуванні, що зареєстровані як лікарські засоби в Україні та входять до Державного реєстру лікарських засобів, при лікуванні гострого захворювання ЗО, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку.

9.8. Страховик забезпечує (відшкодовує) лікування не більше одного загострення кожного хронічного захворювання, що не є виключенням зі страхових випадків, в поліклінічних умовах, або одного курсу стаціонарного лікування протягом строку дії Договору.

9.9. При лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах гострих захворювань, загострення хронічного захворювання та розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку Страховик забезпечує (відшкодовує) вартість медикаментів до стабілізації стану здоров'я ЗО, але не більше ніж на строк до 14 (чотирнадцяти) днів та у кількості не більше 3 (трьох) препаратів на один страховий випадок.

9.10. При зверненні до ЛПЗ з переліку Асистансу та отримання медикаментів за рецептом на відповідному бланку ЗО одержує медичні та інші послуги (в т.ч. медикаменти) безоплатно. У такому разі Страховик здійснює страхову виплату ЗО шляхом перерахування на рахунок ЛПЗ (медичного та/або аптечного закладу) вартості медичних та інших послуг (в т.ч. медикаментів), отриманих ЗО. Страхові виплати здійснюються на підставі документів, наданих ЛПЗ в межах лімітів Програми страхування.

9.11. ЗО має право звернутися до ЛПЗ, що не входить до переліку Асистансу за необхідності отримання невідкладної медичної допомоги та/або невідкладної стаціонарної допомоги, та у випадку неможливості організувати необхідну медичну допомогу або медичні та інші послуги в ЛПЗ з переліку Асистансу, за умови обов'язкового попереднього (до їх отримання) узгодження з Асистансом або Страховиком. У цьому разі ЗО сплачує медичні та інші послуги за власний рахунок, після чого надає письмову заяву та інші документи відповідно до п.10 Договору Страховику про відшкодування витрат за сплачені нею послуги. Страховик здійснює страхову виплату лише за узгоджені та гарантовані до відшкодування медичні та інші послуги (в т.ч. медикаменти) безпосередньо ЗО в безготівковій формі на її особистий рахунок.

9.12. При страхуванні відповідальності Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач зобов'язаний письмово повідомити Страховика про настання події, яку відповідно до умов Договору може бути визнано страховим випадком, протягом 2 (двох) робочих днів з моменту, коли Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу стало відомо про цю подію, за формою, встановленою Страховиком, та протягом строку, погодженого зі Страховиком, надати документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до п. 10 Договору.

9.13. При страхуванні відповідальності (якщо Страхувальник знаходиться в межах території дії Договору, зазначеної в ІЧД):

9.13.1. не пізніше 2 (двох) робочих днів з дня отримання, надіслати на адресу Страховика копії претензій, листів, ухвал суду та (або) судових повісток, позовів (позовних вимог), повідомлень або будь-яких інших документів, отриманих у зв'язку з примусовим поверненням в країну громадянської належності або примусовим видворенням за межі України;

9.13.2. сприяти Страховику в досудовому урегулюванні та судовому розгляді справи про примусове повернення Страхувальника/ЗО в країну громадянської належності або примусове видворенням Страхувальника/ЗО за межі України, надати йому відповідні повноваження, а також всю необхідну інформацію та можливу допомогу для здійснення захисту;

9.13.3. систематично у погоджені зі Страховиком строки інформувати Страховика про перебіг справи про примусове повернення в країну громадської належності або примусове видворення;

9.13.4. якщо у нього існує можливість та підстави для відмови у задоволенні майнових претензій або зменшенні розміру позову, повідомити про це Страховика та вжити всіх необхідних заходів для здійснення цієї можливості.

9.14. Надання інструкцій Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу з боку Страховика або його представника у зв'язку із подією, що сталася, не є підставою для визнання цієї події страховим випадком.

9.15. Застрахована особа зобов'язана на вимогу Страховика надати можливість Страховику або його представнику здійснити її огляд для оформлення необхідних документів про заподіяння шкоди.

10. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

10.1. Страховик відшкодовує витрати, зазначені в пп.4.4.1- 4.4.7 цього Договору:

10.1.1. Асистансу/медичному закладу на підставі документів, наданих Асистансом/медичним закладом;

10.1.2. Державній Міграційній Службі, що здійснює видворення Страхувальника за межи території України, або приймаючій особі у випадку, коли приймаюча особа оплатила Державній Міграційній службі витрати на примусове повернення Страхувальника/ЗО в країну громадянської належності/країну попереднього постійного проживання або примусовим видворенням Страхувальника/ЗО за межі України;

10.1.3. спадкоємцям Страхувальника/ЗО, які самостійно здійснили витрати на поховання або репатріацію тіла Страхувальника/ЗО;

10.1.4. Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу. Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач надають наступні документи:

10.1.4.1. заяву про страхову виплату;

10.1.4.2. копії документів, що дозволяють ідентифікувати особу Страхувальника/ЗО/Вигодонабувача;

10.1.4.3. копію медичної довідки/виписки з амбулаторної карти, історії хвороби, консультаційного висновку;

10.1.4.4. 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 (квитанції, фіскальні чеки, прибуткові касові ордери тощо), що підтверджують сплату медичних послуг та медикаментів;

10.1.4.5. копії документів, що посвідчують право на спадщину;

10.1.5. у разі репатріації:

10.1.5.1. нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть;

10.1.5.2. нотаріально завірена копія лікарської довідки про смерть та/або довідки про причини смерті;

10.1.5.3. нотаріально завірені копії документів щодо оплати послуг по перевезенню тіла Страхувальника/ЗО;

10.1.5.4. інші документи на вимогу Страховика, що стосуються факту, причин настання страхового випадку та розміру завданого збитку.

10.1.6. Страхова виплата здійснюється Страховиком шляхом:

10.1.6.1. перерахування грошових коштів на рахунок Асистансу/медичного закладу на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість наданої медичної допомоги. Форма визначених документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком та Асистансом, або Страховиком та медичним закладом;

10.1.6.2. відшкодування Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу вартості отриманих Страхувальником/ЗО медичних послуг у разі самостійної їх сплати за умови надання всіх документів, що зазначені у п.10.1.4 ПЧД.

10.1.7. **Розмір страхової виплати розраховується** Страховиком на підставі документів, зазначених в п.10.1.4 -10.1.5 ПЧД.

10.1.8. Страхова виплата здійснюється в гривнях, в межах розміру, розрахованому Страховиком:

10.1.8.1. 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.10.1.4 – 10.1.5 ПЧД. У випадку здійснення медичних витрат без погодження Асистансу, розмір страхової виплати обмежується 2 000 (двома тисячами) гривень.

10.1.8.2. Асистансу/медичному закладу у порядку і на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та Асистансом/медичним закладом.

10.2. При медичному страхуванні у разі виникнення спорів між Сторонами щодо причин і розміру збитків кожна зі Сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи за рахунок Сторони, яка вимагає проведення такої експертизи. У разі визнання події страховим випадком Страхувальнику відшкодовується оплачена вартість експертизи в межах страхової суми.

10.3. При медичному страхуванні Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати якщо:

10.3.1. у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником/ЗО відомостей і документів. Строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у її здійсненні) продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджувальних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання

страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до п.10 ПЧД;

10.3.2. на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір страхової виплати. У такому випадку Страховик має право призначити розслідування або експертизу, виконувану незалежним фахівцем (експертом), який має відповідно до законодавства України належні повноваження, з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку та розміру страхової виплати. При цьому Страховик складає страховий акт не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання Страховиком остаточних результатів такого розслідування або експертизи, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до п. 10 ПЧД;

10.3.3. органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, щодо події, що може бути визнана страховим випадком, було розпочате досудове розслідування, протягом здійснення якого Страхувальника/ЗО/іншої особи, на користь якої укладено Договір, було визнано підозрюваним або обвинуваченим, рішення про здійснення або відмову здійснити страхову виплату приймається Страховиком після закриття кримінального провадження, зупинення досудового розслідування або винесення вироку суду.

10.4. При медичному страхуванні Страхувальник/ЗО зобов'язаний відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості послуг ЛПЗ, наданих внаслідок:

10.4.1. передавання ЗО Договору або картки (поліса) ЗО третій особі для отримання останньою медичної допомоги, медичних та інших послуг, передбачених умовами Договору;

10.4.2. отримання ЗО медичної допомоги, медичних та інших послуг, не передбачених умовами Договору, а також наданих на підприємствах, установах, закладах та/або організаціях, які створені та/або діють не на підставі законодавства України;

10.4.3. ускладнення захворювання внаслідок порушення ЗО в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;

10.4.4. отримання медичних та інших послуг за зверненням до ЛПЗ в стані або внаслідок алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

10.4.5. шахрайства, змови або інших навмисних, протиправних дій, спрямованих на отримання незаконної вигоди від страхування (в т.ч. симуляція хвороби, аггравація (перебільшення важкості симптомів наявного захворювання або хворобливості стану)) або спрямованих на настання страхового випадку;

10.4.6. виникнення захворювань та отримання травм внаслідок дій ЗО, пов'язаних з невиправданим ризиком (керування транспортним засобом без відповідних прав, особистою участю у військових діях, народних заворушеннях, страйках) та заняттям небезпечними видами спорту (дайвінгом, альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, полюванням, мото- та автоспортом і подібне),

10.4.7. виникнення захворювань та отримання травм у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, при спробі самогубства;

10.4.8. виникнення захворювань та отримання травм внаслідок форс-мажорних обставин, військових та соціальних конфліктів, техногенних катастроф, аварій, стихійних лих;

10.4.9. необґрунтованого виклику швидкої (невідкладної) медичної допомоги (в т.ч. використання санітарного транспорту) для обслуговування незастрахованої особи, не в медичних цілях, виклик здійснено Застрахованій особі, яка знаходиться в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або абстинентного синдрому; при виклику ЗО відсутня за зазначеною адресою або відмовляється від огляду, виклик (невідкладної) медичної допомоги здійснено до ЗО, яка не потребує надання невідкладної медичної допомоги (з метою надання планових медичних маніпуляцій і подібне), виклик здійснено за соціальними показаннями (проживання далеко від клініки, відсутність автотранспорту, зайнятість на роботі або вдома, несприятливі кліматичні (погодні) умови та інше). Під абстинентним синдромом розуміється синдром фізичних та/або психічних розладів, що розвивається у наркоманів та алкоголіків після припинення вживання наркотиків та алкоголю або зменшення їх дози;

10.4.10.отримання послуг, вартість яких перевищує ліміт відповідальності Страховика та/або страхову суму;

10.4.11.у разі відсутності ЗО на плановій консультації, якщо ЗО не попередила ЛПЗ та/або Страховика про це не менш, ніж за 2 години до початку консультації;

10.4.12.отримання страхової виплати на умовах п.10.3.2 ПЧД в разі надання свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку та факт сплати послуг за власний рахунок;

10.5. При страхуванні відповідальності для страхового відшкодування надаються документи **:**

10.5.1. Заява страхувальника про виплату страхового відшкодування;

10.5.2. документи, що дозволяють ідентифікувати особу Страхувальника;

10.5.3. належним чином завірена копія рішення суду про примусове повернення/примусове видворення Страхувальника за межі України;

10.5.4. документи, що підтверджують сплату Страхувальником/приймаючою особою витрат ДМС на виконання рішення суду про примусове повернення/примусове видворення Страхувальника за межі України;

10.5.5. Документи, що підтверджуються витрати ДМС виконання рішення суду про примусове повернення/примусове видворення Страхувальника за межі України;

10.5.6. інші документи на вимогу Страховика, що стосуються факту, причин, обставин події, що має ознаки страхового випадку, розміру завданого збитку.

10.5.7. Страховик складає Страховий акт протягом 10 робочих днів з дня надання документів, зазначених в п.10.5.1-10.5.6 ПЧД. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування Страхувальнику/приймаючій особі/ДМС на підставі Страхового акту протягом 10 робочих днів з дня складання Страхового акта.

10.5.8. Після настання страхового випадку та у разі виплати Страховиком страхового відшкодування дія Договору припиняється з моменту настання цього страхового випадку.

10.6.Загальний порядок здійснення страхової виплати/страхового відшкодування.

10.6.1. У разі недостатності наданих Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем документів для встановлення факту, обставин, причин настання страхового випадку та/або розміру страхової виплати/страхового відшкодування, 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.

10.6.2. 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 із 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.

10.6.3. Загальна сума страхових виплат/страхових відшкодувань не може перевищувати страхову суму, зазначену в ІЧД. Якщо страхова виплата здійснена в розмірі повної страхової суми, дія Договору припиняється.

10.6.4. Якщо загальна сума виплат/страхових відшкодувань за наданими рахунками перевищує зазначену в ІЧД страхову суму, то в першу чергу відшкодовуються витрати на лікування, а в разі смерті Застрахованої особи - витрати на перевезення тіла або витрати на поховання.

10.6.5. Після здійснення Страховиком страхової виплати/страхового відшкодування, 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/страхового відшкодування.

10.6.6. У разі, якщо після здійснення страхової виплати/страхового відшкодування 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.

10.6.7. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про страхову виплату/страхове відшкодування або відмову у страховій виплаті/страховому відшкодуванні до одержання необхідної інформації, але не більше, ніж на 6 місяців з дня отримання заяви Страхувальника, у випадках, коли:

10.6.7.1. з'явились обґрунтовані сумніви щодо наявності прав Страхувальника/ЗО/Вигодонабувача на отримання страхової виплати;

10.6.7.2. надані документи не дають змоги повністю з'ясувати причини і обставини страхового випадку, розмір страхової виплати.

10.6.8. 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, якщо інше не передбачене Договором, 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.

10.6.9. Якщо в Договір були внесені зміни щодо розмірів страхової суми або лімітів відповідальності, Страховик здійснює страхову виплату з урахуванням

останньої зміни, у разі, якщо подія настала після внесення таких змін.

11. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ/СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

11.1. Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати в повному обсязі або частково є:

11.1.1. 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;

11.1.2. вчинення Страхувальником/ЗО або особою, на користь якої укладений Договір, злочину, що призвів до настання страхового випадку;

11.1.3. надання Страхувальником/ЗО (особою, яка має право на отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору, або про факт настання страхового випадку, а також приховування відомостей щодо настання страхового випадку;

11.1.4. неповідомлення Страховика про змінення обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику;

11.1.5. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страховика без поважних причин про настання події, що має ознаки страхового випадку, у передбачений Договором строк, або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди;

11.1.6. невиконання Страхувальником зобов'язань згідно з п.8.2 ПЧД;

11.1.7. настання страхового випадку внаслідок причин, які є виключенням зі страхових випадків та (або) обмеженням страхування згідно з п. 7 ПЧД;

11.1.8. відсутність необхідних документів та/або відомостей, що підтверджують факт, причини, характер або обставини настання страхового випадку та/або розмір страхової виплати;

11.1.9. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страховика про суттєві зміни страхового ризику та/або інших умов, зазначених в цьому Договорі;

11.1.10. не надання документів, зазначених в п.п.10.1.4-10.1.5 ПЧД, протягом * календарних днів з дня настання страхового випадку;

11.1.11. інші підстави, передбачені законодавством України.

11.2. Не визнається страховим випадком здійснення медичних витрат, що пов'язано з:

11.2.1. війною, збройною агресією, збройними конфліктами, військовими діями, застосуванням військової зброї, діями або бездіяльністю збройних формувань, громадськими заворушеннями, несанкціонованими культурно–масовими заходами, несанкціонованими мітингами, несанкціонованими демонстраціями;

11.3. Самостійне відшкодування витрат на видворення Страхувальником у випадку наявності у нього власних коштів та (або) майна, за рахунок якого можливе відшкодування витрат на видворення;

11.4. Підтвердженням або спростуванням фактів настання/існування подій, передбачених в п.п.11.2.1. ПЧД, 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».

12. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУАННЯ

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

12.1.1. закінчення строку дії;

12.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем у повному обсязі;

12.1.3. 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;

12.1.4. смерті Страхувальника-фізичної особи, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;

12.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

12.1.6. прийняття судового рішення, що набрало законної сили про визнання Договору недійсним;

12.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

12.2.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.

12.2.1. 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 60%, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням умов Договору Страховиком, 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.

12.2.2. 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 60%, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

12.3.Договір вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених законодавством України.

12.4.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.

13. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

13.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність, передбачену Договором та законодавством України.

13.2. Страховиком в будь-якому випадку не відшкодовуються:

13.2.1. неустойка (пеня, штраф), які були сплачені Страхувальником;

13.2.2. моральна шкода;

13.2.3. упущена вигода (втрата прибутку);

13.2.4. судові витрати, витрати, пов'язані з інфляційними збитками, та інше.

13.3. Всі спори та розбіжності, які виникають з Договору, вирішуються Сторонами шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди – судом відповідно до законодавства України, та підлягають розгляду за місцезнаходженням Страховика (м. Київ).

14. ІНШІ УМОВИ ДОГОВОРУ

14.1. Відповідно до вимог Закону України "Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення" № 361-IX від 06.12.2019р. Страховик має право витребувати, а Страхувальник/ЗО зобов'язаний подати інформацію (офіційні документи), необхідну (і) для здійснення належної перевірки та виконання інших вимог законодавства.

14.2. Страхувальник підтверджує що ані він, ані члени його сім'ї:

- не включені до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, або активи яких стали об'єктом замороження у порядку, визначеному розділом IV Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», а також не пов'язані з вказаними особами або їх представниками або кінцевими бенефіціарними власниками;
- до вказаних осіб не застосовані персональні спеціальні економічні та інші обмежувальні заходи (санкції), відповідно до Закону України «Про санкції» №1644-VII від 14.08.2014р., включаючи санкції, що застосовані згідно з рішеннями Ради національної безпеки України, резолюціями Генеральної Асамблеї та Ради безпеки Організації Об'єднаних Націй, рішеннями OFAC (Office of Foreign Assets Control), рішеннями Ради Європейського Союзу та інші. У разі виявлення розбіжностей між положеннями цього Договору страхування та положеннями Правил застосовуються умови, визначені цим Договором страхування.