



РЕСПЕКТ
СТРАХОВА КОМПАНІЯ

ПУБЛІЧНА ПРОПОЗИЦІЯ (ОФЕРТА) НА УКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО (КОМПЛЕКСНОГО) СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА КОРДОН

Дана публічна пропозиція (оферта) є офіційною пропозицією **ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «РЕСПЕКТ»** (надалі - Пропозиція), код ЄДРПОУ – 22448445 (надалі – Страховик), Ліцензія, видана Нацкомфінпослуг 13.04.2017 р., Ліцензія АВ№584120, видана Держфінпослуг України 10.05.2011 р., Ліцензія АВ№584123, видана Держфінпослуг України 10.05.2011 р., що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (надалі - Страхувальники), укласти із Страховиком електронний договір добровільного (комплексного) страхування подорожуючих за кордон за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента відповідно до «Правил добровільного страхування медичних витрат» №11-03/17, затверджених Страховиком 21.03.2017 р. та зареєстрованих Нацкомфінпослуг 13.04.2017 р. за №2117127 зі Змінами №1 від 27.06.2017 р. за №2117195 (надалі – Правила 1), «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» №2-04/07, затверджених Страховиком 05.04.2007 р. та зареєстрованих Держфінпослуг України 10.05.2007 р. за №0271368 зі Змінами від 03.12.2009 р. за №0290680, Змінами №2 від 27.06.2017 р. за №0217194 (надалі – Правила 2), «Правил добровільного страхування фінансових ризиків» №7-04/07, затверджених Страховиком 05.04.2007 р. та зареєстрованих Держфінпослуг України 10.05.2007 р. за №1871373 зі Змінами та доповненнями №1 від 15.08.2017 р. за №1817219 (надалі – Правила 3) (надалі Правила 1, Правила 2 та Правила 3 спільно іменуються – Правила) із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис» та «Про електронну комерцію».

Пропозиція розміщена на сайті Страховика за посиланням: http://respectins.com/wp-content/uploads/2019/09/oferta_straxuvannya_podorozhuyuchix_za_kordon.pdf

Правила 1 розміщені на сайті Страховика за посиланням: http://respectins.com/wp-content/uploads/2017/05/pravila_med_viplat-1.pdf,

http://respectins.com/wp-content/uploads/2017/05/zmini_pravil_med_viplat.pdf

Правила 2 розміщені на сайті Страховика за посиланням: http://respectins.com/wp-content/uploads/2017/05/pravila_neschastn_vipadkiv.pdf

http://respectins.com/wp-content/uploads/2017/05/zmini_pravil_neschastn_vipadkiv.pdf

http://respectins.com/wp-content/uploads/2017/05/zmini_2_pravil_neschastn_vipadkiv.pdf

Правила 3 розміщені на сайті Страховика за посиланням: http://respectins.com/wp-content/uploads/2017/05/pravila_fin_riski.pdf

http://respectins.com/wp-content/uploads/2017/05/zmini_pravil_fin_riski.pdf

Місцезнаходження Страховика: 65029, м. Одеса, вул. Князівська, будинок 15, оф. 1. Контактний телефон: (048) 737-75-11. Адреса електронної пошти: respect@respectins.com.

СТРАХУВАЛЬНИК – дієздатна фізична особа, яка уклала Договір із Страховиком.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа, майнові інтереси якої, пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю, медичними витратами, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення нею подорожі (поїздки) за кордон, а також збитками, понесеними внаслідок неможливості здійснення подорожі (поїздки) за кордон, є предметом Договору та на користь якої Страхувальником укладений із Страховиком Договір і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

ВИГОДОНАБУВАЧ – фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладенні Договору для отримання страхової виплати у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Електронний договір страхування (надалі - Договір) - електронний договір добровільного (комплексного) страхування подорожуючих за кордон;

Ідентифікація – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його страхового агента з метою укладання Договору або отримання страхового відшкодування;

Інформаційно-телекомунікаційна система (надалі – ІТС) - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовуються Страховиком або його страховим агентом для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції;

Ідентифікація Страхувальника в ІТС - підтвердження повноважень Страхувальника на доступ в ІТС Страховика або його страхового агента шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.

Логін - унікальне зареєстроване ім'я Страхувальника в ІТС, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої аутентифікації Страхувальника в ІТС Страховика та його страхових агентів. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону Страхувальника тощо;

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

Пароль – секретний алфавітно-цифровий набір символів, призначений для можливості входу Страхувальника в ІТС.

2. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

2.1. Страхування здійснюється у відповідності до Правил страхування та викладених у цій Пропозиції умов добровільного (комплексного) страхування подорожуючих за кордон (надалі – Умови).

2.2. Укладання Договору здійснюється на підставі даної Пропозиції, що розміщується на сайті Страховика за посиланням: http://respectins.com/wp-content/uploads/2019/09/oferta_straxuvannya_podorozhuyuchix_za_kordon.pdf та його страхових агентів.

2.3. У відповідності до статті 11 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Пропозиції Страхувальником вважається заповнення Електронної заяви на укладання Договору та підписання Електронного договору електронним підписом одноразовим ідентифікатором шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та введення Страхувальником в ІТС Страховика або його страхового агента отриманого одноразового ідентифікатора. Заповнення Електронної заяви Страхувальником не зобов'язує його укласти Договір, у разі відсутності електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором Договір вважається неукладеним. Заповненням Електронної заяви про укладення Договору Страхувальник узгоджує всі істотні умову Договору, передбачені ст. 16 Закону України «Про страхування», в тому числі: предмет страхування, страхову суму, перелік страхових випадків, розмір страхових платежів та порядок їх сплати, строк дії Договору та ін.

2.4. Якщо Страховик і Страхувальник на підставі цієї Пропозиції укладуть Договір за допомогою ІТС Страховика та/або його страхових агентів, він вважається укладеним у електронній формі.

2.5. Факт укладання Договору посвідчується Електронним договором добровільного (комплексного) страхування подорожуючих за кордон (надалі - Договір), який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Страхувальником у Електронній заяві на укладання Договору.

2.6. Договір направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації страхового агента. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Договору, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (страховим агентом) в електронній базі Страховика (страхового агента).

2.7. Сторони домовилися, що відправка Договору та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Договору та повідомлення Страхувальнику. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір виготовляється в письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною Стороною.

2.8. Сторони узгодили, що Договір, який направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті може бути підписано Страховиком із використанням факсимільного відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитку печатки Страховика, зразок яких відображено у п. 14.1 Умов цієї Пропозиції.

2.9. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є ненаправлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника.

2.10. Якість надання послуг за Договором страхування відповідає вимогам Закону України «Про страхування» та іншим нормативним актам.

Умови страхування по Договору:

3. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать Закону і пов'язані з:

3.1.1. життям, здоров'ям Застрахованої особи та медичними витратами Застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) за кордон – за добровільним страхуванням медичних витрат (надалі – страхування медичних витрат);

3.1.2. життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи – за добровільним страхуванням від нещасних випадків (надалі – страхування від нещасних випадків);

3.1.3. збитками Страхувальника (Застрахованої особи), понесеними ним внаслідок неможливості здійснення подорожі (поїздки) за кордон або інших витрат (крім медичних), що виникли у Страхувальника (Застрахованої особи) під час (подорожі) поїздки за кордон, з причин, зазначених в Договорі – за добровільним страхуванням фінансових ризиків (надалі – страхування фінансових ризиків).

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. По страхуванню медичних витрат:

4.1.1. Страховим ризиком є гостре захворювання; розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком нещасного випадку, який трапився із Застрахованою особою під час та на території дії Договору; необхідність звернення до медичного закладу та/або Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) у інших випадках, передбачених Договором; смерть Застрахованої особи внаслідок непередбачуваного гострого захворювання або нещасного випадку.

4.1.2. Страховим випадком є здійснення Застрахованою особою (Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом) або третьою особою) непередбачуваних витрат, пов'язаних з наданням медичної, медико-транспортної та інших видів допомоги та послуг у межах та в обсязі Програм страхування, Опцій та лімітів страхування, передбачених Договором, в зв'язку із зверненням під час дії Договору до Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) або медичного закладу, з приводу гострого захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, смерті Застрахованої особи, та в інших випадках, передбачених Договором.

4.2. **По страхуванню від нещасних випадків** страховими випадками є:

4.2.1. ушкодження здоров'я Застрахованої особи, передбаченого у Таблиці № 1 «Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по страховим випадкам» Додатку № 1 до Правил - 2 внаслідок нещасного випадку;

4.2.2. смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

4.3. **По страхуванню фінансових ризиків** страховими випадками є втрати Страхувальника (Застрахованої особи) (крім медичних), що виникли під час поїздки за кордон, або втрати, що виникли через неможливість поїздки за кордон, якщо такі втрати викликані:

4.3.1. хворобою (травмою) Страхувальника (Застрахованої особи) чи близького родича, отриманою не раніше, ніж за 15 календарних днів до дати виїзду, зазначеної в туристичній путівці і за умови, що така хвороба становить загрозу для життя і потребує необхідності лікування в стаціонарі;

4.3.2. необхідністю явки в суд для участі в судовому процесі в якості обвинувачуваного, потерпілого чи цивільного відповідача;

4.3.3. одержанням виклику у військовий комісаріат для виконання військових обов'язків;

4.3.4. ушкодженням майна Страхувальника (Застрахованої особи) в результаті пожежі, стихійних явищ, протиправних дій третіх осіб за умови, що таке заподіяння шкоди об'єктивно перешкоджає здійсненню раніше запланованої поїздки за кордон;

4.3.5. неотриманням в'їзної візи при своєчасній подачі всіх необхідних консульським відділом документів на оформлення туристичної поїздки за умови, якщо Договір був укладений не пізніше, ніж за 15 календарних днів до початку поїздки.

4.3.6. втратою або крадіжкою паспорту (документу, що надає право на виїзд за кордон) Застрахованої особи;

4.3.7. пошкодженням в результаті ДТП, поломки або викрадення автомобіля, на якому Страхувальник (Застрахована особа) подорожувала за кордон;

4.3.8. достроковим поверненням Страхувальника (Застрахованої особи) до країни постійного проживання у зв'язку зі смертю близького родича Страхувальника (Застрахованої особи).

4.4. Страховик, відповідно до обраної Програми страхування, відшкодовує витрати на медичну, медико-транспортну та інші види допомоги та послуги, пов'язані з гострим захворюванням, розладом здоров'я внаслідок нещасних випадків, смертю Застрахованої особи та в інших випадках, передбачених Договором, що сталися із Застрахованою особою на території країни, зазначеної в Договорі страхування, а саме:

4.4.1. **За Програмою «А»** витрати на:

4.4.1.1. **Опція «Амбулаторне лікування»** передбачає екстрене консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, в тому числі:

- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

4.4.1.2. **Опція «Стаціонарне лікування»** передбачає екстрене лікування (в тому числі перебування та харчування) в умовах стаціонару при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування, в тому числі:

- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;

- консультативно-діагностичне обслуговування;
- консервативне та оперативне лікування;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

4.4.1.3. **Опція «Невідкладна допомога»** передбачає:

- виїзд бригади швидкої медичної допомоги;
- експрес діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- доставку каретою швидкої медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

4.4.1.4. **Опція «Стоматологія»** передбачає терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини за виключенням проведення косметичних процедур, протезування, ортодонтичних операцій, пов'язане з:

- гострим зубним болем та простим пломбуванням;
- допомоги, необхідної для лікування наслідків нещасних випадків.

4.4.1.5. **Опція «Медичне транспортування»** передбачає відповідно до рішення лікуючого лікаря:

- перевезення Застрахованої особи до спеціалізованого медичного закладу, якщо цього вимагає стан її здоров'я;

- медичну евакуацію Застрахованої особи до медичного закладу за місцем її постійного проживання у разі необхідності проведення подальшого стаціонарного лікування, якщо стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє її транспортування.

Залежно від стану здоров'я Застрахованої особи її можуть транспортувати: каретою швидкої допомоги, таксі, поїздом (в купе першого класу, в плацкартному чи спальному вагоні), рейсовим літаком (в т.ч. на спеціально обладнаному місці), літаком санітарної авіації.

Рішення щодо транспортування Застрахованої особи та засобів транспортування мають право прийняти тільки лікарі, які уповноважені Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*), після консультації з лікуючими лікарями.

4.4.1.6. Опція «Репатріація останків» передбачає:

- транспортування останків Застрахованої особи до місця її постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок непередбаченого гострого захворювання або нещасного випадку;

- оплату Страховиком витрат на поховання Застрахованої особи на території країни тимчасового перебування. При цьому, такі витрати на поховання не повинні перевищувати вартості перевезення останків. Страховик відшкодовує вартість поховання лише у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок гострого захворювання або нещасного випадку.

4.4.2. За програмою «В» - витрати за програмою «А», а також витрати на:

4.4.2.1. Опція «Відвідування близьким родичем» передбачає:

- оплату вартості проїзду в обидва кінці близького родича Застрахованої особи до країни її тимчасового перебування, у разі знаходження Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні більше 10 (десяти) днів внаслідок гострого захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку та неможливості перевезення Застрахованої особи до країни постійного проживання за медичними показниками.

Страховик відшкодовує тільки транспортні витрати. Вартість проживання близького родича та інші витрати Страховиком не відшкодовуються.

4.4.2.2. Опція «Повернення додому неповнолітніх дітей Застрахованої особи» передбачає:

- оплату вартості проїзду неповнолітніх дітей Застрахованої особи до місяця їх постійного проживання та, в разі необхідності, їх супровід третьою особою, якщо Застрахована особа неспроможна це зробити через гостре захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку або смерті.

Страховик відшкодовує вартість проїзду дітей, які не досягли 15-річного віку, до місяця їх постійного проживання тільки у випадку, якщо жодна із подорожуючих разом з ними осіб віком понад 18 років не в змозі про них піклуватись внаслідок гострого захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку або смерті.

4.4.2.3. Опція «Прізд робітника, що заміщає Застраховану особу» передбачає:

- оплату вартості проїзду особи, яка заміщає Застраховану особу при виконанні нею виробничих обов'язків на території країни тимчасового перебування, до місця виконання виробничих обов'язків у тому разі, якщо Застраховану особу було перевезено до медичного закладу за місцем її постійного проживання (медичної евакуації) у разі необхідності проведення подальшого стаціонарного лікування.

Страховик здійснює страхову виплату тільки за умови, що працівник, який замінить Застраховану особу, повинен приступити до виконання своїх обов'язків відразу ж після повідомлення лікаря про медичну евакуацію Застрахованої особи.

4.4.2.4. Опція «Телекомунікаційні послуги» передбачає оплату вартості телефонних дзвінків та/або повідомлень до Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) з метою повідомлення про Подію.

4.4.3. За програмою «С» - витрати за програмою «В», а також витрати, пов'язані з:

4.4.3.1. Опція «Неможливість здійснення поїздки» передбачає відшкодування витрат у розмірі документально підтверджених понесених збитків в зв'язку з:

- хворобою (травмою) Страхувальника (Застрахованої особи) чи близького родича, отриманою не раніше, ніж за 15 календарних днів до дати виїзду, зазначеної в туристичній путівці і за умови, що така хвороба становить загрозу для життя і потребує необхідності лікування в стаціонарі;

- необхідністю явки в суд для участі в судовому процесі в якості обвинувачуваного, потерпілого чи цивільного відповідача;

- одержанням виклику у військовий комісаріат для виконання військових обов'язків;

- ушкодженням майна Страхувальника (Застрахованої особи) в результаті пожежі, стихійних явищ, протиправних дій третіх осіб за умови, що таке заподіяння шкоди об'єктивно перешкоджає здійсненню раніше запланованої поїздки за кордон;

- неотриманням в'їзної візи при своєчасній подачі всіх необхідних консульським відділом документів на оформлення туристичної поїздки за умови, якщо Договір був укладений не пізніше, ніж за 15 календарних днів до початку поїздки.

- втратою або крадіжкою паспорту Застрахованої особи;

4.4.3.2. Опція «Дострокове повернення Застрахованої особи» передбачає покриття витрат на придбання квитка (економ-класу) в межах ліміту відповідальності, встановленої Договором, на повернення Застрахованої особи в зв'язку зі смертю близького родича;

4.4.3.3. Опція «Пошкодження автомобіля» передбачає покриття витрат на буксирування транспортного засобу, на якому подорожує Страхувальник (Застрахована особа) до найближчого місця ремонту та/або доставкою необхідних запасних частин, в випадку пошкодження транспортного засобу в результаті ДТП або його поломки, в межах ліміту відповідальності, встановленої Договором.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страховик не несе відповідальності за витрати, пов'язані з:

5.1.1. лікуванням травми, отриманої через скоєння самою Застрахованою особою умисних правопорушень як за законом, що діє у країні перебування, так і за законом, що діє у країні постійного проживання;

5.1.2. самолікуванням, лікуванням особою або закладом, що не мають відповідних дозволів на здійснення медичної діяльності у країні тимчасового перебування, а також лікуванням захворювання чи травми, викликаних власними навмисними діями Застрахованої особи, у тому числі, спроб самогубства або навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень;

5.1.3. лікуванням травми, одержаної в результаті керування Застрахованою особою транспортним засобом, якщо вона не має права керувати ним;

5.1.4. лікуванням травм, які Застрахована особа отримала внаслідок будь-яких дій, 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;

5.1.5. репатріацією чи лікуванням травм, які пов'язані з перельотом на літаку, що не входить до числа офіційно зареєстрованих або спеціальних рейсів, зареєстрованих у Міжнародному Реєстрі авіарейсів;

5.1.6. лікуванням хвороб, які передаються переважно статевим шляхом;

5.1.7. лікуванням, діагностикою та іншими послугами з приводу захворювань, станів та їх наслідків, прямо чи опосередковано пов'язаних з синдромом придбаного імунodefіциту – СНІДом (A.I.D.S.), та захворювань, що можуть розглядатися як варіації СНІДу;

5.1.8. лікуванням захворювання чи травм, викликаних форс-мажорними обставинами, включаючи, але не обмежуючись: війною, вторгненням, терористичними актами, громадянською війною, повстанням, революцією, діями військової влади чи узурпаторських режимів або активною участю Застрахованої особи у воєнних, насильницьких діях чи будь-яких громадських заворушеннях;

5.1.9. лікуванням захворювання чи травм, що виникли внаслідок дії іонізуючої радіації, радіоактивного забруднення будь-якого походження;

5.1.10. лікуванням розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води), поточним обстеженням зору та слуху;

5.1.11. лікуванням хвороб шкіри та підшкірної клітковини, що класифікуються міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ), як L-20 – L-60, включаючи, але не обмежуючись дерматитами, пов'язаними з дією сонячного випромінювання, алергічними контактними дерматитами, медичну допомогу з приводу сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання, теплові та сонячні удари, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

5.1.12. лікування онкологічних захворювань та послуг, пов'язаних зі смертю Застрахованої особи внаслідок онкологічних захворювань;

5.1.13. медичною допомогою з приводу алергічних реакцій та захворювань, крім випадків, коли вони становлять загрозу життю або здоров'ю Застрахованої особи;

5.1.14. лікуванням гінекологічних захворювань, якщо його необхідність не була викликана загрозою для життя Застрахованої особи;

5.1.15. лікуванням урологічних захворювань, крім витрат на надання невідкладної медичної допомоги;

5.1.16. операціями з видалення та дроблення каміння будь-якої локалізації у сечовивідних шляхах, нирках, жовчному міхурі;

5.1.17. реабілітацією та фізіотерапією, в тому числі після надання невідкладної медичної допомоги.

5.2. Страховик не оплачує витрати:

5.2.1. на отримання медичних та медико-транспортних послуг у випадках, що сталися під час поїздки, яку було здійснено всупереч порадам лікаря або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном;

5.2.2. на усунення косметичних дефектів, реконструктивні та пластичні операції;

5.2.3. на будь-яке протезування, в тому числі забезпечення зубними протезами або штучними зубами;

5.2.4. на стоматологічні послуги, крім екстреної допомоги у випадку гострого зубного болю або допомоги, необхідної для лікування наслідків нещасного випадку;

5.2.5. якщо вони пов'язані з діагностикою вагітності, лікуванням ускладнень вагітності протягом трьох останніх місяців перед передбачуваною датою народження дитини;

5.2.6. на обстеження і лікування, пов'язані з абортами або пологами та їх наслідками, крім випадків, пов'язаних з нещасними випадками припинення вагітності;

5.2.7. на лікування на території країни постійного проживання Застрахованої особи;

5.2.8. на лікування на території країни тимчасового перебування після дати, коли на думку лікаря, призначеного Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*), медична репатріація є можливою за медичними показаннями;

5.2.9. на лікування, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання;

5.2.10. на коригуюче або реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших курортних закладах;

5.2.11. на лікування нервових та психічних розладів, захворювань та їх загострень, лікуванням уроджених аномалій та психічних розладів, а також релаксації станів, за наявності яких існує реальний ризик швидкого погіршення стану здоров'я; на лікування інсульту мозкового, пухлини головного та спинного мозку, епілепсії, шизофренії; медичні витрати, пов'язані з судомним приступом, перебігом психічних захворювань, інсультом або інфарктом, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

5.2.12. на діагностику та лікування вроджених, хронічних захворювань (цукровий діабет, хронічна ниркова недостатність, цироз печінки, туберкульоз, онкологічні, аутоімунні, вікові дегенеративні захворювання, хвороби серця та судин, хвороби кровотворної системи тощо) та хвороб що почались ще під час перебування в країні постійного проживання та/або існували на момент укладення Договору (обстеження, консультації, придбання медикаментів,

госпіталізація, оперативні втручання і т. ін.), або пов'язані зі смертю Застрахованої особи внаслідок таких захворювань або наслідків таких захворювань, крім випадків ліквідації гострої смертельної небезпеки або цілеспрямованих заходів по ліквідації гострого болю;

5.2.13. на проведення консультацій, обстежень та інших діагностичних заходів, лікування та операцій, які виходять за рамки невідкладної медичної допомоги та можуть бути проведені в Україні або в країні постійного проживання Застрахованої особи;

5.2.14. на будь-які медичні перевезення, стаціонарне лікування, невідкладну (швидко) медичну допомогу, не організовану та/або не узгоджену із спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*) або із Страховиком;

5.2.15. на хірургічне втручання на серці та судинах (аортокоронарне шунтування, ангіографію, ангіопластику, тощо);

5.2.16. на вакцинації, медичні довідки і свідчення, допоміжні медичні засоби (окуляри, лінзи, слухові апарати, медичні термометри, милиці, інвалідні коляски, протези тощо), якщо вони не обумовлені травмою, одержаною внаслідок нещасного випадку;

5.2.17. на обстеження і лікування за допомогою методів недоказової медицини;

5.2.18. на послуги, що перевищують помірні чи обґрунтовані розміри їх оплати в певному регіоні (визначається Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*) чи перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама чи у супроводі іншої особи може повернутися у країну постійного проживання (медична евакуація/репатріація);

5.2.19. якщо Страхувальник (Застрахована особа) або особа, яка представляє її інтереси, без поважних на те причин не сповістила Спеціалізовану службу Страховика (*Асистанс*) чи Страховика про звернення за медичною допомогою протягом 24-ьох годин після звернення за такою допомогою;

5.2.20. якщо транспортування Застрахованої особи здійснювалось з одного медичного закладу в інший без участі Спеціалізованої служби Страховика (*Асистансу*) або без попереднього погодження з нею чи зі Страховиком;

5.2.21. якщо страховий випадок стався внаслідок занять спортом на професійному рівні під час участі у змаганнях та тренуваннях, спортивного (активного) відпочинку, якщо Договором не передбачене страхування цього ризику;

5.2.22. якщо страховий випадок стався при виконанні роботи за наймом, якщо Договором не передбачене страхування цього ризику;

5.2.23. якщо Страхувальник/Застрахована особа навмисно надав неправдиву інформацію про ступінь страхового ризику або факт настання страхового випадку;

5.2.24. понесені за територією (місцем) дії Договору.

5.3. Страховик не відшкодовує витрати на:

5.3.1. медичну репатріацію або репатріацію останків, якщо вони організовані без узгодження із Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*);

5.3.2. медичну репатріацію, якщо хвороба або тілесне ушкодження не є досить серйозними за медичними показаннями і лікування може бути здійснене за місцезнаходженням Застрахованої особи, та/або якщо захворювання не перешкоджає продовженню поїздки;

5.3.3. оплати проживання та інші витрати близького родича Застрахованої особи у випадку його приїзду до країни її тимчасового перебування, у разі знаходження Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні більше 10 (десяти) діб внаслідок гострого захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку;

5.3.4. відшкодування будь-яких нематеріальних збитків.

5.4. Не відносяться до страхового випадку події, що відбулась внаслідок:

5.4.1. вчинення або спроби вчинення Застрахованою особою протиправних дій;

5.4.2. дій Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

5.4.3. самогубства або замаху на самогубство Застрахованої особи за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, підтвердженими документами компетентних органів;

5.4.4. вчинення Вигодонабувачем (спадкоємцем Застрахованої особи) навмисного злочину, що призвів до загибелі або смерті Застрахованої особи;

5.4.5. навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень незалежно від її психічного стану, самолікування або лікування особою, яка не має медичної освіти;

5.4.6. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або без права на керування таким транспортним засобом, передачі управління транспортним засобом особі, яка знаходилася у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або особі, яка не мала права на керування таким транспортним засобом;

5.4.7. недотримання Застрахованою особою вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень.

5.5. Страховик не несе відповідальності у разі несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку, який стався в період дії Договору.

5.6. При визнанні Застрахованої особи в судовому порядку без вісті відсутнім (зниклим) страхова виплата не здійснюється.

5.7. Не вважається страховим випадком подія, що сталася прямо або опосередковано внаслідок:

5.7.1. війни, вторгнення, військових дій (незалежно від того була війна оголошена чи ні) та їх наслідків, страйків, громадських заворушень, бунту, революції, анти-терористичних операцій, захоплення влади військовими або іншого протиправного захоплення влади, знищення або ушкодження за розпорядженням існуючого де-факто або де-юре уряду або іншої установи влади, будь-яких терористичних актів, мародерства;

5.7.2. дії мін, торпед, бомб, гранат, снарядів, інших будь-яких бойових припасів та або зброя війни;

5.7.3. дії будь-яких вибухових речовин або пристроїв, що використані з метою пошкодження або знищення майна та/або завдання шкоди здоров'ю або життю людей;

5.7.4. дії будь-яких воєнізованих або збройних формувань;

5.7.5. застосування атомної зброї, впливу ядерного вибуху, проникаючої радіації, радіоактивного зараження будь-яким ядерним паливом або відходами в результаті згоряння ядерного палива;

5.7.6. внаслідок протиправних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищевказаними органами та посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства. При цьому, факт протиправних дій (бездіяльності) відповідних органів чи невідповідність документів законодавству встановлюється судом або в іншому передбаченому законодавством порядку.

5.8. За Договором не відшкодовуються будь-які випадки заподіяння непрямих збитків, зокрема, моральна шкода, неустойка (штраф, пеня), упущена вигода тощо, а також витрати на отримання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ, УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Дія Договору починається з дати, зазначеної в Договорі, як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00 годин дня, наступного за днем надходження на поточний рахунок або внесення в касу Страховика страхового платежу (за умови сплати частинами - першої частини страхового платежу) та моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при виїзді за кордон, та закінчується в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при поверненні з-за кордону, але не пізніше 24-00 годин дати, зазначеної в Договорі як дата закінчення строку дії Договору.

6.2. Якщо Договором передбачені багаторазові подорожі, то Страховик несе відповідальність у межах тієї кількості днів, яка зазначена в Договорі. При кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території (в місці) дії Договору. У випадку використання всіх застрахованих днів Договір вважається таким, що закінчився в зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань в повному обсязі.

6.3. Місце (територія) дії Договору зазначається в Договорі як окрема країна або одна з географічних зон:

- I варіант: «Європа» (EUROPE) - всі країни географічної Європи та всі країни СНД;

- II варіант: «Цілий світ» (WORLD WIDE) - всі країни світу.

6.4. Місцем (територією) дії Договору може бути територія будь-якої країни світу, за виключенням:

- території України;

- територій країн або окремих територій країн (адміністративні одиниці), де ведуться військові дії, воєнні конфлікти;

- тимчасово окупованих, анексованих чи спірних територій, територій, невизнаних Україною в установленому порядку держав;

- територій, щодо яких Міністерство закордонних справ (МЗС) України надало рекомендації утриматися від поїздок.

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

6.5.1. Закінчення строку дії Договору;

6.5.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;

6.5.3. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;

6.5.4. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6.5.5. Визнання у судовому порядку Договору недійсним;

6.5.6. В інших випадках, передбачених законодавством України.

6.6. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.

6.7. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30-ть календарних днів до дати припинення дії Договору.

6.8. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40% та фактичних страхових виплат, які були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

6.9. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником (або Застрахованою особою) умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 40% і фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

7. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЗМІНА СТУПЕНЯ РИЗИКУ

7.1. Зміни умов та доповнення до Договору в період його дії (зміни страхової суми, строку дії Договору страхування і т. ін.) за згодою Сторін вносяться шляхом укладання Додаткової угоди до Договору, яка являється невід'ємною частиною Договору.

7.2. Страхувальник зобов'язаний негайно, але не пізніше ніж протягом 3-ьох робочих днів, як тільки йому стане відомо про всі істотні зміни в ступені ризику, звернутися до Страховика з письмовою заявою про внесення відповідних змін до Договору. Страхувальник не має права розпочинати або виконувати будь-які дії, що підвищують ступінь страхового ризику. У разі надходження такої заяви Страховик приймає рішення про внесення змін в Договір або про дострокове припинення його дії.

7.3. У разі збільшення ступеню страхового ризику та внесення змін та доповнень в Договір, Страховик має право на отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу. Якщо у разі зміни ступеню страхового ризику Страхувальник не сплатив або неповністю сплатив додатковий страховий платіж протягом 10 (десяти) календарних днів з дати отримання вимоги Страховика про оплату додаткового страхового платежу, Договір достроково припиняє свою дію на підставі невиконання Страхувальником умов Договору відповідно до п. 6.9. Пропозиції.

7.4. Якщо ступінь ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то при настанні страхового випадку Страховик має право відмовити у страховій виплаті по цьому випадку.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страхувальник має право:

8.1.1. Вимагати від Страховика оплату витрат, пов'язаних з наданням медичної та медико-транспортної допомоги та послуг певного переліку і якості в обсязі, що передбачений Договором;

8.1.2. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у страховій виплаті або її розмір;

8.1.3. На зміну умов Договору та на дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених Договором;

8.1.4. У випадку втрати Договору у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката;

8.1.5. Отримати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов укладеного між ними Договору;

8.1.6. Звертатися до Страховика при настанні страхового випадку за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги.

8.2. Страхувальник зобов'язаний:

8.2.1. Своєчасно сплачувати страхові платежі у розмірах та в строки, визначені Договором;

8.2.2. При укладанні Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

8.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмету Договору;

8.2.4. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у строки, що передбачені Договором;

8.2.5. В межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої особи та провадити усі можливі заходи, спрямовані на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

8.2.6. Не розголошувати конфіденційну інформацію про діяльність Страховика, про зміст Договору, яка стала йому відома при укладанні та під час дії Договору.

8.3. Застрахована особа має право:

8.3.1. У разі настання страхового випадку, отримувати медичну та медико-транспортну допомогу та послуги належної якості та в обсягу та в межах лімітів страхування, які передбачені Договором;

8.3.2. Повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі.

8.4. Застрахована особа зобов'язана:

8.4.1. Проходити лікування, як призначено лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

8.4.2. Турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;

8.4.3. У разі втрати страхових документів негайно сповістити про це Страховика;

8.4.4. Достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику;

8.4.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені даним Договором.

8.5. Страховик має право:

8.5.1. Перевіряти інформацію, надану Страхувальником та Застрахованою особою, а також виконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог і умов Договору;

8.5.2. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, а також замовляти висновки кваліфікаційних спеціалістів;

8.5.3. Робити запити у компетентні органи для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт і причини настання страхового випадку. Укладання Договору звільняє працівників медичних закладів від дотримання таємниці щодо хвороби та обставин її виникнення та лікування, якщо таке лікування має ознаки страхового випадку за Договором;

8.5.4. Повністю або частково відмовити у страховій виплаті у випадках, зазначених у Договорі;

8.5.5. Відстрочити страхову виплату на умовах передбачених Договором;

8.5.6. Пред'явити позов відповідно до чинного законодавства до особи, яка винна у настанні страхового випадку у разі, коли Страховик здійснив страхову виплату постраждалій Застрахованій особі;

8.5.7. Достроково припинити дію Договору або ініціювати внесення змін в порядку та на умовах, передбачених Договором.

8.6. Страховик зобов'язаний:

8.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування до моменту підписання Договору;

8.6.2. Протягом 2-ох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

8.6.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик

несе майнову відповідальність за несвочасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі 0,02% від суми простроченого платежу, але не більше 10% від суми заборгованості;

8.6.4. У випадку відмови у страховій виплаті письмово сповістити Страхувальника з мотивованим обґрунтуванням причин відмови протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення;

8.6.5. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку, щодо запобігання або зменшення шкоди.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. При настанні події, яка у подальшому може бути кваліфікована як страховий випадок (надалі – Подія), Страхувальник (Застрахована особа) негайно, але в будь-якому разі не пізніше 24-ьох годин, повинен:

9.1.1. Звернутися до Спеціалізованої служби Страховика (*Асистансу*) за:

телефоном +380 44 239 88 00;

факсом +380 44 239 88 01;

повідомленням через viber на номер: +38 068 239 88 00;

sms повідомленнями на номер: +38 095 280 82 43;

на електронну пошту за адресою: coris@coris.ua;

skype-зв'язком: CORIS.UA

та отримати інформацію щодо подальших дій. У разі неможливості здійснити вищевказані дії, їх повинна здійснити особа, яка представляє інтереси Застрахованої особи.

Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається Спеціалізованій службі Страховика (*Асистансу*) або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24-ьох годин з моменту настання Події. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо;

9.1.2. Повідомити Спеціалізованій службі Страховика (*Асистансу*):

- назву Страхової компанії, номер Договору страхування та термін його дії;
- прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- територію дії Договору страхування;
- розмір страхової суми та Програму страхування;
- опис того, що трапилось, та характер необхідної допомоги;
- точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон;

9.1.3. Після звернення до Спеціалізованої служби Страховика (*Асистансу*) виконувати її рекомендації щодо своїх подальших дій, щодо отримання необхідної медичної допомоги, а також щодо необхідної інформації та документального підтвердження, ідентифікаційних даних, медичних документів, що підтверджують настання страхового випадку;

9.1.4. Документально підтвердити термін свого перебування за кордоном;

9.1.5. Сприяти вжиттю Страховиком або Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*) необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат;

9.1.6. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

9.2. У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин не зв'язалась із Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*) для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна була самостійно оплатити вартість наданої їй медичної та медико-транспортної допомоги та послуг, вона зобов'язана узгодити це із Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*) чи Страховиком протягом 24-ьох годин після надання такої допомоги (послуг).

9.3. Застрахована особа не може відмовитись від перевезення до лікувального закладу України або країни постійного проживання Застрахованої особи для подальшого лікування з того моменту, коли лікар визначає, що стан здоров'я Застрахованої особи за медичними показниками дозволяє їй самій чи в супроводі іншої особи повернутися в Україну або в країну постійного проживання. У випадку відмови Застрахованої особи від повернення в Україну або країну постійного проживання Застрахованої особи для подальшого лікування, Страховик негайно припиняє оплату вартості медичних послуг.

9.4. У випадку, якщо Застрахована особа або особа, яка представляє її інтереси, самостійно сплатила вартість невідкладних медичних послуг під час поїздки за кордон, але узгодила ці витрати із Страховиком, за умови визнання Події страховою, Страховик відшкодує ці витрати після повернення Застрахованої особи з закордону в розмірі, який не перевищує страхову суму або ліміт відповідальності за Опцією страхування, встановлені Договором, за умови звернення Застрахованої особи до Страховика впродовж 10-ти робочих днів з моменту повернення Застрахованої особи з закордону в Україну або країну постійного проживання та надання Страховику документів, передбачених Розділом 10 Пропозиції.

9.5. При настанні подій, передбачених пп. 4.3.1.-4.3.8. Пропозиції, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний письмово повідомити Страховика про настання Події протягом 2-ох (двох) робочих днів з моменту, коли Страхувальнику (Застрахованій особі) стало відомо про цю Подію, за формою, встановленою Страховиком, та протягом строку, погодженого із Страховиком, надати документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до Розділу 10 Пропозиції.

10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА

РОЗМІР ВИТРАТ

10.1. Страховик сплачує (в межах страхової суми та встановлених даним Договором лімітів відповідальності) вартість наданих послуг на підставі рахунків медичних або інших закладів, наданих Страховику через Спеціалізовану

службу Страховика (*Асистанс*) за умови визнання Події страховим випадком та отримання усієї інформації по страховому випадку відповідно до умов Договору.

10.2. Якщо Застрахована особа, за умови обов'язкового узгодження зі Страховиком, сама сплатила вартість наданих медичних та інших послуг чи придбала медикаменти за виписаними довіреним лікарем Страховика або Спеціалізованої служби Страховика (*Асистансу*) рецептами, їй повертається витрачена сума за умови надання Страховику належних підтверджуючих оригіналів документів протягом 30-ти календарних днів з дня повернення Застрахованої особи в Україну або країну постійного проживання.

10.3. Для встановлення причин, наслідків, обставин настання Події, прийняття рішення про здійснення виплати або відмову в здійсненні виплати та визначення його розміру, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний надати Страховику такі документи, оформлені відповідно до вимог чинного законодавства України:

10.3.1. Заяву про страхову виплату (виплату страхового відшкодування) за формою, встановленою Страховиком;

10.3.2. Договір або його дублікат, що належить Страхувальнику;

10.3.3. копію національного паспорту Застрахованої особи;

10.3.4. копію закордонного паспорту Застрахованої особи, сторінок з відмітками про перетин кордону країни перебування або інший аналогічний документ Застрахованої особи;

10.3.5. копію довідки про присвоєння Застрахованій особі податкового ідентифікаційного номера (за наявності);

10.3.6. документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати особу одержувача страхової виплати (відшкодування) та підтверджують право на отримання страхової виплати (страхового відшкодування);

10.3.7. у випадку смерті Застрахованої особи – нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи, документ, що підтверджує право на спадщину спадкоємця Застрахованої особи, якщо він є одержувачем страхової виплати;

10.3.8. інші документи, передбачені у пп. 10.4.-10.5. Пропозиції, в залежності від Опції та виду страхування.

10.4. При страхуванні медичних витрат та страхуванні від нещасних випадків:

10.4.1. оригінал медичного рапорту (звіту) на фірмовому бланку з оригінальною мокрою печаткою медичного закладу або лікаря, які за кордоном надавали медичну допомогу Застрахованій особі із зазначенням імені та прізвища Застрахованої особи, дати звернення Застрахованої особи до медичного закладу або лікаря, терміну лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря, результати лабораторних та інструментальних досліджень;

10.4.2. оригінали деталізованих рахунків на оплату наданих медичних послуг;

10.4.3. оригінали квитанцій (чеків тощо) про оплату наданих медичних послуг або придбаних медикаментів;

10.4.4. оригінали рецептів з зазначенням назв призначених лікарських засобів і засобів медичного призначення, дати виписки рецепту, імені та прізвища Застрахованої особи, завірені лікарем, який виписав рецепт;

10.4.5. у випадку смерті Застрахованої особи – документ медичного закладу та/або судово-медичної експертизи, де вказано причини смерті Застрахованої особи;

10.4.6. За опцією «Медичне транспортування» додатково надаються документи, що підтверджують оплату за надання спеціалізованого транспорту та/або іншого транспорту, яким користувалась Застрахована особа внаслідок настання Події;

10.4.7. За опцією «Репатріація останків» додатково надаються:

- документи, що підтверджують оплату за надання спеціалізованого транспорту та/або іншого транспорту, яким здійснювалась репатріація – у випадку репатріації Застрахованої особи до місця її постійного проживання;

- документи, що підтверджують оплату послуг по похованню Застрахованої особи на території країни тимчасового перебування – у випадку поховання Застрахованої особи на території країни тимчасового перебування;

- свідоцтво про смерть Застрахованої особи;

10.4.8. За опцією «Відвідування близьким родичем» додатково надаються:

- документально підтверджена рекомендація лікаря про необхідність відвідування Застрахованої особи;

- документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду близького родича Застрахованої особи;

- документи, що підтверджують родинні зв'язки відвідувача із Застрахованою особою;

10.4.9. За опцією «Повернення додому неповнолітніх дітей Застрахованої особи» додатково надаються:

- документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду неповнолітніх дітей та, у разі необхідності, супроводжуючої особи до місця постійного проживання;

- довідка про смерть – у випадку смерті Застрахованої особи;

10.4.10. За опцією «Проїзд робітника, що заміщає Застраховану особу» додатково додаються:

- лист від підприємства, де працює Застрахована особа, про те, що робітник заміщує у відрядженні Застраховану особу;

- документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду робітника, що заміщує Застраховану особу;

- довідка про смерть – у випадку смерті Застрахованої особи;

10.4.11. За опцією «Телекомунікаційні послуги» додатково надаються:

- рахунок за телефонні розмови або текстові повідомлення з вказаними номерами телефонів Спеціалізованої служби Страховика (*Асистансу*) та документ, що підтверджує його сплату.

10.5. По страхуванні фінансових ризиків:

10.5.1. За опцією «Неможливість здійснення поїздки» додатково надаються:

- документи, що підтверджують оплату послуг візового та сервісного збору та рішення консульського відділу про відмову в візі – у випадку неотримання в'їзної візи;

- медичні документи, що підтверджують факт хвороби (травми) та стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) чи близького родича, з медичного закладу із зазначенням ПІБ Страхувальника (Застрахованої особи), остаточного

діагнозу – у випадку хвороби (травми) та стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) чи близького родича, отриманими не раніше ніж за 15 календарних днів до дати виїзду за кордон, за умови що така хвороба (травма) становить загрозу для життя і потребує необхідності лікування в стаціонарі;

- судово повістка або Ухвала суду із зазначенням ПІБ Застрахованої особи, врученого повідомлення про підозру - у випадку необхідності явки в суд для участі в судовому процесі в якості обвинуваченого, потерпілого або цивільного відповідача;

- повістка або вимога військового комісаріату із зазначенням ПІБ Застрахованої особи - у випадку виклику у військовий комісаріат для виконання військових обов'язків;

- документ відповідного компетентного державного органу (МВС, ДСНС тощо) про факт та обставини ушкодження майна, правоустановчі документи на майно – у випадку ушкодження майна Страхувальника (Застрахованої особи) в результаті пожежі, стихійних явищ, протиправних дій третіх осіб за умови, що таке заподіяння шкоди об'єктивно перешкоджає здійсненню раніше запланованої поїздки за кордон;

- заява в органи Державної міграційної служби України про втрату паспорту (документу що дає право на виїзд за кордон) з відміткою про отримання - у випадку втрати або крадіжки паспорту (документу що дає право на виїзд за кордон) Застрахованої особи;

10.5.2. За опцією «Дострокове повернення Застрахованої особи» додатково надаються:

- документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду Застрахованої особи до місця постійного проживання у випадку смерті близького родича;

- довідка про смерть близького родича Застрахованої особи;

10.5.3. За опцією «Пошкодження автомобіля» додатково надаються:

- документи, що підтверджують оплату послуг по буксируванню транспортного засобу до найближчого місця ремонту та/або доставки запасних частин – у випадку пошкодження в ДТП або поломки автомобілю, на якому подорожує Застрахована особа;

- довідка про ДТП встановленого зразка відповідного компетентного органу держави, в якій подорожує Застрахована особа та де сталась ДТП – при настанні ДТП;

- свідоцтво про реєстрацію транспортного засобу, посвідчення водія, який керував транспортним засобом на момент настання Події.

10.6. Документи, які подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі відповідно до Договору, оформлені та засвідчені належним чином.

10.7. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про необхідність надання Страхувальником документів, визначених пп. 10.4.-10.5. Пропозиції.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

11.1. По страхуванню медичних витрат:

11.1.1. Страхова виплата здійснюється шляхом:

11.1.1.1. Перерахування коштів на рахунок Спеціалізованої служби Страховика (*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 та Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*);

11.1.1.2. Відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) вартості отриманих нею медичних та інших послуг у разі самостійної їх оплати, за умови попереднього узгодження оплати цих послуг із Страховиком та надання всіх документів, що перераховані у пп. 10.3.-10.4. Пропозиції та підтверджують факт настання страхового випадку та факт і розмір оплати за отриману медичну та медико-транспортну допомогу та послуги.

11.1.2. Якщо Страхувальник (Застрахована особа), за обов'язковим попереднім узгодженням зі Страховиком, сам(а) сплатив(ла) вартість наданих медичних та інших послуг, страхова виплата здійснюється таким чином:

11.1.2.1. Протягом 30-ти (тридцяти) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів, згідно із переліком, що наведений у пп. 10.3.-10.4. Пропозиції, Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті.

11.1.2.2. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу), в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

11.1.2.3. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) документів, термін прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей термін не може перевищувати 90-то (дев'яносто) календарних днів з моменту надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів, передбачених пп. 10.3.-10.4. Пропозиції.

11.1.2.4. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати Страховик протягом 10-ти (десяти) робочих днів складає Страховий акт про страхову виплату та здійснює страхову виплату.

11.1.2.5. Страхова виплата здійснюється в національній валюті України. Перерахунок іноземної валюти, в якій були здійсненні витрати, а також франшиз та лімітів за Опцією страхування здійснюється за офіційним курсу НБУ на дату складання Страхового акту про страхову виплату/виплату страхового відшкодування. Днем здійснення страхової виплати/страхового відшкодування вважається дата списання грошових коштів з поточного рахунку Страховика або дата видачі готівкових коштів через касу Страховика.

11.1.2.6. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, страхова виплата здійснюється її законним представником.

11.2. При страхуванні від нещасних випадків страхова виплата здійснюється в такому порядку:

11.2.1. у разі смерті (загибелі) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – у розмірі 100 % страхової суми, встановленої за страхуванням від нещасних випадків;

11.2.2. у разі травматичного ушкодження або іншого розладу здоров'я, передбаченого Таблицею №1 «Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по страховим випадкам» Додатку №1 до Правил - 2 внаслідок нещасного випадку – у розмірі відповідного відсотка, зазначеного у Таблиці № 1 «Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по страховим випадкам» Додатку № 1 до Правил - 2, від страхової суми, встановленої за страхуванням від нещасних випадків;

11.2.3. якщо нещасний випадок призвів до розладу здоров'я та Застрахованій особі була здійснена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж страхового випадку настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата здійснюється в розмірі страхової суми, встановленої за страхуванням від нещасних випадків за вирахуванням раніше здійсненої страхової виплати. При цьому загальний розмір страхових виплат за одним страховим випадком, що стався в період дії Договору, не може перевищувати страхову суму, встановлену у Договорі.

11.3. **При страхуванні фінансових ризиків** виплата страхового відшкодування здійснюється в розмірі фактично здійснених витрат або втрат, яких зазнала Застрахована особа в результаті настання страхового випадку за страхуванням фінансових ризиків, встановлених Договором, в розмірі страхової суми або ліміту відповідальності за Опцією страхування.

11.3.1. При настанні страхового випадку за Опцією страхування «Неможливість здійснення поїздки» страхове відшкодування виплачується в розмірі різниці між оплаченою вартістю туру в межах страхової суми і частиною вартості, що повертається туристичною компанією при відмові туриста від поїздки відповідно до умов договору на туристичне обслуговування.

11.4. При страхуванні від нещасних випадків та страхуванні фінансових ризиків протягом 30-ти (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх належним чином оформлених документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитків та необхідні для здійснення страхової виплати/страхового відшкодування відповідно до Розділу 10 Пропозиції, Страховик:

11.4.1. приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складання Страхового акту за визначеною Страховиком формою та протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня складання Страхового акту здійснює страхову виплату/страхове відшкодування шляхом перерахування страхової виплати/страхового відшкодування на рахунок одержувача страхової виплати/страхового відшкодування;

11.4.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати/страхового відшкодування та письмово повідомляє одержувача страхової виплати/страхового відшкодування про прийняття рішення про відмову з обґрунтуванням причин протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення;

11.4.3. приймає обґрунтоване рішення про відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати/страхового відшкодування згідно з п. 11.5. Пропозиції та письмово повідомляє одержувача страхової виплати/страхового відшкодування про прийняття такого рішення протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня такого прийняття.

11.5. **При страхуванні від нещасних випадків та страхуванні фінансових ризиків** Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати/страхового відшкодування якщо:

11.5.1. у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником відомостей і документів. Строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати/страхового відшкодування (відмову у здійсненні) продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджувальних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90-то (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до Розділу 10 Пропозиції;

11.5.2. на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір страхової виплати. У такому випадку Страховик має право призначити розслідування або експертизу у незалежного фахівця (експерта), який відповідно до законодавства України має належні повноваження, з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку та розміру страхової виплати. При цьому Страховик приймає рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати не пізніше 15-ти (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання Страховиком остаточних результатів такого розслідування або експертизи, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до Розділу 10 Пропозиції.

11.6. У разі смерті Застрахованої особи потенційний спадкоємець подає до Страховика письмове повідомлення про настання випадку та документи, зазначені в Розділі 10 Пропозиції, не пізніше 3-ьох календарних місяців з дати смерті Застрахованої особи. При цьому Заяву про страхову виплату та нотаріальне свідоцтво про право на спадщину спадкоємець подає до Страховика протягом 30-ти календарних днів з моменту отримання свідоцтва про право на спадщину.

12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

12.1. Підставою для відмови у страховій виплаті є:

12.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

12.1.2. Вчинення Страхувальником-громадянином або Застрахованою особою, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

12.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;

12.1.4. Отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування витрат від особи, винної у їх заподіянні;

12.1.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

12.1.6. Невиконання Страхувальником своїх обов'язків, передбачених Договором;

12.1.7. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я;

12.1.8. Отримання Застрахованою особою послуг, що належать до обмежень страхування та виключень із страхових випадків, зазначених у Розділі 5 Пропозиції;

12.1.9. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

13.1. Спори, що виникають у зв'язку з виконанням умов Договору, вирішуються Сторонами в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

13.2. У разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору та положеннями Правил, застосовуються умови, визначені Договором.

14. ОСОБЛИВІ УМОВИ

14.1. Про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки для вчинення Договору:

14.1.1. Страховик, керуючись нормами статті 207 Цивільного кодексу України та ст.12 Закону України «Про електронну комерцію», пропонує будь-яким дієздатним фізичним особам, що визначаються згідно з умовами преамбули цієї пропозиції, застосовувати з метою укладання між такою фізичною особою та Страховиком угоди про використання аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки Страховика, які відтворені засобами копіювання та зразки яких визнаються Сторонами та наведені в цьому пункті, а саме:



(зразок аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки Страховика).

14.2. У разі акцепту зазначеної Пропозиції фізичною особою, що визначається згідно з умовами преамбули цієї Пропозиції, Договір укладається з використанням Страховиком аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки:

- вважається таким, що укладений з наміром створити правові наслідки, що обумовлені таким Договором ;
- не вчинено з наміром приховання іншого правочину, що вчиняється Сторонами Договору;
- при укладанні Сторони цілком розуміють природу правочину, що вчиняється, права та обов'язки Сторін, що виникають на підставі Договору;
- Сторони цілком розуміють всі обставини, що мають істотне значення для укладення Договору;
- не існує будь-яких обставин, що можуть перешкодити Сторонам у вчиненні Договору.

14.3. Ця Пропозиція про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки акцептована Страхувальником шляхом підписання ним Договору є угодою про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки в Договорі.



(Підпис уповноваженої особи Страховика та відбиток печатки Страховика).