

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ  
«КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ: МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ  
ТА СТРАХУВАННЯ ЦИВІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН/  
ОСІБ БЕЗ ГРОМАДЯНСТВА ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ»**

*(відповідно до яких укладаються Договори комплексного страхування: медичного страхування та страхування цивільної відповідальності іноземних громадян/осіб без громадянства перед третіми особами»)*

**Ця редакція Загальних умов страхового продукту «Комплексне страхування: медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземних громадян/осіб без громадянства перед третіми особами» діє з 15.07.2024 та припиняє дію із введенням у дію нової редакції або скасування Загальних умов страхового продукту «Комплексне страхування: медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземних громадян/осіб без громадянства перед третіми особами».**

**Договір Комплексного страхування: медичного страхування та страхування цивільної відповідальності іноземних громадян/осіб без громадянства перед третіми особами» (далі – Договір), укладений за цією редакцією Загальних умов, діє на цих Загальних умовах до закінчення строку його дії, крім випадків внесення відповідних змін до Договору страхування за згодою сторін.**

Страховий продукт «Комплексне страхування: медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземних громадян/осіб без громадянства перед третіми особами» є стандартним страховим продуктом зі стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів, і передбачає укладення Договорів із визначеними умовами страхового покриття відповідно до Закону України "Про страхування" за наступними класами страхування:

– Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» (далі – Клас страхування 2 «Медичне страхування»);

– Клас страхування 13 «Страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12)» (далі – Клас страхування 13 «Цивільна відповідальність»).

## **1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ**

**1.1. Асистуюча компанія (надалі – Асистанс)** – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, визначеним Договором, на умовах, передбачених Договором.

**1.2. Застрахована особа (надалі – ЗО)** – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором.

**1.3. Заклад охорони здоров'я** – юридична особа незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основними завданнями яких є забезпечення медичного обслуговування населення та/або надання реабілітаційної допомоги на основі відповідної ліцензії та забезпечення професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації.

**1.4. 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.

**1.5. Лікар вузькопрофільної спеціалізації** – лікар іншої спеціалізації, ніж лікар загальної практики.

**1.6. Ліміт відповідальності Страховика** – грошова сума, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

**1.7. 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.

**1.8. Медична послуга** – послуга, у тому числі реабілітаційна, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом або фізичною особою - підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики. За Договором медичні послуги включають:

1.9. огляд та консультацію лікаря;

1.9.1. проведення лабораторних та інструментальних досліджень;

1.9.2. виконання діагностичних та лікувальних процедур і маніпуляцій;

1.9.3. проведення оперативних втручань;

1.9.4. забезпечення лікарськими засобами, призначеними лікарем;

1.9.5. послуги під час перебування у закладі охорони здоров'я (харчування, надання ліжка).

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

1.11. **Місце постійного проживання** – місце проживання на території будь-якої держави не менше одного року громадянина, який не має постійного місця проживання на території інших держав і має намір проживати на території цієї держави протягом будь-якого строку, не обмежуючи таке проживання певною метою, і за умови, що таке проживання не є наслідком виконання цим громадянином службових обов'язків або зобов'язань за договором (контрактом).

1.12. **Міграційна служба (Державна міграційна служба України)** – центральний орган 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.

1.13. **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 (двадцяти чотирьох) годин виникнуть важкі ускладнення, не сумісні з життям.

1.14. **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.

1.15. **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.

1.16. **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.

1.17. **Страховий захист** – правовідносини щодо захисту страхових інтересів фізичних та юридичних осіб.

1.18. **Треті особи** – за Договором це особи, які здійснили заходи з примусового повернення ЗО до країни громадянської належності/країни попереднього постійного проживання або примусового видворення ЗО за межі України, або з похованням тіла ЗО в Україні або репатріації тіла ЗО до країни громадянської належності.

1.19. **Франшиза** – частина збитків Страхувальника/ЗО, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором.

## **2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ**

2.1. **Страховим випадком за укладеним на підставі цих Загальних умов Договором** визнається подія, що передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, яка відбулась в період та на території дії Договору, не підпадає під винятки зі страхових випадків і обмеження страхування, передбачені Договором, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату ЗО або іншій особі, визначеній у Договорі, або відповідно до законодавства.

2.2. Подія (страховий ризик) визнається страховим випадком, якщо вона фактично сталася в період дії та на території дії Договору та не підпадає під виключення зі страхових випадків і обмеження страхування, передбачені Договором.

2.3. Об'єктом страхування за Класом страхування 2 «Медичне страхування» є життя та здоров'я Страхувальника (якщо він є ЗО) чи третьої особи (ЗО), визначеної Страхувальником у Договорі.

2.4. Об'єктом страхування за Класом страхування 13 «Цивільна відповідальність» є відповідальність за заподіяну шкоду майну третьої особи та пов'язаною з примусовим поверненням Страхувальника/ЗО до країни громадянської належності/країни попереднього постійного проживання або примусовим видворенням Страхувальника/ЗО за межі України.

2.5. **Страхові суми** за відповідними класами страхування (ризиками в межах класу страхування) встановлюються в Договорі за домовленістю Сторін Договору.

2.6. Розміри страхових сум, на які можливе укладення Договору:

2.6.1. За Класом страхування 2 «Медичне страхування»:

2.6.1.1. мінімальний розмір – 10 000 грн;

2.6.1.2. максимальний розмір – 30 000 EUR.

2.6.2. За Класом страхування 13 «Цивільна відповідальність»:

2.6.2.1. мінімальний розмір – 5 000 грн.

2.6.2.2. максимальний розмір – 50 000 грн.

2.6.3. Якщо за Договором обрана страхова сума в євро, то це еквівалент суми у гривнях за курсом Національного банку України на день укладення Договору.

2.7. **Договори на підставі цих Загальних умов можуть укладатись на строк від 1 (одного) дня до 1 (одного) року.**

2.8. Договір набирає чинності та страховий захист за Договором починає діяти з 00 годин 01 хвилин дати, наступної за датою сплати у повному обсязі страхової премії на рахунок Страховика (страхового посередника, уповноваженого Страховиком приймати страхові премії), але не раніше 00 годин 01 хвилин дати, зазначеної як дата початку його дії, та діє до 24 години 00 хвилин дати, зазначеної як кінцева дата його дії, крім випадків, коли

дію Договору було достроково припинено.

2.9. За відсутності оплати або зарахування на рахунок Страховика (страхового посередника) страхової премії у розмірі і в строк, передбачені Договором, Договір є таким, що не набрав чинності. Датою сплатою страхової премії є дата надходження коштів на рахунок Страховика.

2.10. Строк дії Договору не може бути продовжений.

2.11. Страховий захист діє протягом 24 годин на добу на території України за виключенням АР Крим, м. Севастополь, частини територій Донецької та Луганської областей, що є тимчасово окупованими, згідно з Указом Президента України № 32/2019 від 07.02.2019 р. (зі змінами та доповненнями); територій, які розташовані в районах проведення воєнних (бойових) дій, або які перебувають в тимчасовій окупації чи в оточенні (блокуванні), в тому числі, але не обмежуючись, за переліком (із змінами), що затверджені Наказом № 309 від 22.12.2022 р. Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України), та на яких органи державної влади не здійснюють повноваження..

2.12. Страховик здійснює 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 Ч2 Договору.

2.13. При настанні страхового випадку за Класом страхування 2 «Медичне страхування» Страховик відшкодовує вартість медичної допомоги, медичних (включаючи медикаменти) та інших послуг, наданих Страхувальнику/ЗО в закладі охорони здоров'я, передбачених Договором, у межах страхової суми (лімітів відповідальності).

2.14. За Класом страхування 2 «Медичне страхування» Страховик відшкодовує вартість лише офіційно наданих платних медичних та інших послуг згідно з документами, що підтверджують оплату наданих послуг. Страховик відшкодовує вартість екстреної медичної допомоги, наданої закладами охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, а також закладами охорони здоров'я з переліку Асистансу. Страховик відшкодовує вартість невідкладної стаціонарної допомоги, наданої закладом охорони здоров'я з переліку Асистансу/Страховика або медичним закладом державної або комунальної форми власності. Страховик відшкодовує вартість амбулаторно-поліклінічної допомоги, наданої у закладі охорони здоров'я з переліку Асистансу за погодженням із Асистансом/Страховиком. Страховик організовує надання медичної допомоги, медичних та інших послуг у населеному пункті, де розташований заклад охорони здоров'я з переліку Асистансу/Страховика. Якщо у місці настання страхового випадку відсутній заклад охорони здоров'я з переліку Асистансу/Страховика, ЗО за погодженням з Асистансом/Страховиком; сплачує закладу охорони здоров'я 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.

2.15. За Договором за Класом страхування 2 «Медичне страхування» страховими випадками визнаються наступні події:

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

2.15.1.1. виїзд бригади екстреної медичної допомоги (надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами екстреної медичної допомоги із закладу охорони здоров'я, найближче розташованого до місця настання страхового випадку);

2.15.1.2. 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);

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

2.15.1.4. надання невідкладної допомоги за життєвими показниками;

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

2.15.1.6. лікувальні маніпуляції (ін'єкції, накладання шин, реанімаційні заходи та іншу висококваліфіковану медичну допомогу);

2.15.1.7. транспортування бригадою екстреної медичної допомоги до закладу охорони здоров'я з переліку Асистансу або до чергового (ургентного) відділення закладу охорони здоров'я, найближчого до місця настання страхового випадку, для проведення подальшого лікування, якщо транспортування є необхідним за медичними показаннями при наявності медичного висновку.

2.15.2. **Невідкладна стаціонарна допомога**, яка передбачає лікування в умовах стаціонару в закладі охорони здоров'я з переліку Асистансу або в черговому (ургентному) відділенні, найближчому до місця настання страхового випадку, за наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування та зазначені у п. 2.16 цих Загальних умов, включаючи:

2.15.2.1. 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);

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

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

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

2.15.2.5. перебування в палатах, стандартних для закладу охорони здоров'я, в т. ч. у відділенні інтенсивної

- терапії; використання операційного блоку та післяопераційної палати;
- 2.15.2.6. харчування, стандартне для закладу охорони здоров'я;
- 2.15.2.7. транспортування (перевезення у супроводі медичного персоналу) ЗО до іншого закладу охорони здоров'я за медичними показаннями згідно із направленням лікуючого лікаря у випадках неможливості надати необхідну медичну допомогу в цьому закладі охорони здоров'я;
- 2.15.2.8. забезпечення медикаментами при невідкладному стаціонарному лікуванні, при якому Страховик відшкодовує вартість медичної допомоги, медичних та інших послуг (включаючи медикаменти), зазначених у п.п. 2.15.2.1 – 2.15.2.7 цих Загальних умов, в межах ліміту відповідальності на весь строк дії Договору – в межах до 50 % включно страхової суми, зазначеної в Ч1 Договору за Класом страхування 2 «Медичне страхування», 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 Ч1 Договору.
- 2.15.3. **Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога** (загальний ліміт відповідальності на весь строк дії Договору складає в межах до 40 % включно страхової суми (включаючи медикаменти), зазначеної в Ч1 Договору за Класом страхування 2 «Медичне страхування», та ліміту відповідальності – в межах до 2 000 грн включно на один страховий випадок (якщо інший ліміт відповідальності не передбачений в Ч1 Договору), яка передбачає консервативне та оперативне лікування в умовах поліклініки, якщо ЗО перебуває у невідкладному стані (відповідно до переліку, зазначеного у п. 2.16 цих Загальних умов), включаючи:
- 2.15.3.1. консультації лікарів, в т. ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації, в умовах поліклініки;
- 2.15.3.2. проведення лабораторних досліджень (загально-клінічних та біохімічних) за призначенням лікаря в умовах поліклініки;
- 2.15.3.3. проведення інструментальних методів досліджень (функціональних, ендоскопічних, ультразвукових (крім доплерографії), рентгенологічних (крім комп'ютерної та/або магнітно-резонансної томографії)) за призначенням лікаря в умовах поліклініки;
- 2.15.3.4. призначення схеми лікування (виписка рецептів на придбання медикаментів, роз'яснення щодо прийому медикаментів, консультування з дотримання режиму та харчування);
- 2.15.3.5. лікувальні маніпуляції (перев'язки, ін'єкції, блокади та ін.);
- 2.15.3.6. забезпечення медикаментами при амбулаторно-поліклінічному лікуванні (ліміт відповідальності медикаментозного забезпечення на один страховий випадок – в межах до 1 000 грн включно, якщо інший ліміт відповідальності не передбачений в Ч1 Договору).
- 2.15.4. **Екстрена стоматологічна допомога** (ліміт не більше 500 грн на весь строк дії Договору), а саме:
- 2.15.4.1. стоматологічний огляд;
- 2.15.4.2. рентгенівське дослідження;
- 2.15.4.3. 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.
- 2.15.5. **Репатріація** тіла до місця постійного проживання у випадку смерті ЗО (ліміт відповідальності Страховика на репатріацію тіла в межах страхової суми (надалі – СС), якщо СС встановлена в національній валюті України (гривні), або 10 % від СС, якщо СС встановлена в іноземній валюті (євро)), включаючи:
- 2.15.5.1. розтин тіла, зберігання тіла ЗО в морзі на період оформлення документів;
- 2.15.5.2. бальзамування тіла для транспортування на великі відстані;
- 2.15.5.3. 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;
- 2.15.5.4. 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.
- 2.16. **Перелік захворювань і станів, що потребують надання невідкладної стаціонарної допомоги** (ургентної госпіталізації при станах, що загрожують життю та потребують надання невідкладної медичної допомоги в стаціонарі в перші 3 – 12 годин) за Договором за Класом страхування 2 «Медичне страхування»:
- 2.16.1. інфекційні та паразитарні хвороби: 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 (з лімітом відповідальності Страховика – в межах СС, якщо в грн/ 1 % від СС, якщо в євро); 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);
- 2.16.2. хвороби ендокринної системи: діабет (кома тозний стан); хвороби щитовидної залози (тіреотоксичний криз, мікседема тозна кома); хвороби паращитовидної залози (гіпер- та гіпокальціємічні кризи); хвороби наднирникової залози (гостра наднирникова недостатність, феохромацитомний криз); гіпопитуїтарна кома;
- 2.16.3. 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);

2.16.4. 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;

2.16.5. 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;

2.16.6. хвороби та ураження органів травлення: перитоніт; перфорації шлунку та кишок; гострий апендицит, дивертикуліт; защемлена кіла; 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;

2.16.7. 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;

2.16.8. гостра акушерсько-гінекологічна патологія: гострі стани, що потребують екстреного оперативного втручання; масивні кровотечі із статевих шляхів;

2.16.9. хвороби шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів: гострі стани, що потребують екстреного оперативного втручання;

2.16.10. 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);

2.16.11. 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.

2.17. За Класом страхування 2 «Медичне страхування» страхові виплати за страховими випадками здійснюються в межах лімітів відповідальності Страховика відповідно до обраної програми за Договором.

#### 2.18. Програми страхування.

Програма страхування Послуги	А	В	С
	Ліміт відповідальності Страховика		
Невідкладна (швидка) медична допомога	в межах СС	в межах СС	в межах СС
Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога	ні	<b>2 000 грн</b> на 1 страховий випадок	<b>2 000 грн</b> на 1 страховий випадок
Медикаментозне забезпечення при амбулаторному лікуванні	ні	<b>1 000 грн</b> на 1 страховий випадок	<b>1 000 грн</b> на 1 страховий випадок
Невідкладна стаціонарна допомога	<b>4 000 грн</b> на 1 страховий випадок	<b>4 000 грн</b> на 1 страховий випадок	<b>4 000 грн</b> на 1 страховий випадок
Медикаментозне забезпечення при стаціонарному лікуванні	<b>2 000 грн</b> на 1 страховий випадок	<b>2 000 грн</b> на 1 страховий випадок	<b>2 000 грн</b> на 1 страховий випадок
Екстрена стоматологічна допомога	<b>500 грн</b>	<b>500 грн</b>	<b>500 грн</b>
Транспортування до найближчого закладу охорони здоров'я/лікаря/спеціалізованого закладу охорони здоров'я	в межах СС	в межах СС	в межах СС
Репатріація	ні	ні	в межах СС, якщо в грн/ 10 % від СС, якщо в євро

2.19. За Договором за Класом страхування 13 «Цивільна відповідальність» страховим випадком визнається настання протягом строку та 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 до країни громадянської належності/країни попереднього постійного проживання або примусове видворення Страхувальника/ЗО за межі України.

2.20. За Договором за Класом страхування 13 «Цивільна відповідальність» подія визнається страховим випадком, якщо:

2.20.1. подія сталася під час перебування Страхувальника/ЗО на території дії Договору на законних підставах;

2.20.2. рішення про примусове повернення Страхувальника/ЗО до країни громадянської належності або примусове видворення Страхувальника/ЗО за межі України підтверджується судовим рішенням, що набрало законної сили протягом строку дії Договору.

2.21. За Договором за Класом страхування 13 «Цивільна відповідальність» третіми особами (одержувачами страхової виплати) є особи, які приймають Страхувальника/ЗО в Україні, або Міграційна служба.

### **3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ**

#### **3.1. Страхувальник має право:**

3.1.1. Ознайомитися з умовами Договору та Загальними умовами страхового продукту «Комплексне страхування: медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземних громадян/осіб без громадянства перед третіми особами»;

3.1.2. На одержання страхової виплати на умовах, в розмірі та строки, визначених Договором;

3.1.3. Вносити Страховику пропозиції щодо змін та доповнень до умов Договору;

3.1.4. При укладенні Договору призначати Вигодонабувачів, для отримання страхової виплати, а також замінювати їх до настання страхового випадку;

3.1.5. Достроково припинити дію Договору у відповідності до його умов та законодавства України;

3.1.6. На одержання від Страховика дублікату Договору у разі втрати оригіналу.

#### **3.2. Страхувальник зобов'язаний:**

3.2.1. При укладенні 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 Додатковий договір протягом 48 (сорока восьми) годин з моменту настання такої зміни.

3.2.2. Своєчасно вносити страхові платежі в порядку і на умовах, визначених Договором.

3.2.3. При укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету Договору.

3.2.4. Вживати заходів щодо запобігання настанню та зменшення наслідків страхового випадку.

3.2.5. Вчинити дії, передбачені п. 6.1 цих Загальних умов.

3.2.6. Повідомити Страховика про будь-які кошти або майно, одержані від третіх осіб в рахунок відшкодування завданих внаслідок страхового випадку збитків.

3.2.7. Повернути Страховику отриману від нього страхову виплату у відповідному розмірі протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту:

3.2.7.1. відшкодування третіми особами збитків, завданих внаслідок страхового випадку;

3.2.7.2. виявлення обставин, які відповідно до Договору, законодавства України повністю або частково позбавляють Страхувальника/ЗО/Вигодонабувача права на одержання страхової виплати.

3.2.8. Дотримуватись умов Договору, законодавства України.

3.2.9. При укладенні Договору повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі у ЗО та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі).

#### **3.3. Страховик має право:**

3.3.1. Отримати від Страхувальника всю інформацію для укладення Договору та оцінки страхового ризику;

3.3.2. Змінювати умови Договору за згодою Страхувальника, а також вимагати від Страхувальника сплати додаткової страхової премії при збільшенні страхового ризику після внесення змін до Договору;

3.3.3. Відмовити у страховій виплаті/страховому відшкодуванні за наявності підстав та на умовах, передбачених Договором та законодавством України;

3.3.4. Відстрочити страхову виплату/страхове відшкодування за наявності підстав, зазначених в Договорі, або здійснювати страхову виплату частинами;

3.3.5. Достроково припинити дію Договору у відповідності до його умов та законодавства України;

3.3.6. При отриманні письмового повідомлення Страхувальника про зміни страхового ризику не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин прийняти рішення та повідомити Страхувальника про зміну умов Договору або припинення його дії з моменту виникнення такої зміни;

3.3.7. 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 збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

3.3.8. Звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про причини, обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причини і обставини події, що має ознаки страхового випадку.

#### **3.4. Страховик зобов'язаний:**

3.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Загальними умовами страхового продукту «Комплексне страхування: медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземних громадян/осіб без громадянства перед третіми особами».

3.4.2. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату/страхове відшкодування у передбачений Договором строк.

3.4.3. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону

України «Про страхування».

3.4.4. У випадку прийняття рішення про відмову у страховій виплаті/страховому відшкодуванні письмово повідомити про це Страхувальника з обґрунтуванням причин відмови в строк, передбачений Договором.

3.5. Страховик та Страхувальник мають також інші права та обов'язки, визначені в інших розділах Договору, а також передбачені законодавством України.

3.6. За невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором його Сторони несуть відповідальність згідно із законодавством України та Договором.

#### **4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ**

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

4.1.1. закінчення строку дії;

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

4.1.3. несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений Договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому Договір вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у Договорі днем сплати чергової частини страхової премії. При цьому Страховик не надсилає Страхувальнику письмову вимогу щодо необхідності сплати страхової премії та письмового повідомлення про дострокове припинення дії Договору. Грошові кошти, що надійшли на рахунок Страховика після строку, зазначеного для сплати страхової премії, вважаються перерахованими помилково та підлягають поверненню Страхувальнику в повному обсязі на підставі його письмової заяви;

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

4.1.5. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);

4.1.6. визнання Страхувальника-фізичної особи недієздатною особою;

4.1.7. набрання законної сили судового рішення про визнання Договору недійсним;

4.1.8. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.

4.2. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика (без необхідності отримання згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору). Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше як за 5 (п'ять) календарних днів до дати припинення дії Договору.

4.2.1. При достроковому припиненні Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, в розмірі визначеному при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за 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 Договором.

4.2.2. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика та у разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, в розмірі визначеному при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

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

4.4. Зміни та доповнення до умов Договору в період його дії вносяться за взаємною згодою його сторін шляхом укладення додаткового договору до Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви про внесення змін до Договору іншою Стороною. Якщо будь-яка зі Сторін Договору не згодна на внесення змін до умов Договору, в той же строк вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

4.5. Гранична максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, складає **70%** від страхового тарифу (страхової премії).

#### **5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ**

5.1. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від Договору без пояснення причин, крім договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 (тридцяти) календарних днів та/або якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором.

5.2. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі за місцезнаходженням Страховика або шляхом надсилання електронного документу на адресу електронної скриньки Страховика [office@persha.ua](mailto:office@persha.ua) з накладенням на таке повідомлення електронного підпису Страхувальника.

5.3. У разі відмови Страхувальника від Договору Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови, що протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору, не

відбулася подія, що має ознаки страхового випадку, не пізніше ніж протягом 10 (десяти) робочих днів від дати отримання повідомлення Страхувальника про відмову від Договору.

## **6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

6.1. У разі настання події (за Класом страхування 2 «Медичне страхування»), що має ознаки страхового випадку, Страхувальник/ЗО або особа, що представляє її інтереси, перед тим, як звернутися за допомогою, в т.ч. до відповідного закладу охорони здоров'я або лікаря, або отримати будь-які медичні або інші послуги, передбаченні Договором, зобов'язана негайно (протягом 24 години з моменту настання події), в будь-який час доби, для отримання інструкцій щодо подальших своїх дій, здійснити наступні дії:

6.1.1. **повідомити Асистанс за телефоном +380 66 888 00 01** про настання події, що має ознаки страхового випадку, а саме:

6.1.1.1. прізвище, ім'я;

6.1.1.2. причину звернення;

6.1.1.3. місцезнаходження, адресу;

6.1.1.4. контактні телефони.

6.1.2. Виконувати вказівки Асистансу.

6.1.3. Звернутись до закладу охорони здоров'я за медичною допомогою.

6.1.4. Виконувати вказівки, призначення лікаря.

6.1.5. Не пізніше 4 (чотирьох) робочих днів з дня закінчення лікування/перебування в умовах стаціонару повідомити Страховика письмово про настання події, що має ознаки страхового випадку.

6.1.6. Надати Страховику достовірну інформацію про подію, що має ознаки страхового випадку.

6.2. 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 (двадцяти чотирьох) 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 закладу охорони здоров'я.

6.3. Строки організації медичної допомоги можуть змінюватись в залежності від графіку роботи закладу охорони здоров'я (при зверненні в вихідні дні організація планової медичної допомоги може проводитися через 48 (сорок вісім) годин – тобто в перший робочий день закладу охорони здоров'я 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 екстреної допомоги, якщо відсутні прямі показання для її виклику.

6.4. При зверненні до закладу охорони здоров'я 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, заклад охорони здоров'я надає послуги тільки за умови телефонного підтвердження від Асистансу/Страховика про готовність відшкодувати витрати за послуги, що потрібно надати цій особі.

6.5. 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.

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

6.7. 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.

6.8. 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 (лікарських засобів) на один страховий випадок.

6.9. При зверненні до закладу охорони здоров'я з переліку Асистансу та отриманні 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 закладу охорони здоров'я (у т.ч. аптечного закладу) вартості медичних та інших послуг (в т.ч. медикаментів), отриманих ЗО. Страхові виплати здійснюються на підставі документів, наданих закладом охорони здоров'я в межах лімітів Програми страхування.

6.10. ЗО має право звернутися до закладу охорони здоров'я, 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 закладі охорони здоров'я 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 умов 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.

6.11. За Класом страхування 13 «Цивільна відповідальність» 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 події, що має ознаки страхового випадку, та розмір збитків відповідно до умов Договору.

6.12. За Класом страхування 13 «Цивільна відповідальність» (якщо Страхувальник перебуває в межах території дії Договору, зазначеної в Ч1 Договору) Страхувальник/ЗО зобов'язаний:

6.12.1. 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 до країни громадянської належності або примусовим видворенням за межі України;

6.12.2. систематично у погодженні зі Страховиком строки інформувати Страховика про перебіг справи про примусове повернення до країни громадянської належності або примусове видворення;

6.12.3. 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.

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

## **7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

7.1. **За Класом страхування 2 «Медичне страхування»** Страховик відшкодовує витрати, зазначені в п.п. 2.15.1 – 2.15.5 цих Загальних умов:

7.1.1. Асистансу/закладу охорони здоров'я на підставі документів, наданих Асистансом/закладом охорони здоров'я;

7.1.2. Міграційній службі, що здійснює видворення Страхувальника за межі території України, або приймаючій особі у випадку, коли приймаюча особа оплатила Міграційній службі витрати на примусове повернення Страхувальника/ЗО до країни громадянської належності/країни попереднього постійного проживання або примусове видворення Страхувальника/ЗО за межі України;

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

7.1.4. Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу. Для цього Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач надають наступні документи:

7.1.4.1. заяву про страхову виплату;

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

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

7.1.4.4. рахунки закладів охорони здоров'я, які надавали медичні послуги у зв'язку з виникненням події, що має ознаки страхового випадку, та розрахункові документи (квитанції, фіскальні чеки, прибуткові касові ордери тощо), що підтверджують сплату медичних послуг та медикаментів;

7.1.4.5. копії документів, що посвідчують право на спадщину;

у разі репатріації:

7.1.4.6. нотаріально засвідчену копію свідоцтва про смерть;

7.1.4.7. нотаріально засвідчену копію лікарської довідки про смерть та/або довідки про причини смерті;

7.1.4.8. нотаріально засвідчені копії документів щодо оплати послуг з перевезення тіла Страхувальника/ЗО;

7.1.4.9. інші документи на вимогу Страховика, що стосуються факту, причин настання події, що має ознаки страхового випадку, та розміру завданих збитків.

7.2. **За Класом страхування 2 «Медичне страхування»** страхова виплата здійснюється Страховиком шляхом:

7.2.1. перерахування грошових коштів на рахунок Асистансу/закладу охорони здоров'я на підставі документів, що підтверджують факт настання події, що має ознаки страхового випадку, та визначають вартість наданої медичної допомоги. Форма визначених документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком та Асистансом або Страховиком та закладом охорони здоров'я;

7.2.2. відшкодування Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу вартості отриманих Страхувальником/ЗО медичних послуг у разі самостійної їх сплати за умови надання всіх документів, що зазначені у п. 7.1.4 цих Загальних умов, не пізніше ніж через 4 (чотири) дні після закінчення лікування.

7.3. **За Класом страхування 2 «Медичне страхування»** розмір страхової виплати розраховується Страховиком на підставі документів, зазначених в п. 7.1.4 цих Загальних умов. Страховик здійснює розрахунок страхового відшкодування (виплати) на підставі підсумованих всіх платіжних документів (рапортів, довідок, виписок, рецептів, чеків, тощо), наданих закладами охорони здоров'я або ЗО за лікування або інші послуги, що були надані під час перебування ЗО за кордоном, за вирахуванням франшизи (якщо франшиза передбачена в Ч1 Договору) в межах страхової суми (лімітів відповідальності), передбачених Договором.

7.4. **За Класом страхування 2 «Медичне страхування»** страхова виплата здійснюється в гривнях, в межах

розміру, розрахованого Страховиком:

7.4.1.Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня складання Страхового акта. Страховик складає Страховий акт протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання документів, зазначених в п. 7.1.4 цих Загальних умов. У випадку здійснення медичних витрат без погодження Асистансу, розмір страхової виплати обмежується 2 000 (двома тисячами) гривень.

7.4.2.Асистансу/ закладу охорони здоров'я у порядку і на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та Асистансом/закладом охорони здоров'я.

7.5. **За Класом страхування 2 «Медичне страхування»** у разі виникнення спорів між Сторонами щодо причин і розміру витрат 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.

7.6. **За Класом страхування 2 «Медичне страхування»** Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати, якщо:

7.6.1.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 органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, 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 події, що має ознаки страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до п. 7.1.4 цих Загальних умов;

7.6.2.на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання події, що має ознаки страхового випадку, та розмір страхової виплати. У такому випадку Страховик має право призначити з'ясування або експертизу незалежним фахівцем (експертом), який має відповідно до законодавства України належні повноваження, з метою встановлення обставин, причин настання події, що має ознаки 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 з'ясування 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 події, що має ознаки страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до п. 7.1.4 цих Загальних умов;

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

7.7. **За Класом страхування 2 «Медичне страхування»** Страхувальник/ЗО зобов'язаний відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості послуг закладу охорони здоров'я, наданих внаслідок:

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

7.7.2.отримання ЗО медичної допомоги, медичних та інших послуг, не передбачених умовами Договору, а також наданих підприємствами, установами, закладами, особами та/або організаціями, які створені та/або діють не на підставі законодавства України;

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

7.7.4.отримання медичних та інших послуг за зверненням до закладу охорони здоров'я в стані або внаслідок алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

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

7.7.6.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);

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

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

7.7.9.необґрунтованого виклику екстреної (невідкладної) медичної допомоги (в т.ч. використання спеціалізованого санітарного транспорту) для обслуговування незастрахованої особи, не в медичних цілях, виклику, здійсненого ЗО, яка перебуває в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або абстинентного синдрому; виклику, коли ЗО відсутня за зазначеною адресою або відмовляється від огляду, виклику (невідкладної) медичної допомоги, що здійснено до ЗО, яка не потребує надання невідкладної медичної допомоги (з метою надання планових медичних маніпуляцій і подібне), виклику, що здійснено за соціальними показаннями (проживання далеко від закладу охорони здоров'я, відсутність автотранспорту, зайнятість на роботі

або вдома, несприятливі кліматичні (погодні) умови та інше, при цьому 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;

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

7.7.11. у разі відсутності ЗО на плановій консультації, якщо ЗО не попередила заклад охорони здоров'я та/або Страховика про це не менш, ніж за 2 (дві) години до початку консультації;

7.7.12. отримання страхової виплати на умовах п. 7.6.2 цих Загальних умов в разі надання свідомо неправдивих відомостей про факт настання події, що має ознаки страхового випадку, та факт сплати послуг за власний рахунок;

7.8. **За Класом страхування 13 «Цивільна відповідальність»** для страхового відшкодування надаються наступні документи:

7.8.1. заява страхувальника про виплату страхового відшкодування;

7.8.2. документи, що дозволяють ідентифікувати особу Страхувальника;

7.8.3. належним чином засвідчена копія судового рішення про примусове повернення/примусове видворення Страхувальника за межі України;

7.8.4. документи, що підтверджують сплату Страхувальником/приймаючою особою витрат Міграційної служби на виконання судового рішення про примусове повернення/примусове видворення Страхувальника за межі України;

7.8.5. документи, що підтверджують витрати Міграційної служби з виконання судового рішення про примусове повернення/примусове видворення Страхувальника за межі України;

7.8.6. інші документи на вимогу Страховика, що стосуються факту, причин, обставин події, що має ознаки страхового випадку, розміру завданих збитків.

7.9. **За Класом страхування 13 «Цивільна відповідальність»** Страховик складає Страховий акт протягом 10 (десяти) робочих днів з дня надання документів, зазначених в п. 7.8 цих Загальних умов. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування Страхувальнику/приймаючій особі/ Міграційній службі на підставі Страхового акту протягом 10 (десяти) робочих днів з дня складання Страхового акту.

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

7.11. **Загальний порядок здійснення страхової виплати/страхового відшкодування.**

7.11.1. У разі недостатності наданих Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем документів для встановлення факту, обставин, причин настання події, що має ознаки 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/страхове відшкодування або відмову у страховій виплаті/страховому відшкодуванні до моменту отримання таких документів.

7.11.2. Надання Страховиком або його представником інструкцій Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу у зв'язку із подією, що сталася, не є підставою для визнання цієї події страховим випадком. 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 (шість) місяців.

7.11.3. Загальна сума страхових виплат/страхових відшкодувань не може перевищувати СС, зазначену в Ч1 Договору. Якщо страхова виплата здійснена в розмірі повної СС, дія Договору припиняється.

7.11.4. Якщо загальна сума виплат/страхових відшкодувань за наданими рахунками перевищує зазначену в Ч1 Договору СС, то в першу чергу відшкодовуються витрати на лікування, а в разі смерті ЗО – витрати на перевезення тіла або витрати на поховання.

7.11.5. Після здійснення Страховиком страхової виплати/страхового відшкодування, що становить частину СС, Договір зберігає чинність до закінчення строку його дії. При цьому сума зобов'язань Страховика (СС) зменшується на суму здійсненої страхової виплати/страхового відшкодування.

7.11.6. У разі, якщо після здійснення страхової виплати/страхового відшкодування Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу третьою особою відшкодовані витрати 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 витрати частково, Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач зобов'язаний повернути Страховику суму відшкодування, отриманого від третьої особи.

7.11.7. 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 (шість) місяців з дня отримання заяви Страхувальника про виплату, у випадках, коли:

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

7.11.7.2. надані документи не дають змоги повністю з'ясувати причини і обставини події, що має ознаки страхового випадку, розмір страхової виплати.

7.11.8. 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 у справі про адміністративні правопорушення, або прийняття рішення у цивільній/господарській справі. В цьому випадку строк прийняття рішення про страхову виплату може бути подовжений до 12 (дванадцяти) 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/Асистиансом заяви до суду, що стосується події, яка має ознаки страхового випадку, останні зобов'язані залучити Страховика в якості третьої особи без самостійних вимог.

7.11.9. Якщо до Договору було внесено зміни щодо розмірів СС або лімітів відповідальності, Страховик здійснює страхову виплату з урахуванням останньої зміни, у разі, якщо подія настала після внесення таких змін.

## **8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

8.1. Підставою (причиною) для відмови у здійсненні страхової виплати в повному обсязі або частково є:

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

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

8.1.3. подання Страхувальником/ЗО неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

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

8.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (особою, визначеною у Договорі або законодавством) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

8.1.6. невиконання Страхувальником зобов'язань згідно з п. 3.2 цих Загальних умов;

8.1.7. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором;

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

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

8.1.10. не надання документів, зазначених в Розділі 7 цих Загальних умов, протягом 5 (п'яти) календарних днів з дня настання події, що має ознаки страхового випадку;

8.1.11. невиконання Страхувальником/ЗО умов, зазначених в Розділі 6 цих Загальних умов;

8.1.12. порушення Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем/Асистиансом зобов'язання, передбаченого п. 7.11.8 цих Загальних умов;

8.1.13. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором;

8.1.14. наявність інших підстав, встановлених законодавством.

## **9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ**

9.1. До укладення Договору Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від клієнта (потенційного Страхувальника) інформації з'ясовує потреби та вимоги клієнта (потенційного Страхувальника) у страхуванні.

9.2. За рішенням Страховика (страхового посередника) або на запит клієнта (потенційного Страхувальника) Страховик надає клієнтові (потенційному Страхувальнику) безоплатну індивідуальну консультацію та рекомендації щодо умов страхового продукту.

9.3. Перед укладенням Договору Страховик (страховий посередник) забезпечує клієнта (потенційного Страхувальника) доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника, з метою прийняття клієнтом (потенційним Страхувальником) усвідомленого рішення про укладення Договору.

9.4. Клієнт (потенційний Страхувальник) зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору вичерпний перелік інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором, включаючи:

### **9.4.1. Відомості про об'єкти страхування:**

9.4.1.1. ПІ, паспорт, дата народження, адреса, країна постійного проживання ЗО;

9.4.1.2. Відсутність у ЗО станів, обставин, які є підставою для відмови в укладенні Договору щодо такої особи, а саме:

- особа, визнана у встановленому законодавством порядку недієздатною/обмежено дієздатною;

- особа перебуває на обстеженні або амбулаторному лікуванні, що потребують відвідування закладу охорони здоров'я, на лікуванні в умовах стаціонару;

- особа потребує постійного догляду.

**9.4.2. Обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику** (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків):

9.4.2.1. наявність підстав, за яких Договір не може бути укладено з особами, про яких йдеться у п. 9.4.1.2 цих Загальних умов.

9.4.2.2. страхові випадки та збитки щодо ЗО, що мали місце в минулому;

9.4.2.3. наявність інших діючих договорів страхування щодо об'єктів страхування за Договором.

**9.4.3. Інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єктів страхування**, уключаючи наявність такого інтересу у Вигодонабувача (у разі визначення такої особи в Договорі).

9.4.4. Договір за страховим продуктом «Комплексне страхування: медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземних громадян/осіб без громадянства перед третіми особами» укладається у письмовій формі у паперовому вигляді в двох примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному примірнику для кожної зі Сторін, або як електронний документ, електронний договір (правочин) відповідно до Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», Закону України «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги», законодавства у сфері електронної комерції, укладення електронних договорів (правочинів).

## **10. ВИНЯТКИ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

10.1. Не визнаються страховими випадками події:

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

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

10.1.3. що настали за межами території дії Договору;

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

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

10.1.6. що настали внаслідок скоєння чи спроби скоєння Страхувальником/ЗО злочину;

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

10.1.8. що настали внаслідок самолікування Страхувальника/ЗО, вживання Страхувальником/ЗО ліків без призначення лікаря або ліками, не зареєстрованими в Україні;

10.1.9. 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 особами, які застосовують нетрадиційне/альтернативне лікування;

10.1.10. що настали внаслідок самогубства, спроби самогубства Страхувальника/ЗО;

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

10.1.12. що настали внаслідок лікування Страхувальником/ЗО неврологічних або психічних захворювань;

10.1.13. що настали внаслідок проходження Страхувальником/ЗО будь-яких експериментальних, дослідницьких процедур;

10.1.14. що настали внаслідок ядерного інциденту, ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення, іонізуючого випромінювання;

10.1.15. що настали внаслідок дій Страхувальника/ЗО, спрямованих на настання страхового випадку;

10.1.16. 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;

10.1.17. що настали внаслідок навмисного травмування Страхувальника/ЗО;

10.1.18. що настали внаслідок подорожування або польоту Страхувальника/ЗО на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні;

10.1.19. що настали внаслідок тренування Страхувальника/ЗО, пілотування Страхувальником/ЗО або перебування Страхувальника/ЗО в якості пасажирів на планері або планері, який пілотується вручну, а також стрибків з парашутом;

10.1.20. що настали внаслідок участі Страхувальника/ЗО у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільної особи;

10.1.21. 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;

10.1.22. що настали внаслідок керування Страхувальником/ЗО або її пересування в якості пасажирів на мотоциклі, моторолері або маломірному судні;

10.1.23. смерть Страхувальника/ЗО від захворювань, що не були наслідком нещасного випадку.

10.2. Не визнається страховим випадком здійснення медичних витрат, що прямо пов'язано з нанесенням шкоди ЗО внаслідок:

10.2.1. війни, збройної агресії, збройних конфліктів, військових дій, застосуванням військової зброї, дій або бездіяльності збройних формувань, громадських заворушень, несанкціонованих культурно-масових заходів, несанкціонованих мітингів, несанкціонованих демонстрацій.

Підтвердженням або спростуванням фактів настання/існування подій, передбачених в п. 10.2.1 цих Загальних умов, 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».

10.2.2. самостійного відшкодування витрат на видворення Страхувальником у випадку наявності у нього власних коштів та/або майна, за рахунок яких можливе відшкодування витрат на видворення.

10.3. Страховик не відшкодовує витрати Страхувальника/ЗО на медичну допомогу, пов'язану з:

10.3.1. погіршенням стану здоров'я або смертю Страхувальника/ЗО внаслідок захворювання, що було діагностовано до початку строку дії Договору;

10.3.2. лікуванням хронічних захворювань;

10.3.3. хворобою Страхувальника/ЗО в стадії ремісії;

10.3.4. лікуванням будь-яких побічних, супутніх захворювань та/або симптомів;

10.3.5. лікуванням Страхувальника/ЗО у закладі охорони здоров'я без погодження Асистансу;

10.3.6. необґрунтованим зверненням до Асистансу;

10.3.7. лікуванням Страхувальника/ЗО, розпочатим до початку строку дії Договору;

10.3.8. лікуванням Страхувальника/ЗО, розпочатим після закінчення строку дії Договору;

10.3.9. лікуванням Страхувальника/ЗО, що не є невідкладним;

10.3.10. стихійними лихами (явищами), епідеміями, карантинном в межах території дії Договору;

10.3.11. стоматологічними послугами, крім екстреної допомоги;

10.3.12. перериванням вагітності Страхувальника/ЗО;

10.3.13. вагітністю Страхувальника/ЗО;

10.3.14. штучним заплідненням Страхувальника/ЗО;

10.3.15. лікуванням безпліддя Страхувальника/ЗО;

10.3.16. заходами по запобіганню вагітності;

10.3.17. протезуванням Страхувальника/ЗО;

10.3.18. придбанням засобів гігієни, протезів та ортопедичних виробів, загальнозміцнюючих препаратів, дитячого харчування;

10.3.19. придбанням окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, інвалідних візків, милиць і таке інше;

10.3.20. діагностичними та лабораторними дослідженнями, що не є обов'язковими у разі захворювання;

10.3.21. медичними послугами, не передбаченими Договором;

10.3.22. медичними послугами, не погодженими Асистансом;

10.3.23. реконструктивними та пластичними оперативними втручаннями;

10.3.24. вакцинацією Страхувальника/ЗО;

10.3.25. видачею медичних довідок Страхувальнику/ЗО;

10.3.26. проведенням відновлювальної терапії, реабілітації, фізіотерапії Страхувальнику/ЗО;

10.3.27. ангіографією, ангіопластиком, шунтуванням, стентуванням Страхувальника/ЗО;

10.3.28. обстеженням, лікуванням методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто-, натуротерапії та іншими методами недоказової медицини, водолікуванням, косметичним лікуванням, SPA-процедурами;

10.3.29. наданням засобів та послуг додаткового комфорту;

10.3.30. лікуванням Страхувальника/ЗО після дати медичної евакуації, можливої за медичними показаннями;

10.3.31. лікуванням Страхувальника/ЗО в межах території постійного проживання Страхувальника/ЗО;

10.3.32. медичною евакуацією Страхувальника/ЗО всупереч медичних показань;

10.3.33. перевищенням межі необхідних витрат;

10.3.34. перевезенням Страхувальника/ЗО до іншого закладу охорони здоров'я без погодження з Асистансом/Страховиком;

10.3.35. лікуванням наслідків впливу ультрафіолетового випромінювання;

10.3.36. хворобами, що передаються статевим шляхом;

10.3.37. гепатитом, онкологічними хворобами;

10.3.38. лікуванням наслідків потрапляння води до органів слуху;

10.3.39. лікуванням дерматитів;

10.3.40. захворюванням Страхувальника/ЗО на паразитарні, інфекційні хвороби;

10.3.41. вродженими вадами Страхувальника/ЗО;

10.3.42. проведенням хірургічних операцій в амбулаторно-поліклінічних умовах.

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

10.4.1. обставин, про які Страхувальник/ЗО знав або повинен був знати, але не вжив усіх від нього залежних заходів для запобігання настанню події, що має ознаки страхового випадку;

- 10.4.2. навмисних дій будь-яких третіх осіб, спрямованих на виникнення страхового випадку, змови Страхувальника/ ЗО та третьої особи;
- 10.4.3. дій або бездіяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування;
- 10.4.4. витрат третіх осіб, пов'язаних із виїздом Страхувальника/ЗО за межі України в добровільному порядку.
- 10.5. Дія Договору не поширюється на осіб, які на дату укладання Договору:
  - 10.5.1. визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними/обмежено дієздатними;
  - 10.5.2. перебувають на обстеженні або амбулаторному лікуванні, що потребують відвідування закладу охорони здоров'я, на лікуванні в умовах стаціонару;
  - 10.5.3. потребує постійного догляду.
- 10.6. Страховиком в будь-якому випадку не відшкодовуються:
  - 10.6.1. неустойка (пеня, штраф), які були сплачені Страхувальником;
  - 10.6.2. моральна шкода;
  - 10.6.3. упущена вигода (втрата прибутку);
  - 10.6.4. судові витрати, витрати, пов'язані з інфляційними збитками, та інше;
  - 10.6.5. витрати на ритуальні послуги на території організації репатріації.

## **11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ІНШІ УМОВИ**

- 11.1. Всі спори та розбіжності, які виникають з Договору, вирішуються Сторонами шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди – судом відповідно до законодавства України.
- 11.2. При укладенні Договору, виходячи з конкретних умов страхового покриття за Договором, специфіки об'єктів страхування, страхового інтересу Страхувальника/Вигодонабувача, порядку укладення Договору, вимог законодавства про захист прав споживачів та т. ін., деякі положення Загальних умов страхового продукту «Комплексне страхування: медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземних громадян/осіб без громадянства перед третіми особами» можуть бути уточнені, конкретизовані у Договорі, якщо це не суперечить законодавству.
- 11.3. Будь-які повідомлення Страховику вважаються поданими належним чином, якщо вони надані Страхувальником (його уповноваженою особою) особисто або рекомендованим листом, або шляхом надсилання електронного повідомлення/документу на адресу електронної скриньки Страховика [office@persha.ua](mailto:office@persha.ua) з накладенням на таке повідомлення/документ електронного підпису Страхувальника, або у інший спосіб, узгоджений зі Страховиком.

## **12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

### **Страховик:**

**Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Перша".**

Адреса для звернення: 03150, м. Київ, вул. Фізкультури, 30.

Адреса електронної пошти: [office@persha.ua](mailto:office@persha.ua)

Телефон для звернення: 044-350-350-1.

Телефон для повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку:

**0-800-301-001**

### **Асистанс:**

**+380 66 888 00 01**