

1. Загальні положення та порядок укладання Договору.

1.1. Ця Пропозиція (Оферта) (надалі – Оферта) є офіційною пропозицією Товариства з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «УКРФІНСТРАХ» (далі – Страховик), що адресується необмеженому колу юридичних або фізичних осіб (надалі – Клієнти), класти зі Страховиком Електронний договір добровільного комплексного страхування подорожуючих за кордоном (надалі – Договір, Договір страхування), містить істотні умови Договору та виражає намір Страховика вважати себе зобов'язаним у разі її прийняття.

1.2. Договір укладається відповідно до Правил добровільного страхування медичних витрат (нова редакція) від 01 серпня 2016 року, зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання в сфері ринків фінансових послуг, згідно з Ліцензією АВ № 584332, строком дії з 07.10.2010 р. (безстрокова), Правил добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція) від 08 червня 2016 року, зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання в сфері ринків фінансових послуг, згідно з Ліцензією АВ № 584196, строком дії з 07.10.2010 р. (безстрокова) (надалі за текстом - Правила), умов цієї Оферти та з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, Законів України «Про страхування», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронну комерцію».

1.3. **Страховик** - Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «УКРФІНСТРАХ», в особі Директора Ким Галини Григорівни, яка діє на підставі Статуту.
Код за ЄДРПОУ: 35427589.

Адреса: 04210, Україна, м. Київ, пр. Героїв Сталінграда 4, корпус 6а. Тел. 044 495 54 65 (66,67), e-mail: referent@ufi.kiev.ua.
Р/р UA163007110000026509052609289 в АТ КБ ПРИВАТБАНК у м.Києві, МФО 300711.

Страховик є резидентом України та має статус платника податку на прибуток підприємств на загальних умовах за ставкою, що передбачена у п.136.2.1 ст.136 Податкового кодексу України від 02.12.2010 р. за N 2755-VI, зі змінами та доповненнями.

1.4. **Страховальник** – юридична особа або дієздатна фізична особа, яка відповідно до умов і положень статей 634 та 642 Цивільного кодексу України, Закону України «Про електронну комерцію» укладає зі Страховиком Договір страхування шляхом здійснення прийняття (акцепту) цієї Оферти через інформаційно-телекомунікаційну систему (надалі – ІТС) Страховика/Страхового Агента.

1.5. Відповідно до статей 207, 634, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», відповідно Клієнта про прийняття (акцепт) умов цієї Оферти Клієнтом вважається вчинення Клієнтом наступних дій:

- оформлення Заяви-приєднання (надалі – Акцепт) в електронній формі, що підписується Клієнтом шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (введення паролю, отриманого на засіб мобільного зв'язку Клієнта);
- сплата (надходження) страхового платежу у передбачені Договором строки і розміри на поточний рахунок Страховика/Страхового Агента.

Виконання Клієнтом усіх вищезазначених дій означає прийняття (акцепт) Клієнтом умов цієї Оферти та укладенням Договору в електронній формі, яка відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» привірюється до договору, укладеного у письмовій формі.

Електронна заява-приєднання (Акцепт) за встановленою Страховиком формою розміщена та заповнюється Клієнтом в ІТС Страховика/Страхового Агента.

1.6. Договір страхування є укладеним з моменту отримання Страховиком акцепту Страховальника (Клієнта). Договір складається з цієї Оферти та підписаної Страховальником (уповноваженою особою Страховальника - юридичної особи) Заяви-приєднання (Акцепту) встановленої Страховиком форми, яка містить індивідуальні умови Договору страхування (пропозицію), а саме: дані щодо Страховальника (П.І.Б., дата народження, адреса, паспорт чи ід.номер), дані щодо Застрахованих осіб, страхову суму, страховий тариф, страховий платіж, строк та місце дії Договору (територія, країна перебування), кількість днів дії страхового захисту, Програму страхування та інші умови страхування.

Індивідуальні умови Договору страхування (пропозиція) надаються в ІТС (на сайті) Страховика/Страхового Агента у електронному вигляді після заповнення Клієнтом необхідних даних Електронної заяви-приєднання (Акцепту) за встановленою Страховиком формою. Надання Клієнту доступу до індивідуальних умов Договору страхування є підтвердженням отримання від Клієнта заявлення на укладення Договору страхування. ІТС Страховика/Страхового Агента передбачає технічну можливість змінювати Клієнтом зміст наданої інформації до моменту прийняття пропозиції.

1.7. Підписання Клієнтом Заяви-приєднання (Акцепту) здійснюється після ідентифікації Клієнта в ІТС Страховика/Страхового Агента шляхом направлення Страховиком/Страховим Агентом одноразового ідентифікатора (паролю) на засіб мобільного зв'язку Клієнта, номер якого зазначається в Заяві-приєднання (Акцепті), та введення Клієнтом такого паролю в ІТС Страховика/Страхового Агента.

1.8. Підписання Договору (Оферти та Заяви-приєднання (Акцепту)) Страховиком відбувається шляхом факсимільного відтворення підпису уповноваженої особи та печатки Страховика. Відповідно до частини третьої статті 207 ЦК України, Страховик та Страховальник (надалі - Сторони) домовилися, що використання факсимільного відтворення підпису уповноваженої особи та печатки Страховика за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, або іншого аналога власноручного підпису та печатки, визнається Страховальником як оригінальний підпис уповноваженої особи, скріплений печаткою Страховика.

Зразок відтворення підпису уповноваженої особи та печатки Товариства з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «УКРФІНСТРАХ»:



Директор ТДВ «СК «УКРФІНСТРАХ» Г.Г. Ким

Підписання Договору (Акцепту) та сплата за ним страхового платежу Страховальником вважається безумовною згодою Страховальника на укладання Договору та ознайомленням з факсимільним відтворенням аналога підпису та відтворенням відбитка печатки Страховика.

1.9. Після здійснення акцепту Клієнт набуває статусу Страховальника та Страховик надсилає на засіб електронного зв'язку (електронну пошту Страховальника, яка зазначається в Заяві-приєднання (Акцепті)) підтвердження укладення Договору - повідомлення разом з Офертою та Акцептом у формі, що унеможливує зміну змісту.

Заява – приєднання (Акцепт), що отримує Страховальник на засіб електронного зв'язку (електронну пошту) вважається Частиною 1 Договору, а ця Оферта – Частиною 2 Договору.

1.10. Сторони приймають на себе зобов'язання за необхідності відтворити Договір (Оферту і Акцепт) на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та проставленню печатки (за наявності) кожної Стороною.

1.11. Дата, час здійснення акцепту, обміну повідомленнями між Сторонами та номер телефону, на який Клієнту було направлено одноразовий ідентифікатор (пароль), та інші дані Клієнта зберігаються в електронній базі Страховика/Страхового Агента.

1.12. Номер Договору присвоюється Страховиком після здійснення Клієнтом акцепту відповідно до умов цієї Оферти та зазначається в Акцепті.

1.13. Оферта розміщена на веб-сайті Страховика в мережі Інтернет (<https://ufi.net.ua/ua/pro-kompaniyu/oferti>), в ІТС Страховика/Страхового Агента та доступна до вільного ознайомлення.

1.14. Правила розміщені на веб-сайті Страховика в мережі Інтернет (<https://ufi.net.ua/ua/pro-kompaniyu/pravyly-strakhuvannya>).

1.15. **Страховальник ознайомлений та згоден з тим, що:**

- фактом отримання Страховальником сформованого Договору (після сплати страхового платежу) є направлення Страховиком примірника Договору на адресу електронної пошти Страховальника (яка зазначається Страховальником при оформленні Заяви-приєднання (Акцепту)). Отриманий примірник Договору Страховальник самостійно роздруковує або зберігає на власних електронних носіях. У разі, якщо Страховальником при укладанні Договору буде невірно зазначена або не зазначена адреса електронної пошти Страховальника або Страховальник не буде мати можливості користуватись електронною поштою, Страховик звільняється від виконання зобов'язання щодо направлення на адресу електронної пошти Страховальника сформованого Договору або звільняється від відповідальності за не отримання Страховальником сформованого Договору;
- у разі зміни Страховиком найменування, місцезнаходження, реквізитів, Страховик повідомляє Страховальника про такі зміни шляхом оприлюднення відповідної інформації на веб-сайті Страховика в мережі Інтернет <https://ufi.net.ua>, що вважається належним повідомленням (та підтверджує факт належного повідомлення) Страховиком Страховальника про такі зміни. Офіційні документи, що підтверджують факт проведення реєстрації таких змін, розміщуються на веб-сайті Страховика в мережі Інтернет.

1.16. **Страховальник/Клієнт укладанням Договору надає безумовну безвідкличну згоду Страховику** на надіслання Страховиком та/або залученими Страховиком третіми особами інформації, повідомлень, листів, інших документів, що пов'язані з укладанням Договору та виконанням Сторонами умов Договору, на адресу електронної пошти Страховальника/Клієнта, зазначеної у Договорі, або повідомлень на його засіб мобільного зв'язку.

У разі зазначення невірної або помилкової адреси електронної пошти Страховальника/Клієнта при укладанні Договору, а також у разі подальшого неможливого доступу Страховальника/Клієнта до електронної пошти або до мобільного зв'язку (дані якого вказані при укладанні Договору), Страховик звільняється від відповідальності за неотримання Страховальником повідомлень, документів, заяв, листів, інформації тощо, пов'язаної з виконанням Сторонами умов Договору.

1.17. Прийняттям (акцептом) умов цієї Оферти, Страховальник підтверджує, що: вся інформація, надана під час укладення Договору страхування, є повною і достовірною та Договір страхування укладено з його власного волевиявлення; Договір укладено за згодою Застрахованих осіб; з умовами Договору, в тому числі викладеними в Акцепті, та Оферті і Правилах, розміщених на веб-сайті Страховика в мережі Інтернет (<https://ufi.net.ua/ua/pro-kompaniyu/oferti>, <https://ufi.net.ua/ua/pro-kompaniyu/pravyta-strakhuvannia>), він та Застраховані особи ознайомлені та згодні; Застраховані особи не є особами, зазначеними в п.5.2. Оферти; він повідомлений про початок обробки персональних даних відповідно до визначеної мети, та ознайомлений зі своїми правами, визначеними Законом України «Про захист персональних даних»; він надає свою згоду ТДВ «СК «УКРФІНСТРАХ» на обробку персональних даних (у т.ч. персональних даних, що стосуються здоров'я) у власній базі даних з метою надання страхових послуг та захисту майнових інтересів, а також дозволяє передавати цю інформацію при необхідності третім особам, державним органам у випадках, передбачених законодавством України, а також іншим підприємствам для виконання ними своїх функцій або надання послуг Страховику за умови, що ці функції/послуги пов'язані з основною діяльністю страхової компанії, а також підтверджує, що така згода та дозвіл отримані чи будуть отримані ним від Застрахованих осіб та Вигодонабувачів; він ознайомлений з вимогами ст.12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», необхідну інформацію отримав (у т.ч. про послугу, що пропонує надати Страховик, її вартість, умови надання додаткових послуг та їх вартість; механізм захисту прав споживачів та порядок урегулювання спірних питань, що виникають у процесі надання послуг; реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг, а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів, відомості про фінансові показники діяльності Страховика та його економічний стан, перелік керівників Страховика та перелік осіб, частки яких у статутному капіталі перевищують 5%); у разі необхідності надання Страховику додаткової інформації про захворювання або нещасний випадок він надає право лікарям надати будь-яку інформацію про себе (якщо Страховальник є Застрахованою особою), навіть ту, що входить до лікарської таємниці, а також підтверджує, що така згода та дозвіл отримані ним чи будуть отримані від Застрахованих осіб та Вигодонабувачів.

2. Предмет Договору.

2.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать чинному законодавству України, пов'язані з:

2.1.1. щодо добровільного страхування медичних витрат – життям, здоров'ям Застрахованої особи та медичними витратами Застрахованої особи, визначеної Страховальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки);

2.1.2. щодо добровільного страхування від нещасних випадків – життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, визначеної Страховальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

2.2. Майнові інтереси, що є предметом Договору страхування, пов'язані з витратами Застрахованих осіб на медичні та додаткові послуги, необхідність в яких виникає внаслідок настання страхового випадку згідно з умовами добровільного страхування медичних витрат, застраховані відповідно до Програми страхування, зазначеної в Акцепті. Перелік витрат, що включаються до Програм страхування, зазначається в розділі 4 Оферти.

2.3. Страховими ризиками є певні події, на випадок яких проводиться страхування і які мають ознаки ймовірності та випадковості настання, що сталися із Застрахованою особою під час подорожі:

2.3.1. щодо добровільного страхування медичних витрат:

- раптове захворювання;

- нещасний випадок;

- смерть внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання;

- необхідність в адміністративній допомозі;

- необхідність в юридичній допомозі;

- необхідність в технічній допомозі у зв'язку з поломкою або аварією автомобіля.

2.3.2. щодо добровільного страхування від нещасних випадків:

- нещасний випадок.

2.4. Страховим випадком є подія, передбачена Договором, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страховальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу, особі, що має право на отримання страхової виплати згідно з законодавством України), а саме:

2.4.1. щодо добровільного страхування медичних витрат:

- здійснення Асистансом / Застрахованою особою непередбачуваних витрат, пов'язаних з наданням Застрахованій особі медичних та інших послуг у межах та в обсязі Програми страхування та лімітів страхування, передбачених Договором страхування, у зв'язку зі зверненням Застрахованої особи під час дії Договору страхування до Асистансу або медичного закладу з приводу раптового захворювання, розладу здоров'я або внаслідок нещасного випадку, смерті Застрахованої особи.

2.4.2. щодо добровільного страхування від нещасних випадків:

- травматичне ушкодження чи інший розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, передбачений Таблицею страхових виплат, що є Додатком № 2 до Правил добровільного страхування від нещасного випадку;

- встановлення Застрахованій особі первинної інвалідності I, II, III групи (у т.ч. зміна групи інвалідності на вищу), або встановлення дитині віком до 18-років первинної інвалідності (категорія «дитина-інвалід») внаслідок нещасного випадку;

- смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

2.5. За Договором Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування на умовах і в обсязі, визначених Договором, шляхом сплати Асистансу, за допомогою якого Застрахованій особі була надана медична допомога (медичні послуги) та інші види допомоги (послуг), або Застрахованій особі у разі самостійної оплати вартості зазначеної допомоги (послуг), або Застрахованій особі (її Вигодонабувачу) при настанні нещасного випадку, а Страховальник зобов'язується вчасно і в повному обсязі сплатити страховий платіж і виконувати інші умови Договору страхування. У випадку, коли Застрахована особа є дитиною віком до 16-ти років, далі за текстом Оферти під будь-якими діями Застрахованої особи маються на увазі дії та витрати представника такої Застрахованої особи, що діятиме в її інтересах.

3. Дії Страховальника при настанні страхового випадку.

3.1. При настанні випадку, що може бути визнаний страховим, Застрахована особа або її представник **негайно, перед тим як звернутися по допомогу**, повинна:

3.1.1. Звернутися до Асистансу за телефонами, зазначеними в Договорі страхування.

3.1.2. Повідомити Асистансу:

- назву Страхової компанії, номер Договору страхування та строк його дії;

- прізвище та ім'я Застрахованої особи; точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон;

- територію дії Договору страхування;

- розмір страхової суми та Програму страхування;

- опис того, що трапилось.

3.1.3. Виконувати рекомендації Асистансу щодо своїх подальших дій. За вимогою представника Асистансу Застрахована особа повинна надати документи, що підтверджують її особу: закордонний паспорт та Договір страхування.

3.1.4. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо з **об'єктивних причин** до початку її отримання, то Застрахована особа може самостійно звернутися до медичного закладу, що має відповідний дозвіл на здійснення медичної діяльності у країні тимчасового перебування. У цьому разі повідомлення передається Асистансу або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

3.1.5. У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин не зв'язалась із Асистансом для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна самостійно оплатити вартість наданої їй медичної та медико-транспортної допомоги та послуг, **вона зобов'язана узгодити із Асистансом чи Страховиком виставлений медичним закладом рахунок (обґрунтованість суми витрат за надані послуги) до його оплати**. У будь-якому іншому випадку вступають в дію обмеження (ліміт) щодо розміру відшкодування таких витрат згідно з п.7.10. Оферти.

До об'єктивних причин в цьому випадку відноситься непридатний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси).

3.1.6. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, сприяти вживанню Страховиком або Асистансом необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат.

3.1.7. Передати представнику Асистансу або Страховику невикористані авіа- або залізничні квитки в період їх чинності, а у разі неможливості це зробити за станом здоров'я – при першій нагоді.

3.2. Для отримання страхової виплати безпосередньо Застрахованою особою, вона повинна надати Страховику заяву про настання страхового випадку, заяву про страхову виплату та всі необхідні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, а також розмір та факт понесених витрат:

- при виникненні витрат, пов'язаних з наданням медичних чи інших послуг, – протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після повернення Застрахованої особи із подорожі;

- при настанні розладу здоров'я в результаті нещасного випадку – протягом 3 (трьох) робочих днів після повернення Застрахованої особи із подорожі;

за винятком випадків, коли:

- внаслідок настання цієї події Застрахована особа (її представник) зверталась до Асистансу за наданням медичної допомоги;

- внаслідок нещасного випадку настала смерть Застрахованої особи.

4. Умови добровільного комплексного страхування подорожуючих за межі країни постійного проживання.

4.1. Умови добровільного страхування медичних витрат під час подорожі.

Програми страхування. Відповідно до умов Програм страхування при настанні страхового випадку Страховик відшкодує:

4.1.1. Програма страхування «Базова»

4.1.1.1. **Витрати на лікування** – витрати, що виникли при наданні медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе надання:

- невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах (медикаментозне лікування, діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги і винагороди медичному персоналу, вартість перебування в палатах, у т.ч. реабілітаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному медичному закладі) в розмірі, що не перевищує 1 000 (одна тисяча) Євро;

- невідкладної амбулаторно-поліклінічної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарські послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, необхідні засоби фіксації) в розмірі, що не перевищує 500 (п'ятсот) Євро;

У разі загрози життю Застрахованої особи в результаті загострення та/або ускладнення хронічного захворювання, на яке Застрахована особа була хвора до початку дії Договору страхування, Страховик відшкодує витрати на лікування щодо такого захворювання у розмірі, що не перевищує 500 (п'ятсот) Євро.

- невідкладної (швидкої) допомоги (надання допомоги на місці виклику: проведення первинних діагностичних заходів, надання медичної допомоги з використанням медикаментів в необхідному обсязі згідно зі станом, тощо) в розмірі, що не перевищує 1 000 (одна тисяча) Євро за одним страховим випадком;

- оплати ліків, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану (за умови, що такі ліки придбані за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого рецепту та підтвердження факту оплати) в розмірі, що не перевищує 100 (сто) Євро;

- іншої медичної допомоги, а саме: первинної консультації та діагностики, які надаються Застрахованій особі для встановлення попереднього діагнозу, при зверненні Застрахованої особи зі скаргами до Асистансу за телефонами, вказаними в Договорі страхування. Первинна консультація та діагностика підлягають відшкодуванню за рахунок Страховика лише в разі їх організації Асистансом і в розмірі, що не перевищує 200 (двісті) Євро для країн Шенгенської Зони та 100 (сто) Євро для інших країн за весь комплекс послуг.

У разі необхідності надання подальшої медичної допомоги, відшкодування витрат здійснюється відповідно до умов Договору страхування з урахуванням обмежень, зазначених у розділі 5 Оферти.

4.1.1.2. Витрати на транспортування Застрахованої особи:

- до найближчого медичного закладу чи лікаря машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом в розмірі, що не перевищує 300 (триста) Євро за транспортування;

4.1.1.3. Витрати на репатріацію тіла (останків) Застрахованої особи до конкретного пункту країни постійного проживання (за рішенням Страховика або Асистансу) або на поховання (кремацію) тіла (останків) Застрахованої особи за кордоном в країні перебування, якщо смерть настала внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, щодо якого діє страховий захист. Всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Асистанс за узгодженням зі Страховиком. Якщо має місце репатріація, Страховик має право використання зворотного квитка Застрахованої особи. Страховик відшкодує витрати виключно за мінімально необхідним набором послуг з репатріації або поховання (кремації) в країні перебування в розмірі, що не перевищує 1 500 (одна тисяча п'ятсот) Євро.

Для організації репатріації тіла (останків) Застрахованої особи, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло (останки) померлого після перевезення труни на митну територію країни постійного проживання Застрахованої особи.

4.1.1.4. Витрати на телефонний зв'язок включають витрати на послуги з надання телефонного зв'язку Застрахованої особи або особи, що представляє її інтереси, з Асистансом та/або Страховиком з приводу повідомлення про страховий випадок та з метою передачі термінових повідомлень, пов'язаних зі страховим випадком, в розмірі, що не перевищує 50 (п'ятдесят) Євро.

4.1.2. Програма страхування «Стандарт»

4.1.2.1. Витрати на лікування – витрати, що виникли при наданні медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе надання:

- невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах (медикаментозна лікування, діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги і винагороди медичному персоналу, вартість перебування в палатах, у т.ч. реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному медичному закладі);

- невідкладної амбулаторно-поліклінічної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарські послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, необхідні засоби фіксації);

- оплати ліків, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану (за умови, що такі ліки придбані за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого рецепту та підтвердження факту оплати);

У разі загрози життю Застрахованої особи в результаті загострення та/або ускладнення хронічного захворювання, на яке Застрахована особа була хвора до початку дії Договору страхування, Страховик відшкодує витрати на лікування щодо такого захворювання у розмірі, що не перевищує 5 000 (п'ять тисяч) Євро за одним страховим випадком.

- невідкладної (швидкої) допомоги (надання допомоги на місці виклику: проведення первинних діагностичних заходів, надання медичної допомоги з використанням медикаментів в необхідному обсязі згідно зі станом, тощо) в розмірі, що не перевищує 5 000 (п'ять тисяч) Євро за одним страховим випадком;

- невідкладної стоматологічної допомоги (стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням зубу та/або оточуючих зуб тканин або щелепного травмою, що отримана внаслідок нещасного випадку) в розмірі, що не перевищує 100 (сто) Євро;

- невідкладної пологової допомоги до 7-го місяця вагітності;

- іншої медичної допомоги, а саме: первинної консультації та діагностики, які надаються Застрахованій особі для встановлення попереднього діагнозу, при зверненні Застрахованої особи зі скаргами до Асистансу за телефонами, вказаними в Договорі страхування. Первинна консультація та діагностика підлягають відшкодуванню за рахунок Страховика лише в разі їх організації Асистансом і в розмірі, що не перевищує 200 (двісті) Євро для країн Шенгенської Зони та 100 (сто) Євро для інших країн за весь комплекс послуг.

У разі необхідності надання подальшої медичної допомоги, відшкодування витрат здійснюється відповідно до умов Договору страхування з урахуванням обмежень, зазначених у розділі 5 Оферти.

4.1.2.2. Витрати на транспортування Застрахованої особи:

- до найближчого медичного закладу чи лікаря машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом в розмірі, що не перевищує 300 (триста) Євро за транспортування;

- до спеціалізованого медичного закладу машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом в розмірі, що не перевищує 300 (триста) Євро за транспортування;

- до конкретного пункту (медичного закладу, найближчого до міжнародного аеропорту або найближчого до пункту перетину кордону, тощо) країни постійного проживання, якщо необхідність транспортування виникла в результаті нещасного випадку або раптового захворювання, щодо якого діє страховий захист, та є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку (у т.ч. медична репатріація) в розмірі, що не перевищує 5 000 (п'ять тисяч) Євро.

Рішення щодо необхідності та можливості здійснення такого транспортування (у т.ч. медичної репатріації), а також про вибір пункту призначення, маршруту та засоби здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком.

Страховик залишає за собою право оплачувати витрати на лікування Застрахованої особи в країні перебування (в межах страхової суми за Договором страхування щодо такої Застрахованої особи) до тих пір, доки стан здоров'я такої Застрахованої особи не дозволить перевезти її в країну постійного проживання для подальшого лікування. Рішення про доцільність транспортування Застрахованої особи (у т.ч. медичну репатріацію) та засоби його здійснення може приймати тільки Страховик та Асистанс на підставі медичних висновків лікарів, призначених Асистансом (Страховиком). Якщо лікарі, уповноважені Асистансом (Страховиком), вважають, що транспортування (у т.ч. медична репатріація) можливе, а Застрахована особа відмовляється від нього, Страховик негайно припиняє оплату витрат на лікування.

4.1.2.3. Витрати на репатріацію тіла (останків) Застрахованої особи до конкретного пункту країни постійного проживання (за рішенням Страховика або Асистансу) або на поховання (кремацію) тіла (останків) Застрахованої особи за кордоном в країні перебування, якщо смерть настала внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, щодо якого діє страховий захист. Всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Асистанс за узгодженням зі Страховиком. Якщо має місце репатріація, Страховик має право використання зворотного квитка Застрахованої особи. Страховик відшкодує витрати виключно за мінімально необхідним набором послуг з репатріації або поховання (кремації) в країні перебування.

Організацію здійснення репатріації тіла (останків), а також вибір пункту призначення, маршруту та способу перевезення здійснює виключно Асистанс за узгодженням зі Страховиком. У разі, якщо організацію репатріації здійснює будь-яка інша особа без письмового погодження Страховика або Асистансу, Страховик відшкодує витрати на репатріацію тіла (останків) в розмірі, що не перевищує 1 500 (одна тисяча п'ятсот) Євро.

Для організації репатріації тіла (останків) Застрахованої особи, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло (останки) померлого після перевезення труни на митну територію країни постійного проживання Застрахованої особи.

4.1.2.4. Витрати на телефонний зв'язок включають витрати на послуги з надання телефонного зв'язку Застрахованої особи або особи, що представляє її інтереси, з Асистансом та/або Страховиком з приводу повідомлення про страховий випадок та з метою передачі термінових повідомлень, пов'язаних зі страховим випадком, в розмірі, що не перевищує 100 (сто) Євро.

4.1.2.5. Витрати на проїзд особи, яка супроводжує Застраховану особу з країни перебування до країни її постійного проживання (економічним класом), якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного проживання і це підтверджено медичним висновком.

Рішення щодо необхідності та про вибір пункту призначення, маршруту та засоби здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком.

4.1.2.6. Витрати на проїзні документи, які включають витрати на:

- транспортування дитини (дітей) Застрахованої особи віком до 16 років (у т.ч. дострокової поїздки) до конкретного пункту країни постійного проживання (економічним класом), якщо Застрахована особа не може бути транспортована через свій фізичний стан і підлягає лікуванню в стаціонарі, або у разі смерті Застрахованої особи, та за умови, що в країні перебування Застрахованої особи немає іншого дорослого (віком понад 18 років) близького родича. Після виконання своїх обов'язків за цим пунктом Страховик має право використання зворотних квитків дітей.

Рішення щодо необхідності та можливості здійснення таких витрат, а також про вибір пункту призначення, маршруту та засоби здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком.

4.1.3. Програма страхування «Стандарт Покращений».

4.1.3.1. Витрати на лікування – витрати, що виникли при наданні медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе надання:

- невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах (медикаментозна лікування, діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги і винагороди медичному персоналу, вартість перебування в палатах, у т.ч. реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному медичному закладі);

- невідкладної амбулаторно-поліклінічної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарські послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, необхідні засоби фіксації);

- оплати ліків, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану (за умови, що такі ліки придбані за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого рецепту та підтвердження факту оплати);

У разі загрози життю Застрахованої особи в результаті загострення та/або ускладнення хронічного захворювання, на яке Застрахована особа була хвора до початку дії Договору страхування, Страховик відшкодує витрати на лікування щодо такого захворювання у розмірі, що не перевищує 5 000 (п'ять тисяч) Євро за одним страховим випадком.

- невідкладної (швидкої) допомоги (надання допомоги на місці виклику: проведення первинних діагностичних заходів, надання медичної допомоги з використанням медикаментів в необхідному обсязі згідно зі станом, тощо) в розмірі, що не перевищує 5 000 (п'ять тисяч) Євро за 1 страховим випадком;
- невідкладної стоматологічної допомоги (стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням зубу та/або оточуючих зуб тканин або щелепною травмою, що отримана внаслідок нещасного випадку) в розмірі, що не перевищує 100 (сто) Євро;
- невідкладної пологової допомоги до 7-го місяця вагітності;
- іншої медичної допомоги, а саме: первинної консультації та діагностики, які надаються Застрахованій особі для встановлення попереднього діагнозу, при зверненні Застрахованої особи зі скаргами до Асистансу за телефонами, вказаними в Договорі страхування. Первинна консультація та діагностика підлягають відшкодуванню за рахунок Страховика лише в разі їх організації Асистансом і в розмірі, що не перевищує 200 (двісті) Євро за весь комплекс послуг.

У разі необхідності надання подальшої медичної допомоги, відшкодування витрат здійснюється відповідно до умов цього Договору страхування з урахуванням обмежень, зазначених у розділі 5 Оферти.

4.1.3.2. Витрати на транспортування Застрахованої особи:

- до найближчого медичного закладу чи лікаря машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом, а також, після проведення консультації та/або обстеження, до місця тимчасового проживання Застрахованої особи під час подорожі у країні перебування (готелю або іншого місця) в розмірі, що не перевищує 300 (триста) Євро за транспортування в обидві сторони;
- до спеціалізованого медичного закладу машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом, а також, після проведення консультації та/або обстеження, до місця тимчасового проживання Застрахованої особи під час подорожі у країні перебування (готелю або іншого місця) в розмірі, що не перевищує 300 (триста) Євро за транспортування;
- до конкретного пункту (медичного закладу, найближчого до міжнародного аеропорту або найближчого до пункту перетину кордону, тощо) країни постійного проживання, якщо необхідність транспортування виникла в результаті нещасного випадку або раптового захворювання, щодо якого діє страховий захист, та є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку (у т.ч. медична репатріація) в розмірі, що не перевищує 10 000 (десять тисяч) Євро.

Рішення щодо необхідності та можливості здійснення такого транспортування (у т.ч. медичної репатріації), а також про вибір пункту призначення, маршруту та засобу здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком.

Страховик залишає за собою право оплачувати витрати на лікування Застрахованої особи в країні перебування (в межах страхової суми за Договором страхування щодо такої Застрахованої особи) до тих пір, доки стан здоров'я такої Застрахованої особи не дозволить перевезти її в країну постійного проживання для подальшого лікування. Рішення про доцільність транспортування Застрахованої особи (у т.ч. медичну репатріацію) та засоби його здійснення може приймати тільки Страховик та Асистанс на підставі медичних висновків лікарів, призначених Асистансом (Страховиком). Якщо лікарі, уповноважені Асистансом (Страховиком), вважають, що транспортування (у т.ч. медична репатріація) можливе, а Застрахована особа відмовляється від нього, Страховик негайно припиняє оплату витрат на лікування.

- 4.1.3.3. Витрати на репатріацію тіла (останків) Застрахованої особи до конкретного пункту країни постійного проживання (за рішенням Страховика або Асистансу) або на поховання (кремацію) тіла (останків) Застрахованої особи за кордоном в країні перебування, якщо смерть настала внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, щодо якого діє страховий захист. Всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Асистанс за узгодженням зі Страховиком. Якщо має місце репатріація, Страховик має право використання зворотного квитка Застрахованої особи. Страховик відшкодовує витрати виключно за мінімально необхідним набором послуг з репатріації або поховання (кремації) в країні перебування.

Організацію здійснення репатріації тіла (останків), а також вибір пункту призначення, маршруту та способу перевезення здійснює виключно Асистанс за узгодженням зі Страховиком. У разі, якщо організацію репатріації здійснює будь-яка інша особа без письмового погодження Страховика або Асистансу, Страховик відшкодовує витрати на репатріацію тіла (останків) в розмірі, що не перевищує 2 500 (два тисячі п'ятсот) Євро.

Для організації репатріації тіла (останків) Застрахованої особи, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло (останки) померлого після перевезення труни на митну територію країни постійного проживання Застрахованої особи.

- 4.1.3.4. Витрати на телефонний зв'язок включають витрати на послуги з надання телефонного зв'язку Застрахованої особи або особи, що представляє її інтереси, з Асистансом та/або Страховиком з приводу повідомлення про страховий випадок та з метою передачі термінових повідомлень, пов'язаних зі страховим випадком, в розмірі, що не перевищує 100 (сто) Євро.

- 4.1.3.5. Витрати на проїзд особи, яка супроводжує Застраховану особу з країни перебування до країни її постійного проживання (економічним класом), якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного проживання і це підтверджено медичним висновком.

Рішення щодо необхідності та можливості здійснення таких витрат, а також вибір пункту призначення, маршруту та засобу здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком..

- 4.1.3.6. Витрати на проїзні документи, які включають витрати на:

- дострокове повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання (економічним класом, до пункту перетину кордону країни постійного проживання) у разі смерті близького родича Застрахованої особи, який не знаходиться разом з нею в країні перебування, за умови дієвості страхового захисту протягом 3-х днів після дати звернення про необхідність дострокового повернення. Після виконання своїх обов'язків за цим пунктом Страховик має право використання зворотного квитка Застрахованої особи;
- транспортування дитини (дітей) Застрахованої особи віком до 16 років (у т.ч. дострокової поїздки) до конкретного пункту країни постійного проживання (економічним класом), якщо Застрахована особа не може бути транспортована через свій фізичний стан і підлягає лікуванню в стаціонарі, або у разі смерті Застрахованої особи, та за умови, що в країні перебування Застрахованої особи немає іншого дорослого (віком понад 18 років) близького родича. Після виконання своїх обов'язків за цим пунктом Страховик має право використання зворотних квитків дітей;
- поїздки близького родича Застрахованої особи, що мешкає у країні постійного проживання Застрахованої особи, в країну перебування Застрахованої особи і назад в разі лікування Застрахованої особи в стаціонарі більше, ніж 10 (десять) календарних днів, за умови, що жоден із повнолітніх близьких родичів Застрахованої особи не супроводжує її в країні перебування. До таких витрат відносяться: вартість утримання і перебування в готелі (в розмірі не більше 50 (п'ятдесят) Євро за добу не більше 5 (п'яти) днів), вартість проїзних документів в країну перебування Застрахованої особи та назад до країни її постійного проживання (економічним класом).

Рішення щодо необхідності та можливості здійснення витрат, передбачених п.4.1.3.6. Договору, а також вибір пункту призначення, маршруту та засобу здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком.

- 4.1.3.7. Витрати на продовження перебування Застрахованої особи в країні перебування, якщо внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, щодо якого діє страховий захист, Застрахована особа через свій фізичний стан не може вчасно повернутися в країну постійного проживання та її виїзд має бути організований в більш пізній строк, що є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку. До таких витрат відносяться: вартість утримання і перебування в готелі (в розмірі не більше 50 (п'ятдесят) Євро за добу не більше 5 (п'яти) днів), вартість проїзних документів до країни постійного проживання Застрахованої особи (економічним класом).

Рішення щодо необхідності та можливості здійснення таких витрат, а також вибір маршруту та засобу здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком на підставі медичних висновків лікарів, призначених Асистансом (Страховиком). Якщо лікарі, уповноважені Асистансом (Страховиком), вважають, що транспортування (у т.ч. медична репатріація) можливе, а Застрахована особа відмовляється від нього, Страховик негайно припиняє оплату витрат на продовження перебування.

- 4.1.3.8. Витрати на адміністративну допомогу, які включають витрати на:

- отримання тимчасових документів – у разі втрати Застрахованою особою особистих документів – у розмірі, що не перевищує 100 (сто) Євро;
- придбання предметів першої необхідності – у разі втрати багажу – у розмірі, що не перевищує 100 (сто) Євро.

4.1.4. Програма страхування «Делюкс».

- 4.1.4.1. Витрати на лікування – витрати, що виникли при наданні медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе надання:

- невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах (медикаментозна лікування, діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги і винагороди медичному персоналу, вартість перебування в палатах, у т.ч. реабілітаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному медичному закладі);
- невідкладної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарські послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, необхідні засоби фіксації);
- оплати ліків, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану (за умови, що такі ліки придбані за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого рецепту та підтвердження факту оплати);

У разі загрози життю Застрахованої особи в результаті загострення та/або ускладнення хронічного захворювання, на яке Застрахована особа була хвора до початку дії Договору страхування, Страховик відшкодовує витрати на лікування щодо такого захворювання у розмірі, що не перевищує 10 000 (десять тисяч) Євро за одним страховим випадком.

- невідкладної (швидкої) допомоги (надання допомоги на місці виклику: проведення первинних діагностичних заходів, надання медичної допомоги з використанням медикаментів в необхідному обсязі згідно зі станом, тощо);
- невідкладної стоматологічної допомоги (стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням зубу та/або оточуючих зуб тканин або щелепною травмою, що отримана внаслідок нещасного випадку) в розмірі, що не перевищує 150 (сто п'ятдесят) Євро;
- невідкладної пологової допомоги до 7-го місяця вагітності;
- іншої медичної допомоги, а саме: первинної консультації та діагностики, які надаються Застрахованій особі для встановлення попереднього діагнозу, при зверненні Застрахованої особи зі скаргами до Асистансу за телефонами, вказаними в Договорі страхування. Первинна консультація та діагностика підлягають відшкодуванню за рахунок Страховика лише в разі їх організації Асистансом і в розмірі, що не перевищує 300 (триста) Євро за весь комплекс послуг.

У разі необхідності надання подальшої медичної допомоги, відшкодування витрат здійснюється відповідно до умов Договору страхування з урахуванням обмежень, зазначених у розділі 5 Оферти.

4.1.4.2. Витрати на транспортування Застрахованої особи:

- до найближчого медичного закладу чи лікаря машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом, а також, після проведення консультації та/або обстеження, до місця тимчасового проживання Застрахованої особи під час подорожі у країні перебування (готелю або іншого місця) в розмірі, що не перевищує 300 (триста) Євро за транспортування в обидві сторони;

- до спеціалізованого медичного закладу машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом, а також, після проведення консультації та/або обстеження, до місця тимчасового проживання Застрахованої особи під час подорожі у країні перебування (готелю або іншого місця) в розмірі, що не перевищує 300 (триста) Євро за транспортування в обидві сторони;

- до конкретного пункту (медичного закладу, найближчого до міжнародного аеропорту або найближчого до пункту перетину кордону, тощо) країни постійного проживання, якщо необхідність транспортування виникла в результаті нещасного випадку або раптового захворювання, щодо якого діє страховий захист, та є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку (у т.ч. медична репатріація).

Рішення щодо необхідності та можливості здійснення такого транспортування (у т.ч. медичної репатріації), а також про вибір пункту призначення, маршруту та засоби здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком.

Страховик залишає за собою право оплачувати витрати на лікування Застрахованої особи в країні перебування (в межах страхової суми за Договором страхування щодо такої Застрахованої особи) до тих пір, доки стан здоров'я такої Застрахованої особи не дозволить перевезти її в країну постійного проживання для подальшого лікування. Рішення про доцільність транспортування Застрахованої особи (у т.ч. медичну репатріацію) та засоби його здійснення може приймати тільки Страховик та Асистанс на підставі медичних висновків лікарів, призначених Асистансом (Страховиком). Якщо лікарі, уповноважені Асистансом (Страховиком), вважають, що транспортування (у т.ч. медична репатріація) можливе, а Застрахована особа відмовляється від нього, Страховик негайно припиняє оплату витрат на лікування.

4.1.4.3. Витрати на репатріацію тіла (останків) Застрахованої особи до конкретного пункту країни постійного проживання (за рішенням Страховика або Асистансу) або на поховання (кремацію) тіла (останків) Застрахованої особи за кордоном в країні перебування, якщо смерть настала внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, щодо якого діє страховий захист. Всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Асистанс за узгодженням зі Страховиком. Якщо має місце репатріація, Страховик має право використання зворотного квитка Застрахованої особи. Страховик відшкодовує витрати виключно за мінімально необхідним набором послуг з репатріації або поховання (кремації) в країні перебування.

Для організації репатріації тіла (останків) Застрахованої особи, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло (останки) померлого після перевезення труни на митну територію країни постійного проживання Застрахованої особи.

4.1.4.4. Витрати на телефонний зв'язок включають витрати на послуги з надання телефонного зв'язку Застрахованої особи або особи, що представляє її інтереси, з Асистансом та/або Страховиком з приводу повідомлення про страховий випадок та з метою передачі термінових повідомлень, пов'язаних зі страховим випадком, в розмірі, що не перевищує 150 (сто п'ятдесят) Євро.

4.1.4.5. Витрати на проїзд особи, яка супроводжує Застраховану особу з країни перебування до країни її постійного проживання (економічним класом), якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного проживання і це підтверджено медичним висновком.

Рішення щодо необхідності та можливості здійснення таких витрат, а також вибір пункту призначення, маршруту та засоби здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком.

4.1.4.6. Витрати на проїзні документи, які включають витрати на:

- дострокове повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання (економічним класом, до пункту перетину кордону країни постійного проживання) у разі смерті близького родича Застрахованої особи, який не знаходиться разом з нею в країні перебування, за умови дійсності страхового захисту протягом 3-х днів після дати звернення про необхідність дострокового повернення. Після виконання своїх обов'язків за цим пунктом Страховик має право використання зворотного квитка Застрахованої особи;

- транспортування дитини (дітей) Застрахованої особи віком до 16 років (у т.ч. дострокової поїздки) до конкретного пункту країни постійного проживання (економічним класом), якщо Застрахована особа не може бути транспортована через свій фізичний стан і підлягає лікуванню в стаціонарі, або у разі смерті Застрахованої особи, та за умови, що в країні перебування Застрахованої особи немає іншого дорослого (віком понад 18 років) близького родича. Після виконання своїх обов'язків за цим пунктом Страховик має право використання зворотних квитків дітей;

- поїздки близького родича Застрахованої особи, що мешкає у країні постійного проживання Застрахованої особи, в країні перебування Застрахованої особи і назад в разі лікування Застрахованої особи в стаціонарі більше, ніж 10 (десять) календарних днів, за умови, що жоден із повнолітніх близьких родичів Застрахованої особи не супроводжує її в країні перебування. До таких витрат відносяться: вартість утримання і перебування в готелі (в розмірі не більше 50 (п'ятдесят) Євро за добу не більше 5 (п'яти) днів), вартість проїзних документів в країну перебування Застрахованої особи та назад до країни її постійного проживання (економічним класом);

- поїздки третьої особи в країні перебування Застрахованої особи і назад до країни її постійного проживання у разі лікування Застрахованої особи в стаціонарі більше, ніж 10 (десять) календарних днів, за умови, що жоден із повнолітніх близьких родичів Застрахованої особи не супроводжує її в країні перебування. До таких витрат відносяться: вартість утримання і перебування в готелі (в розмірі не більше 50 (п'ятдесят) Євро за добу не більше 5 (п'яти) днів), вартість проїзних документів в країну перебування Застрахованої особи та назад до країни її постійного проживання (економічним класом);

- поїздки колеги Застрахованої особи в країні перебування Застрахованої особи, якщо внаслідок лікування в стаціонарі або смерті Застрахована особа не може виконувати завдання по відрядженню. При цьому діловий характер подорожі (відрядження) Застрахованої особи та колеги, особистість колеги мають бути письмово підтверджені адміністрацією підприємства, працівниками якого вони є, за формою, визначеною Страховиком (Асистансом). До таких витрат відносяться: вартість утримання і перебування в готелі (в розмірі не більше 50 (п'ятдесят) Євро за добу не більше 5 (п'яти) днів), вартість проїзних документів в країну перебування Застрахованої особи (економічним класом).

Рішення щодо необхідності та можливості здійснення витрат, передбачених п.4.1.4.6. Договору, а також вибір пункту призначення, маршруту та засоби здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком.

4.1.4.7. Витрати на продовження перебування Застрахованої особи в країні перебування, якщо внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, щодо якого діє страховий захист, Застрахована особа через свій фізичний стан не може вчасно повернутися в країну постійного проживання та її виїзд має бути організований в більш пізній строк, що є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку. До таких витрат відносяться: вартість утримання і перебування в готелі (в розмірі не більше 50 (п'ятдесят) Євро за добу не більше 5 (п'яти) днів), вартість проїзних документів до країни постійного проживання Застрахованої особи (економічним класом).

Рішення щодо необхідності та можливості здійснення таких витрат, а також вибір маршруту та засоби здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком на підставі медичних висновків лікарів, призначених Асистансом (Страховиком). Якщо лікарі, уповноважені Асистансом (Страховиком), вважають, що транспортування (у т.ч. медична репатріація) можливе, а Застрахована особа відмовляється від нього, Страховик негайно припиняє оплату витрат на продовження перебування.

4.1.4.8. Витрати на адміністративну допомогу, які включають витрати на:

- отримання тимчасових документів – у разі втрати Застрахованою особою особистих документів – у розмірі, що не перевищує 100 (сто) Євро;

- придбання предметів першої необхідності – у разі втрати багажу – у розмірі, що не перевищує 150 (сто п'ятдесят) Євро;

- бронювання номеру у готелі та переоформлення чи придбання авіаквитків – у разі затримки або відміни авіарейсу – у розмірі не більше 50 (п'ятдесят) Євро за добу не більше 2 (двох) днів та вартості проїзних документів економічним класом.

4.1.4.9. Витрати на юридичну допомогу, які включають витрати на надання Застрахованій особі юридичних послуг:

- у випадку порушення кримінальної чи адміністративної справи проти Застрахованої особи в країні перебування – допомогу в отриманні консультаційної допомоги по захисту прав (надання назв, номерів телефонів, адрес і годин роботи юристів та юридичних фірм), організацію послуг адвоката (за умови самостійної оплати вартості послуг адвоката Застрахованою особою);

- у випадку пред'явлення судового позову за порушеною адміністративною справою проти Застрахованої особи в країні перебування – відшкодування витрат на послуги адвоката в адміністративних процесах в розмірі, що не перевищує 1 000 (одну тисячу) Євро. Ця гарантія не надається та витрати на послуги не відшкодовуються у випадках, якщо судовий позов пов'язаний з кримінальними діями Застрахованих осіб, професійною діяльністю (у т.ч. щодо роботи по найму) Застрахованих осіб або використанням Застрахованими особами транспортних засобів.

4.2. Умови добровільного страхування від нещасних випадків під час здійснення подорожі.

Розмір страхової виплати, що виплачується Страховиком.

4.2.1. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування Страховальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу):

4.2.1.1. за травматичним ушкодженням чи іншим розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – у розмірі частки страхової суми згідно з Таблицею страхових виплат для конкретної травми, що є Додатком № 2 до Правил добровільного страхування від нещасного випадку (нова редакція);

4.2.1.2. за ризиком встановлення Застрахованої особи первинної інвалідності внаслідок нещасного випадку:

- I групи (для осіб від 18-ти років) або категорії «дитина-інвалід до досягнення 18 років» – 90% від страхової суми на одну Застраховану особу;

- II групи (для осіб від 18-ти років) або категорії «дитина-інвалід на строк до 5 років» – 75% від страхової суми на одну Застраховану особу;

- III групи (для осіб від 18-ти років) або категорії «дитина-інвалід на строк до 2 років» – 50% від страхової суми на одну Застраховану особу;

4.2.1.3. за ризиком смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – 100% страхової суми на одну Застраховану особу.

4.2.2. Якщо нещасний випадок призвів до розладу здоров'я і Застрахованої особи була проведена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж нещасного випадку з'явилася підстава для страхової виплати у більшому розмірі (в т.ч. у випадку зміни групи інвалідності на вищу або смерті внаслідок нещасного випадку), страхова виплата проводиться в розмірі, передбаченому Договором для такої виплати за вирахуванням суми раніше здійсненої страхової виплати. Загальний розмір страхових виплат за настання нещасного випадку не може перевищувати розмір страхової виплати, передбаченої Договором, за настання найтяжчих наслідків такого нещасного випадку.

4.2.3. Страхова виплата за настання первинної інвалідності та/або смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, здійснюється у разі, якщо така первинна інвалідність та/або смерть Застрахованої особи настала протягом 6 (шести) місяців від дня настання нещасного випадку незалежно від дати закінчення Договору. Страховик повинен отримати підтвердження того, що така інвалідність або смерть Застрахованої особи сталася внаслідок нещасного випадку, що стався та був заявлений Страховику під час дії Договору та підпадає під дію Договору.

5. Обмеження страхування. Виключення зі страхових випадків.

5.1. Не підлягають відшкодуванню будь-які витрати, які понесені поза територію дії Договору страхування щодо конкретної Застрахованої особи та в результаті страхових випадків, що не підпадають під дію Договору страхування.

5.2. Не можуть бути застраховані особи:

5.2.1. Визнані у встановленому порядку недієздатними.

5.2.2. Які страждають наступними захворюваннями: пухлина головного, спинного мозку, хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт, алкоголізм, наркоманія, психічні захворювання.

- 5.2.3. Інваліди I групи та неприяючі інваліди II групи, діти-інваліди.
- 5.3. Страховий захист не діє та страхова виплата (виплата страхового відшкодування) не здійснюється, якщо збитки (витрати) Страховальника (Застрахованої особи) або нещасний випадок із Застрахованою особою настали/настав внаслідок/в результаті:
- 5.3.1. Впливу ядерної енергії в будь-якій формі, ядерного інциденту, іонізуючого випромінювання.
- 5.3.2. Вчинення Застрахованою особою дій, в яких компетентними (правоохоронними, слідчими та інш.) органами або судом встановлені ознаки умисного злочину та які направлені на настання страхового випадку.
- 5.3.3. Вчинення Страховальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) протиправних дій, що знаходяться в прямому причинно-наслідковому зв'язку з настанням страхового випадку.
- 5.3.4. Учасі Застрахованої особи у правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту), страйках, заколотах, диверсіях, актах тероризму, внутрішніх народних заворушеннях, повстаннях, бунтах, бойових діях, за виключенням випадків примусової або випадкової участі, а також служби Застрахованої особи в військових структурах та формуваннях.
- 5.3.5. Учасі Застрахованої особи у громадянській війні чи війні з іншими державами; дії мін, бомб та інших знарядь війни; піратства.
- 5.3.6. Заняття Застрахованою особою під час перебування за кордоном професійним спортом, участі у змаганнях та тренуваннях, крім випадків, коли це передбачено умовами Договору, за наявності спеціальної відмітки в Договорі страхування і сплати (на вимогу Страховика) додаткового страхового платежу.
- 5.3.7. Заняття Застрахованою особою під час перебування за кордоном небезпечними та екстремальними видами аматорського спорту (альпінізм, підводне плавання, спелеологія, стрибки в воду, зимові види спорту, будь-які повітряні види спорту, види спорту з використанням наземних транспортних засобів, бойові види спорту, банджі джампінг, рафтинг, парусні регати та перегони на моторних водних транспортних засобах, тощо), крім випадків, коли це передбачено умовами Договору, за наявності спеціальної відмітки в Договорі страхування і сплати (на вимогу Страховика) додаткового страхового платежу.
- 5.3.8. Активного відпочинку під час перебування за кордоном, а саме занять активними видами аматорського спорту: футбол, волейбол, водне поле, теніс, гольф, аквааеробіка, тощо, крім випадків, коли це передбачено Договором, за наявності спеціальної відмітки в Договорі і сплати додаткового страхового платежу.
- 5.3.9. Виконання Застрахованою особою робіт за наймом, за винятком, коли це передбачено умовами Договору страхування (останній має відповідну відмітку в Договорі страхування) і, на вимогу Страховика, сплачено додатковий платіж.
- 5.3.10. Керування Застрахованою особою, а також у зв'язку з передачею нею керування іншій особі, будь-яким транспортним засобом:
- без посвідчення водія (певної категорії);
 - у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.
- 5.3.11. Раптового захворювання Застрахованої особи або нещасного випадку, які сталися із цієї особою внаслідок вживання нею алкоголю, наркотиків або токсичних речовин (вміст алкоголю в крові більше 0,5‰ (промиле).
- 5.3.12. Будь-яких дій Застрахованої особи, здійснених нею у стані алкогольного сп'яніння (в т.ч. за умови вживання будь-яких речовин з метою сп'яніння) або під впливом наркотичних чи токсичних речовин.
- 5.3.13. Отруєння Застрахованої особи алкоголем або іншими речовинами, використаними з метою або в стані сп'яніння.
- 5.3.14. Самогубства Застрахованої особи, спроби самогубства або навмисного травмування за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб. При цьому, вказані дії Застрахованої особи визнаються такими тільки на підставі рішення компетентних органів, що доводять вчинене.
- 5.3.15. Самолікування або лікування особою, яка не має медичної освіти або ліцензії на здійснення лікувальної діяльності, вживання ліків без призначення лікарем.
- 5.3.16. Подій, що сталися під час ув'язнення Застрахованої особи.
- 5.3.17. Смерті Застрахованої особи від захворювань, що не були наслідком нещасного випадку – щодо п.4.2. Оферти.
- 5.3.18. Загострення хронічної хвороби, раптового захворювання, інфекційних захворювань, харчової токсикоінфекції (за винятком хвороб, що передаються через укуси тварин та комах) – щодо п.4.2. Оферти (тобто що не є нещасним випадком).
- 5.3.19. Свідомого знаходження в місцях, заздалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя (місця проведення вибухових робіт, військові полігони, стрільбища і т.ін.), якщо це не пов'язане з виробничою необхідністю або спробою врятування людського життя.
- 5.3.20. Забруднення навколишнього середовища (екологічна шкода).
- 5.4. Не підлягають відшкодуванню Страховиком витрати, пов'язані з:
- 5.4.1. отриманням медичних послуг, що здійснено під час подорожі з метою лікування.
- 5.4.2. Лікування хвороб, що виникли до укладення Договору страхування (крім випадків загрози життю Застрахованої особи в результаті загострення та/або ускладнення хронічного захворювання згідно розділу 4.1. Оферти), у тому числі захворювань на етапі лікування.
- 5.4.3. Діагностикою та лікуванням (що включає лікування, оперативні втручання, придбання медикаментів) вроджених та хронічних захворювань, які існували на момент укладення Договору страхування, та наслідками таких захворювань, крім випадків з гострою смертельною небезпечкою для життя Застрахованої особи. При цьому обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком медичних витрат є підтвердження Асистансом критичного стану здоров'я Застрахованої особи, що загрожує її життю та який потребує невідкладної медичної допомоги.
- 5.4.4. Надмірними витратами, а саме в тій їх частині, що перевищує розумну або звичайну ціну конкретної послуги чи препаратів у тому місці, де такі витрати понесені Застрахованою особою.
- 5.4.5. Будь-якою вимогою щодо лікування раптового захворювання або відшкодування витрат у результаті нещасного випадку, якщо такі витрати не було узгоджено з Асистансом чи Страховиком та їх розмір перевищує 100 (сто) Євро.
- 5.4.6. Наданням стоматологічної допомоги, крім знеболюючого лікування та пломбування лише природних зубів або допомоги, необхідної для лікування наслідків нещасного випадку, коли надання невідкладної стоматологічної допомоги включено до умов Програми, за якою укладено Договір.
- 5.4.7. Проведенням абортів (крім випадків, коли він необхідний через нещасний випадок або раптове захворювання), а також наданням медичних послуг, пов'язаних із вагітністю, її ускладненнями та пологами, починаючи з 29-го тижня вагітності.
- 5.4.8. Проведенням лікування нервових та психічних захворювань та їх загострень, лікуванням уроджених аномалій та психічного розладу, а також релаксації та станів, за наявності яких існує реальний ризик швидкого погіршення стану здоров'я. На лікування інсульту мозкового, пухлини головного та спинного мозку, епілепсії та шизофренії. Пов'язані з судовим приступом, перебігом психічних захворювань, інсультом або інфарктом.
- 5.4.9. Лікуванням захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (в тому числі СНІД та ВІЛ-інфекція).
- 5.4.10. Будь-яке протезування, включаючи зубне.
- 5.4.11. Здійсненні медичного огляду та медичної допомоги, які не пов'язані з раптовим захворюванням або нещасним випадком, та наданням послуг, не передбачених Договором.
- 5.4.12. Проведенням відновлювальної терапії або лікувальної фізіотерапії.
- 5.4.13. Проведенням операції, пов'язаної з пластичною, косметичною або реконструктивною хірургією.
- 5.4.14. Проведенням профілактичних вакцинацій і дезінфекцій, лікарської експертизи.
- 5.4.15. Придбанням та ремонт допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, милиць, тростин та ін.)
- 5.4.16. Лікуванням експериментальними або нетрадиційними методами (іриодіагностика, біокорекція, гіпноз, психотерапія, рефлексотерапія, біологічні добавки, фізіо- та мануальна терапія, масаж тощо).
- 5.4.17. Штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, заходами щодо запобігання вагітності.
- 5.4.18. Наданням засобів та послуг додаткового комфорту, а саме: радіоприймача, кондиціонера, телевізора, а також послуг перукаря або косметолога, тощо.
- 5.4.19. Лікуванням ускладнень після проведеного за кордоном планового (оперативного або консервативного) лікування.
- 5.4.20. Проведенням репатріації, якщо за медичними показаннями лікування може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання та/або якщо захворювання не перешкоджає продовженню поїздки.
- 5.4.21. Лікуванням, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення в країну постійного проживання.
- 5.4.22. Транспортуванням Застрахованої особи до лікарні або лікаря за відсутності клінічної необхідності та медичних показань у транспортуванні машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом, засобом санітарної авіації з необхідним медичним супроводом.
- 5.4.23. Оформленням, випискою та копіюванням медичної документації, перекомпостуванням білетів на рейсовий транспорт на інший строк, будь-яким транспортуванням Застрахованої особи, крім транспортування до лікарні (лікаря) та з лікарні до місця тимчасового перебування за медичними показаннями.
- 5.4.24. Лікуванням онкологічних захворювань, діагностикою та лікуванням доброякісних та злоякісних пухлин у т.ч. захворювань онкогематологічної природи. Лікуванням гематологічних захворювань.
- 5.4.25. Лікуванням дерматитів, кропивниць та еритем, в тому числі алергічних дерматитів, викликаних впливом ультрафіолетового випромінювання, сонячних опіків, крім випадків, що потребують невідкладної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи.
- 5.4.26. Отриманням медичної допомоги у випадках, що сталися під час поїздки, яку було здійснено всупереч порадам лікаря, або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном.
- 5.4.27. Видаленням бородавок, натоптишів, ортопедичним лікуванням плоскостопості, придбанням супінаторів, укладок для коригування стоп, лікуванням деформованих нігтів стопи чи кисті, грибкових захворювань.
- 5.4.28. Ангіографією, а також витратами, пов'язаними з операціями на серці та судинах, в тому числі стентування, шунтування, протезування артерій, балонна ангіопластика.
- 5.4.29. Наданням послуг медичним закладом, що не має ліцензії або особою, яка не має права займатися медичною діяльністю.
- 5.4.30. Пересадкою органів та/або їх частин.
- 5.4.31. Вартістю медикаментозного лікування, лікарських препаратів, вартістю короткочасного або довгострокового курсу лікування захворювань, що виникли в результаті невиконання вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень.
- 5.4.32. Витратами на лікування гінекологічних та урологічних захворювань, необхідність якого не була викликана загрозою для життя.
- 5.4.33. Витратами на лікування урологічних захворювань, крім витрат на надання невідкладної допомоги.
- 5.4.34. Витратами на операції з видалення та дроблення каменів будь-якої локалізації у сечовивідних шляхах, нирках, жовчному міхурі.
- 5.4.35. Витратами на лікування алергії, крім випадків негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи.
- 5.4.36. Витратами, пов'язаними з лікуванням травм, станів та захворювань, що виникли внаслідок грубого порушення загальної прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, в т.ч. що рекомендовані представниками Страховика, туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів та ін.).

- 5.4.37. Витратами на лікування цукрового діабету, а також захворювань, що є його наслідками.
- 5.4.38. Лікуванням розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води).
- 5.5. Повний перелік обмежень та виключень зі страхових випадків діє відповідно до Правил страхування.
- 5.6. Вартість надання послуг, яку згідно з Договором страхування відшкодує Страховик, не може перевищити страхову суму з урахуванням встановлених лімітів відповідальності щодо відшкодування таких витрат (ліміти витрат) щодо конкретної Застрахованої особи.
- 5.7. Дія Договору не поширюється на країну постійного проживання Застрахованої особи.
- 5.8. Страховик не несе зобов'язань та не відшкодовується моральна шкода, упущена вигода, курсова різниця, штрафи, пеня та інші фінансові санкції, пред'явлені Страхувальнику (Застрахованій особі).
- 6. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат (збитку).**
- 6.1. Для відшкодування витрат щодо отриманих медичних та інших послуг Застрахована особа повинна звернутися (повідомити) Асистансу не пізніше 24 годин з моменту настання випадку, що може бути визнаним страховим, діяти відповідно до умов розділу 4 Оферти та надати документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, а також факт та розмір витрат.
- 6.2. Документами, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат, є:
- Заява про настання події, що має ознаки страхового випадку, за формою, встановленою Страховиком.
 - Заява про страхову виплату за формою, встановленою Страховиком.
 - Копія вітчизняного паспорту (свідоцтва про народження) Застрахованої особи (Вигодонабувача).
 - Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованої особи (Вигодонабувача).
 - Копія закордонного паспорту (або дитячого проїзного документа) Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю.
 - Договір (примірник Страхувальника) (у електронному вигляді чи на паперовому носії).
 - Оригінали проїзних документів.
 - Оригінали довідок медичного закладу/установи про амбулаторне та/чи стаціонарне лікування із зазначенням прізвища Застрахованої особи, дати звернення та терміну лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання, загальних висновків лікаря, засвідчених підписом, печаткою відповідальної особи (лікуючого лікаря) та штампом медичного закладу.
 - Оригінал офіційного протоколу або довідки, що підтверджує факт нещасного випадку або травми та обставини події, - при настанні нещасного випадку.
 - Оригінал довідки про рівень алкоголю в крові.
 - Оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних послуг.
 - Оригінали квитанцій про оплату наданих медичних та інших послуг.
 - Оригінали рецептів з назвами ліків, завірені відповідним лікарем.
 - Оригінали документів (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують розмір збитків внаслідок настання страхового випадку.
 - Довідка МСЕК про встановлення Застрахованій особі інвалідності або висновок ЛКК про дитину-інваліда (копія, засвідчена нотаріально) – при встановленні інвалідності (категорії «дитина-інвалід»).
 - Нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть, а також свідоцтво спадкоємця про право на спадщину – у разі настання смерті Застрахованої особи.
 - Оригінали або завірені належним чином матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті.
 - Інші документи на запит Страховика.
- 6.3. Перелічені у п.6.2. Оферти документи можуть бути надані російською, українською або англійською мовою. Якщо документи складені іншими мовами, Застрахована особа має надати офіційний переклад українською мовою.
- 6.4. Документи, які подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.
- 6.5. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про необхідність надання Застрахованому особою документів, визначених п.6.2. Оферти.
- 6.6. Зазначені вище документи повинні бути надані Страховику в строк згідно з п.3.2. Оферти. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з обґрунтуванням причин затримки. У разі відсутності істотних причин для несвоєчасного подання документів Страховик має право відмовити Страхувальнику у страховій виплаті.
- 7. Умови здійснення страхової виплати.**
- 7.1. Розмір збитку визначається Страховиком або уповноваженою ним особою відповідно до умов Договору страхування та наданих Страховику документів.
- 7.2. Страхові виплати здійснюються Страховиком шляхом:
- 7.2.1. Перерахування коштів за надані послуги медичного або іншого закладу, що надав такі послуги, на рахунок Асистансу на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної або іншої допомоги. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком, Асистансом або іншим закладом, що надав послуги.
- 7.2.2. Відшкодування Застрахованій особі, у разі самостійної оплати, вартості витрат щодо отриманих нею медичних та інших послуг чи придбання медикаментів за виписаними довіреним лікарем рецептами, за умови надання всіх документів, що перераховані у розділі 6 Договору страхування та підтверджують факт настання страхового випадку та факт і розмір оплати за отриману допомогу та/чи послуги:
- 7.2.2.1. за умови звернення Застрахованої особи (її представника) до Асистансу та/чи попереднього узгодження (послуг та суми витрат) з Асистансом або Страховиком такої оплати – в повному обсязі;
- 7.2.2.2. за умови, що Застрахована особа (її представник) не зверталася до Асистансу та/чи здійснені витрати не були погоджені до їх сплати з Асистансом або Страховиком, – в розмірі, що не перевищує 100 (сто) Євро.
- 7.2.2.3. у разі, якщо витрати за отримані Застрахованою особою медичні та інші послуги понесла Третя особа, Застрахована особа визначає таку Третю особу Вигодонабувачем щодо отримання страхового відшкодування у розмірі понесених витрат за страховим випадком, що стався із Застрахованою особою. Розмір понесених такою Третьою особою витрат має бути доведений шляхом надання відповідних фінансових документів згідно з умовами Договору. Інформація про таку Третю особу та розмір страхового відшкодування, що підлягає їй до сплати, зазначається Застрахованою особою у Заяві на виплату страхового відшкодування.
- 7.2.3. Сплати Застрахованій особі (Вигодонабувачу) коштів щодо розладу здоров'я чи смерті в результаті нещасного випадку під час подорожі з урахуванням умов Договору страхування за умови надання всіх необхідних документів, підтверджують факт настання страхового випадку та розмір страхової виплати.
- 7.3. Страхова виплата на території України здійснюється у грошовій одиниці України за курсом НБУ на день настання страхового випадку з відруханням всіх податкових витрат згідно з чинним законодавством України. Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до чинного законодавства України.
- 7.4. Проведення страхової виплати проводиться за рахунок Страховика на умовах Договору страхування за реквізитами, зазначеними Застрахованою особою (Вигодонабувачем) у Заяві на страхову виплату.
- 7.5. Загальна сума страхових виплат по страхових випадках по страхуванню медичних витрат за окремими Програмами страхування та послугами та по страхуванню від нещасних випадків не може перевищувати відповідних лімітів та відповідних розмірів страхових сум за такими видами страхування, що встановлені Договором страхування на кожну Застраховану особу.
- 7.6. Страховик не відшкодує ту частину збитків, що перевищує страхову суму (відповідний ліміт відповідальності) за Договором страхування та розмір безумовної франшизи (якщо франшиза встановлена в Акцепті).
- 7.7. Після здійснення страхової виплати страхова сума (ліміт відповідальності) зменшується на розмір такої виплати.
- 7.8. Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медичної та іншої допомоги та послуг згідно з обраною Програмою страхування, за якою укладено цей Договір, застраховані у кількох страховиків, то у разі настання страхового випадку страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати дійсних витрат. При цьому кожний страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування.
- 7.9. Якщо Застрахована особа за узгодженням з Асистансом чи Страховиком сама сплатила вартість наданих медичних та інших послуг чи придбала медикаменти за виписаними довіреним лікарем Страховика або Асистансу рецептами, їй повертається витрачена сума в повному обсязі на підставі наданих документів згідно з умовами Договору.
- 7.10. Якщо Застрахована особа не узгодить із Асистансом чи Страховиком виставлений медичним закладом рахунок до його сплати, оплата вартості наданих медичних та інших послуг, що підлягає відшкодуванню за умовами Договору страхування, здійснюється Страховиком в розмірі, що не перевищує 100 (сто) Євро.
- 7.11. Виплата страхового відшкодування не здійснюється, якщо збитки повністю відшкодовані особами, винними у їх заподіянні. Якщо збиток відшкодовано частково і відшкодована сума менша від належного страхового відшкодування, то страхове відшкодування виплачується Страховиком, враховуючи суму, отриману Вигодонабувачем від особи, відповідальної за заподіяний збиток, у розмірі різниці, з урахуванням лімітів відповідальності.
- 7.12. У випадку отримання Застрахованою особою (Вигодонабувачем) відшкодування збитку від особи, відповідальної за заподіяний збиток, після виплати Страховиком страхового відшкодування, вона зобов'язана протягом 10 (десяти) робочих днів повернути Страховику отримане страхове відшкодування.
- 7.13. Якщо після виплати страхового відшкодування виявляться такі обставини, що повністю або частково позбавляють Застраховану особу (Вигодонабувача) права на його отримання, Застрахована особа (Вигодонабувач) зобов'язана повернути Страховику виплачене страхове відшкодування (або відповідну його частину) протягом 10 (десяти) робочих днів з дня виявлення таких обставин.
- 8. Строк прийняття рішення про здійснення або відмову у страховій виплаті.**
- 8.1. Рішення про здійснення страхової виплати або відмову у страховій виплаті безпосередньо Застрахованій особі приймається Страховиком протягом не більше ніж 15 (п'ятнадцять) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини настання страхового випадку від Застрахованої особи.
- 8.2. Страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (Вигодонабувачу) впродовж 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення (складання страхового акту) про виплату страхового відшкодування (страхову виплату).
- 8.3. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) документів, або документи оформлені з порушенням діючих норм (відсутні номер, печатка чи дата, наявність виправлень), або існують суперечки відносно розміру збитків – строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організації та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей термін не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів.

8.4. Якщо за фактом нещасного випадку щодо Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) розпочате досудове розслідування (досудове слідство) в рамках кримінального провадження, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим може бути відстрочений до закінчення досудового розслідування (зупинення/закінчення досудового розслідування), або постановлення вироку у кримінальному провадженні, але не більше ніж на 12 (дванадцять) місяців з дати початку такого розслідування.

8.5. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті або відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у страховій виплаті Страховик протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Застраховану особу (Вигодонабувача) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови або відстрочення.

9. Причини відмови у страховій виплаті (виплаті страхового відшкодування).

9.1. Страховик має право відмовити у відшкодуванні витрат та вартості послуг, зазначених в розділі 4 Оферти, у випадках, коли їх надання було пов'язане із такими обставинами:

9.1.1. Страхувальник (Застрахована особа) надав свідомо неправдиві відомості про предмет Договору страхування, про факт та/або обставини настання страхового випадку, зокрема, відносно роду занять при здійсненні закордонної поїздки, стану здоров'я Застрахованої особи, або якщо Договір укладено відносно осіб, зазначених у п.5.2. Оферти тощо.

9.1.2. Застрахована особа або третя особа, що представляє її інтереси, не сповістила Асистанс про необхідність отримання медичної допомоги (або отриману медичну допомогу) внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання та про витрати, які були зроблені для надання Застрахованій особі медичної допомоги і перевищують 100 (сто) Євро, або навмисно створила перешкоди Страховику (Асистансу) у визначенні обставин події, її характеру та розміру витрат при настанні страхового випадку.

9.1.3. Госпіталізацію Страхувальника (Застрахованої особи) у медичний заклад було проведено без участі Асистансу. Винятком є випадки, якщо мала місце безпосередня загроза життю Застрахованої особи і узгодження щодо госпіталізації здійснено із Асистансом або Страховиком у максимально короткий строк після виведення Застрахованої особи з критичного для її здоров'я стану.

9.1.4. Транспортування Страхувальника (Застрахованої особи) з одного лікувального закладу в інший було проведено без попередньої згоди Асистансу без поважних на те причин.

9.1.5. Страхувальник (Застрахована особа) вчинив навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку та/або на збільшення збитку, у тому числі порушила медичні вказівки при наданні будь-яких видів невідкладної допомоги, невиконання рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я.

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 дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

9.1.6. Страхувальник (Застрахована особа) вчинив умисний злочин, що призвів до страхового випадку.

9.1.7. Травма, стан або захворювання сталося внаслідок вживання алкоголю (в т.ч. з метою сп'яніння), наркотичних чи токсичних речовин.

9.1.8. Страхувальник (Застрахована особа) отримала відшкодування витрат за надані їй послуги від особи, винної у заподіянні йому шкоди, або іншої третьої особи. Якщо збиток відшкодовано частково, то Страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої як компенсація за заподіяння збитку (шкоду).

9.1.9. Страхувальник (Застрахована особа) несвоєчасно повідомив про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

9.1.10. Страхувальник (Застрахована особа) не виконав своїх обов'язків, передбачених Договором страхування.

9.1.11. Страхувальник (Застрахована особа) не надав документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат.

9.1.12. Репатріацію Застрахованої особи було проведено без участі Асистансу.

9.1.13. Страхувальник (Застрахована особа) отримала послуги, що належать до обмежень страхування та виключені із страхових випадків, зазначених у розділі 5 Оферти.

9.1.14. У разі самостійної оплати медичних послуг, Страхувальник (Застрахована особа, третя особа) не звернулася до Страховика із письмовим повідомленням про подію, що може бути визнана страховим випадком, протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дати повернення із-за кордону, за винятком випадків коли він не мав фізичної можливості для своєчасного звернення, зокрема, внаслідок ушкодження здоров'я.

9.1.15. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

9.2. Відмова Страховика здійснити виплату страхового відшкодування може бути оскаржена Страхувальником (уповноваженою ним особою) у судовому порядку.

9.3. Незадовільний фінансовий стан Страховика не є підставою для відмови у здійсненні виплати страхового відшкодування.

9.4. Якщо Страхувальник (Застрахована особа, третя особа) не здійснили усіх дій для отримання страхового відшкодування та не надав всіх необхідних документів по заявленій події, що має ознаки страхового випадку, зазначених в розділах 3 та 6 Оферти, протягом 3 (трьох) місяців з дати закінчення строку дії Договору страхування, Страховик приймає рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування та закриває розгляд такої страхової справи. За заявою Страхувальника та за умови надання ним всіх необхідних документів Страховик відновлює розгляд закритої справи по такому випадку.

10. Порядок дії, зміни та припинення дії Договору страхування.

10.1. Страховий захист по відношенню до конкретної Застрахованої особи набуває чинності з дати, зазначеної в Договорі страхування.

10.2. Страховий захист щодо конкретної Застрахованої особи розповсюджується на територію, що зазначена в Договорі страхування, за виключенням України. Страховий захист починається з моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при виїзді за кордон.

10.3. Страховий захист щодо конкретної Застрахованої особи припиняється в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при поверненні із-за кордону, але в будь-якому разі не пізніше дати, зазначеної в Договорі страхування як дата закінчення Договору, крім випадків, передбачених п.п.4.1.3.7. та 4.1.4.7. Оферти.

10.4. Про намір внести зміни до Договору страхування будь-яка Сторона повинна попередити іншу Сторону в письмовій формі не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати внесення таких змін. Всі зміни та доповнення вносяться шляхом укладання додаткової угоди до Договору страхування.

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

10.5.1. Закінчення строку подорожі Застрахованої особи та/або строку дії Договору страхування, або якщо фактична максимальна загальна кількість днів перебування Застрахованої особи в подорожі (в подорожах) в межах строку дії Договору страхування перевищила зазначену у Акцепті таку кількість днів дії страхового захисту.

10.5.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі. Якщо загальна сума виплат за страховими випадками щодо окремої Застрахованої особи досягла страхової суми, то дія Договору страхування по відношенню до такої Застрахованої особи припиняється.

10.5.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки та розмірах - з дня укладання Договору.

10.5.4. Ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством.

10.5.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

10.5.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

10.5.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

10.6. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору страхування, будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення його дії.

10.7. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

10.8. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування.

10.9. Протягом строком дії Договору страхування розмір страхової суми може бути збільшено шляхом внесення відповідних змін та укладання додаткової угоди до Договору страхування і сплати додаткового страхового платежу.

10.10. Недійсність Договору страхування:

10.10.1. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.

10.10.2. Договір страхування визнається недійсним і не підлягає виконанню також у разі, якщо його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку.

10.10.3. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

10.10.4. Якщо Страхувальник не повідомив Страховика про те, що предмет Договору страхування уже застрахований, новий Договір страхування є нікчемним. Визнання нікчемного Договору страхування недійсним судом не вимагається.

10.11. Нормативні витрати на ведення справи становлять 40%.

11. Права та обов'язки сторін. Відповідальність сторін за невиконання або неналежне виконання умов Договору.

11.1. Сторони зобов'язані дотримуватись умов Договору страхування та відповідних Правил страхування.

11.2. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

11.2.1. При настанні страхового випадку отримати страхову виплату в порядку та у строк, передбачені Договором, шляхом отримання передбачених Договором послуг через узгодження із Асистансом чи Страховиком або відшкодування здійснених медичних та інших витрат з урахуванням умов та обмежень, зазначених в Договорі.

11.2.2. Отримати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов Договору страхування.

11.2.3. Звертатися до Страховика при настанні події, що має ознаки страхового випадку, за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги та подальших дій.

11.2.4. Повідомити Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі.

11.2.5. Ініціювати внесення змін до Договору та на дострокове припинення його дії шляхом укладання додаткової угоди.

11.2.6. отримати дублікат Договору (що оформлений у письмовому вигляді на першому носії) у випадку його втрати. Після видачі дублікату втрачений примірник Договору вважається недійсним.

11.2.7. Оскаржити відмову Страховика здійснити страхову виплату або її розмір в судовому порядку.

11.3. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

11.3.1. Повідомляти Страховику про всі чинні договори страхування щодо предмету Договору страхування.

11.3.2. Сплатити страховий платіж у розмірі і в строки, передбачені Договором страхування.

- 11.3.3. При укладанні Договору страхування надати достовірну інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, у т.ч. відносно Застрахованих осіб (наприклад, щодо наявності хвороб, в тому числі хронічних, виявлених та існуючих на момент оформлення Договору), і надалі протягом 2 (двох) робочих днів письмово інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику протягом дії Договору страхування.
- 11.3.4. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, негайно, але в будь-якому разі не пізніше ніж протягом 24 годин, звернутися до Асистансу, діяти відповідно до розділу 3 Оферти, виконувати рекомендації Асистансу та/чи Страховика.
- 11.3.5. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків (витрат), завданих внаслідок настання страхового випадку, достовірно інформувати Асистанс та Страховика про стан здоров'я і існуючі ризики щодо його погіршення.
- 11.3.6. Проходити лікування, як призначено лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога.
- 11.3.7. При наявності складного хронічного захворювання мати при собі та у разі необхідності пред'являти Асистансу або Страховику медичний висновок лікаря про наявність захворювання та відсутність протипоказань для здійснення даної подорожі.
- 11.3.8. Турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги.
- 11.3.9. Дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам.
- 11.3.10. У разі відмови від Договору страхування у будь-якому випадку повернути Страховику Договір страхування.
- 11.3.11. У разі втрати страхових документів негайно сповістити про це Страховика.
- 11.3.12. Суворо дотримуватись загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів, та т.ін.).
- 11.3.13. Виконувати прийняті на себе зобов'язання згідно з умовами Договору страхування.

11.4. Страховик має право:

- 11.4.1. Вимагати від Страхувальника та Застрахованої особи виконання обов'язків за Договором страхування.
- 11.4.2. Перевіряти інформацію, надану Страхувальником та Застрахованою особою, а також виконання Страхувальником та Застрахованою особою вимог і умов Договору страхування.
- 11.4.3. Повністю або частково відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених Договором та Правилами страхування.
- 11.4.4. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.
- 11.4.5. Робити запити у компетентні органи для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт і причину настання страхового випадку. Укладання Договору страхування звільняє працівників медичних закладів від дотримання та обставин її виникнення та лікування, якщо таке лікування має ознаки страхового випадку за Договором страхування.
- 11.4.6. Пред'явити позов (здійснити право вимоги) відповідно до чинного законодавства до особи, яка винна у настанні страхового випадку у разі, коли Страховик здійснив страхову виплату постраждалій Застрахованій особі.
- 11.4.7. Відстрочити страхову виплату на умовах, передбачених Договором страхування.
- 11.4.8. Ініціювати внесення змін в порядку та на умовах, передбачених Договором, у т.ч. числі вимагати внесення змін до умов Договору та сплати додаткового страхового платежу у разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику.
- 11.4.9. Вимагати достроково припинити дію Договору порядку та на умовах, передбачених Договором, у т.ч. числі вимагати достроково припинити дію Договору у разі неповідомлення Страхувальником про збільшення страхового ризику.

11.5. Страховик зобов'язаний:

- 11.5.1. Ознайомити Страхувальника та Застраховану особу з умовами Договору страхування та Правилами.
- 11.5.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику (Застрахованій особі), Асистансу.
- 11.5.3. При настанні страхового випадку забезпечити надання за допомогою Асистансу Страхувальнику (Застрахованій особі) послуг, передбачених Договором страхування.
- 11.5.4. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у порядку та строк, що передбачені Договором.
- 11.5.5. При відмові у страховій виплаті письмово повідомити про це Страхувальника (Застраховану особу) з мотивованим обґрунтуванням причин відмови (відстрочки) у порядку та строки, що зазначені у Договорі страхування.
- 11.5.6. Зберігати конфіденційність одержаної від Страхувальника інформації, не розголошувати відомостей про Страхувальника, його майнове становища, умови Договору страхування, крім випадків, передбачених діючим законодавством.
- 11.5.7. Виконувати умови Договору страхування.
- 11.6. За невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України.
- 11.7. Страховик несе майнове відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені у розмірі 0,01% від розміру належної страхової виплати за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла на момент прострочення платежу.
- 11.8. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором у випадку введення особливого положення та інших форс-мажорних обставин і безпосереднього впливу таких обставин на можливість виконання Сторонами обов'язків під час дії цих обставин. Відповідним доказом виникнення та припинення обставин непереборної сили вважається офіційне підтвердження, надане уповноваженими компетентними органами держави, яке повинно бути направлено Стороною, що підпала під дію таких обставин іншій Стороні. Сторона, що підпадає під дію обставин непереборної сили, має право перенести строк виконання обов'язків за Договором на період, протягом якого будуть діяти зазначені обставини.

12. Порядок вирішення спорів.

- 12.1. Спори та суперечки за Договором страхування між Страховиком та Страхувальником (Застрахованою особою) з приводу обставин, характеру, розміру збитків і страхових виплат вирішуються Сторонами шляхом переговорів, при цьому Сторони можуть залучати експертів, а оплата послуг експерта здійснюється Стороною, що запрошує експерта.
- 12.2. При неможливості врегулювання спірних питань справа розглядається в судовому порядку відповідно до чинного законодавства України.
- 12.3. Страховик на відповідний запит Страхувальника (його представника) дає належні пояснення і консультації щодо умов страхування стосовно окремої Застрахованої особи відповідно до Договору страхування та Правил страхування, у т.ч., при потребі, у письмовій формі, з приводу прийнятих рішень.
- 12.4. Позови щодо вимог, які витікають із Договору страхування, можуть бути пред'явлені Страховику в строк, передбачений чинним законодавством України.

13. Заключні положення.

- 13.1. Всі не врегульовані Договором умови та положення регулюється Правилами страхування та законодавством України. Положення Договору є пріоритетними щодо відповідних положень Правил та у випадку, якщо Договір конкретизує, уточнює або доповнює положення Правил, то переважну силу мають положення Договору.
- 13.2. Договором Сторони в належній формі досягли згоди щодо всіх істотних умов страхування, які визначені для договорів страхування як істотні та обов'язкові умови згідно з Цивільним кодексом України, Законом України «Про страхування» та іншими актами цивільного законодавства.
- 13.2. Сторони зобов'язані вчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, зміну власності, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків відповідно до Договору страхування.
- 13.4. Усі заяви та повідомлення, передбачені умовами Договору, повинні здійснюватися Сторонами у письмовій формі і будуть вважатись поданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом з повідомленням або подані особисто за вказаною адресою та вручені під розписку відповідальній особі, або надіслані на електронну пошту Страхувальника, зазначену в Заяві-приєднання (Акцепті), або на електронну пошту Страховика.
- 13.5. Умови Договору є комерційною таємницею і не підлягають розголошенню Сторонами, окрім випадків, передбачених законодавством України.
- 13.6. Договір укладається українською мовою в електронній формі. Деякі визначення, умови та найменування у Заяві приєднання (Акцепті) зазначені українською та англійською мовами, та у випадку неоднакового трактування український текст має пріоритет.
- 13.7. Основні поняття та терміни, що використовуються в Договорі:
- Асистанс** – Асистанська компанія / I.M. "NOVA ASSISTANCE" (далі за текстом – Асистанс), яка діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи та осіб, які надають послуги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку, організовує, контролює, оплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика.
- Близькі родичі Застрахованої особи** – його (її) дружина (чоловік), діти (у тому числі – усиновлені), його (її) матір, батько, матір, батько його (її) дружини, чоловіка (у тому числі – усиновлювачі), рідна сестра чи брат.
- Вигодонабувач** – за Договором визначається згідно з законодавством України. Вигодонабувач отримує страхову виплату у разі втрати Застрахованою особою дієздатності внаслідок страхового випадку (її опікану за законом) або у разі смерті Застрахованої особи внаслідок настання страхового випадку (її спадкоємці за законом, заповітом або спадковим договором). Страхова виплата щодо неповнолітньої Застрахованої особи, для якої не настала повна цивільна дієздатність, здійснюється батькам, здійснюється такою неповнолітньою особою або її опіканам.
- Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.
- Екстрена медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані людини та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.
- Застрахована особа (Турист)** – фізична особа, резидент або нерезидент України, майнові інтереси якої, пов'язані з її життям, здоров'ям і працездатністю, є предметом Договору страхування, на користь та за згодою якої укладено Договір та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника відповідно до умов Договору.
- Кількість днів** – зазначена у Заяві приєднання (Акцепті) максимальна загальна (сумарна) кількість днів перебування Застрахованої особи в подорожі (в подорожах) в межах строку страхування (строку дії Договору), щодо яких діє страховий захист за Договором страхування. При здійсненні подорожі (подорожей) в межах строку дії Договору максимальна загальна кількість днів перебування Застрахованої особи в подорожі (в подорожах), щодо яких діє страховий захист за Договором страхування, зменшуються на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи в подорожі (подорожах).
- Країна перебування** – країна (місце, територія), зазначена(-е) в Договорі страхування, на території якої Застрахована особа знаходиться під час подорожі та діє страховий захист за Договором страхування. Під час дії Договору страхування Застрахована особа може відвідувати кілька країн, при цьому Договір страхування буде діяти на території кожної з цих країн.

Ліміт відповідальності – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який за згодою Страхувальника та Страховика встановлюється при укладанні Договору страхування щодо Застрахованої особи по окремому страховому ризику, на один страховий випадок та/або по окремих видах витрат (послуг), стосовно яких діє страховий захист.

Медична репатріація – транспортування Застрахованої особи за допомогою комерційного перевізника в країну її постійного проживання під наглядом лікаря після стабілізації стану здоров'я Застрахованої особи в медичному закладі країни її перебування.

Місце постійного проживання – це місце (місто, село, тощо) на території України, в якому ЗО проживає в цілому не менше 183 днів впродовж календарного року.

Нещасний випадок – випадкова, раптова, короточасна, непередбачувана, не спричинена навмисно та незалежно від волі Застрахованої особи подія, що сталась протягом строку дії Договору страхування внаслідок впливу зовнішніх чинників та незалежно від будь-яких інших обставин і призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованої особи та/або її смерті. До нещасних випадків відносяться: травматичне ушкодження, утоплення; опіки; відмороження; переохолодження; ураження електричним струмом або блискавкою; випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (побутовими або промисловими), ліками, отруйними рослинами, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу); укуси тварин, отруйних комах, змій; захворювання кліщовим енцефалітом та ін., що не підпадають під виключення згідно з Правилами добровільного страхування від нещасних випадків.

Програма страхування – це перелік послуг певного обсягу (лікувально-діагностичних, транспортних, тощо), що надаються Застрахованій особі при настанні страхового випадку та оплачуються Страховиком згідно з умовами Договору страхування.

Раптове захворювання – раптове погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, що становить загрозу для життя та здоров'я Застрахованої особи та вимагає надання медичної допомоги.

Тілесні пошкодження – травма, поранення, опіки, які були отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час поїздки за кордон та під час дії Договору страхування, і потребують госпіталізації або амбулаторного лікування.

Травматичні ушкодження – ушкодження м'яких тканин, органів та систем організму зовнішніми чинниками, а саме: власної травми, опіки, ураження блискавкою або електричним струмом, обмороження, переохолодження, випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (промисловими або побутовими) чи ліками; наслідки укусів тварин, отруйних комах чи змій, які сталися під час поїздки Застрахованої особи за кордон України та/або здійснення подорожі по території України і потребують невідкладної медичної допомоги.

Третя особа – юридична та фізична особа, яка не є стороною Договору страхування, однак бере участь у правовідносинах, що регулюються таким Договором страхування, та/або понесла фінансові витрати за страховим випадком, що стався із Застрахованою особою. У разі, якщо фінансові витрати понесла третя особа, Застрахована особа визначає її Вигодонабувачем щодо отримання страхового відшкодування у розмірі понесених витрат за страховим випадком, що стався із Застрахованою особою, і така третя особа підпадає під дію Договору.

Форс-мажорні обставини – незвичайні і непередбачувані обставини поза контролем Страхувальника, наслідків яких не можна було уникнути навіть при докладанні найбільших зусиль, дії непереборної сили, яких неможливо запобігти або уникнути.

Франшиза – частина збитку, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Згідно з умовами Договору страхування встановлюється безумовна франшиза у абсолютній грошовій величині.

Хронічне захворювання – хвороба, на яку особа хворіла на час укладання Договору страхування, яка має хронічний характер (вроджений стан), незалежно від того чи здійснювалось лікування такої хвороби та чи знала про таку хворобу сама особа.

13.8. Поняття, терміни та назви, що не обумовлені у Договорі, обумовлені в Правилах страхування. Якщо значення будь-якого поняття, терміну або назви окремо не обумовлено Правилами або однозначно не випливає з законів, постанов та актів України, значення такого поняття, терміну або назви використовується у його звичайному лексичному розумінні.



Директор ТДВ «УКРФІНСТРАХ» Г.Г. Ким

Додаток до Оферти

| ПОКРИТТЯ ** | ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| | Базова / Base | | Стандарт / Standard | | Стандарт Покращений / Superior | | DeLuxe / DeLuxe | |
| | ВКЛ | ЛІМІТ | ВКЛ | ЛІМІТ | ВКЛ | ЛІМІТ | ВКЛ | ЛІМІТ |
| Надання невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах | так | 1 000,00 € | так | | так | | так | |
| Надання невідкладної амбулаторно-поліклінічної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем | так | 500,00 € | так | в межах СС | так | в межах СС | так | в межах СС |
| у т.ч. при загостренні хронічного захворювання (за 1 страховим випадком) | так | 500,00 € | так | 5 000,00 € | так | 5 000,00 € | так | 10 000,00 € |
| Надання невідкладної (швидкої) допомоги (за 1 страховим випадком) | так | 1 000,00 € | так | 5 000,00 € | так | 5 000,00 € | так | в межах СС |
| Оплата ліків, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану | так | 100,00 € | так | в межах СС | так | в межах СС | так | в межах СС |
| Надання невідкладної стоматологічної допомоги | ні | --- | так | 100,00 € | так | 100,00 € | так | 150,00 € |
| Надання невідкладної пологової допомоги до 7-го місяця вагітності | ні | --- | так | в межах СС | так | в межах СС | так | в межах СС |
| Надання первинної консультації та діагностики для встановлення попереднього діагнозу (організовує виключно Асистанс) | так | 200,00 € чи 100,00 € | так | 200,00 € чи 100,00 € | так | 200,00 € | так | 300,00 € |
| Транспортування ДО найближчого медичного закладу чи лікаря машиною швидкої допомоги або іншим ТЗ | так | 300,00 € | так | 300,00 € | так | 300,00 € | так | 300,00 € |
| Транспортування ВІД найближчого медичного закладу чи лікаря машиною швидкої допомоги або іншим ТЗ до місяця тимчасового проживання | ні | --- | ні | --- | так | | так | |
| Транспортування ДО спеціалізованого медичного закладу машиною швидкої допомоги або іншим ТЗ | ні | --- | так | 300,00 € | так | 300,00 € | так | 300,00 € |
| Транспортування ВІД спеціалізованого медичного закладу машиною швидкої допомоги або іншим ТЗ до місяця тимчасового перебування | ні | --- | ні | --- | так | | так | |
| Транспортування ДО конкретного пункту (медичного закладу, найближчого до пункту перетину кордону, тощо) країни постійного проживання | ні | --- | так | 5 000,00 € | так | 10 000,00 € | так | в межах СС |
| Репатріація тіла (останків) Застрахованої особи | так | 1 500,00 € | так | в межах СС | так | в межах СС | так | в межах СС |
| Витрати на телефонний зв'язок | так | 50,00 € | так | 100,00 € | так | 100,00 € | так | 150,00 € |
| Витрати на проїзд особи, яка супроводжує Застраховану особу з країни перебування до країни її постійного проживання | ні | --- | так | економ-клас | так | економ-клас | так | економ-клас |
| Дострокове повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання у разі смерті близького родича Застрахованої особи | ні | --- | ні | --- | так | економ-клас | так | економ-клас |
| Транспортування дитини (дітей) Застрахованої особи віком до 16 років до конкретного пункту країни постійного проживання | ні | --- | так | економ-клас | так | економ-клас | так | економ-клас |
| Поїздка близького родича Застрахованої особи, в країну перебування Застрахованої особи і назад | ні | --- | ні | --- | так | економ-клас; 5 діб по 50,00 € | так | економ-клас; 5 діб по 50,00 € |
| Поїздка третьої особи в країну перебування Застрахованої особи і назад до країни її постійного проживання | ні | --- | ні | --- | ні | --- | так | економ-клас; 5 діб по 50,00 € |
| Поїздка колеги Застрахованої особи в країну перебування | ні | --- | ні | --- | ні | --- | так | економ-клас; 5 діб по 50,00 € |
| Витрати на продовження перебування Застрахованої особи в країні перебування | ні | --- | ні | --- | так | економ-клас; 5 діб по 50,00 € | так | економ-клас; 5 діб по 50,00 € |
| Витрати на адміністративну допомогу: отримання тимчасових документів | ні | --- | ні | --- | так | 100,00 € | так | 100,00 € |
| Витрати на адміністративну допомогу: придбання предметів першої необхідності | ні | --- | ні | --- | так | 100,00 € | так | 150,00 € |
| Витрати на адміністративну допомогу: номер в готелі та переоформлення квитків | ні | --- | ні | --- | ні | --- | так | економ-клас; 2 доби по 50,00 € |
| Організація юридичної допомоги при порушенні кримінальної чи адміністративної справи проти Застрахованої особи | ні | --- | ні | --- | ні | --- | так | організація |
| Витрати на адвоката при пред'явленні судового позову за адміністративною справою проти Застрахованої особи | ні | --- | ні | --- | ні | --- | так | 1 000,00 € |

** Організацію надання медичних та інших послуг, що включаються до страхового покриття, організовує виключно Асистанс. У разі організації та оплати послуг без залучення Асистансу діють обмеження за страховим покриттям згідно з умовами укладеного Договору комплексного страхування.