

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

Дана Публічна пропозиція (оферта) на укладання електронного договору комплексного страхування подорожуючих за кордон (надалі – Пропозиція) є публічною частиною електронного договору комплексного страхування подорожуючих за кордон, яка підписана кваліфікованим електронним підписом уповноваженої Страховиком особи або його страховим посередником, і є офіційною пропозицією **ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «РЕСПЕКТ»**, код ЄДРПОУ – 22448445, в особі Голови Правління Сілова Анатолія Дмитровича, що діє на підставі Статуту (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 – юридичних осіб та дієздатних фізичних осіб (надалі - Страхувальники), укласти із Страховиком Електронний договір комплексного страхування подорожуючих за кордон (надалі – **Договір страхування**) за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика та/або його страхового посередника/партнера 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 фінансові послуги та фінансові компанії», «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронну комерцію». Пропозиція розміщена на сайті Страховика за посиланням:

http://respectins.com/wp-content/uploads/2024/01/oferta_straxuvannya_podorozhuyuchix_za_kordon_01.02.24.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.

Договір страхування складається з цієї Пропозиції (публічної частини) та Електронного договору комплексного страхування подорожуючих за кордон (індивідуальної частини), що є невід’ємними частинами Договору і не можуть існувати окремо одна від одної.

У випадку невідповідності положень Договору страхування та актуальних на дату укладання Договору страхування Правил страхування, пріоритет мають положення Договору страхування.

ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Близькі родичі Застрахованої особи – його (її) жінка (чоловік), діти (в тому числі – всиновлені), його (її) матір, батько (матір, батько його (її) жінки, чоловіка), рідна сестра чи брат, також інші особи, які спільно проживають з Застрахованою особою, пов’язані спільним побутом, мають взаємні права та обов’язки.

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

Вартість проїзду - вартість квитка на проїзд залізничним та/або морським транспортом першим класом або авіаквитка - економічним класом.

Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров’я Застрахованої особи, зумовлене функціональними та/або морфологічними змінами та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров’я або загрожувати її життю.

Гострий біль - така реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

Застрахована особа – фізична особа, життя, здоров'я, працездатність, медичні витрати, а також додаткові витрати, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон, а також збитки, понесені внаслідок неможливості здійснення подорожі (поїздки) за кордон, якої є об'єктом Договору та на користь якої Страхувальником укладений із Страховиком Договір і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Ідентифікація – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його страхового посередника з метою укладання Договору або отримання страхової виплати.

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

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 посередником для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції;

Країна постійного проживання - країна, в якій Застрахована особа проживає у цілому не менше 183-ьох днів у календарному році.

Ліміт відповідальності – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який за згодою Сторін може встановлюватись при укладанні Договору страхування по Програмам страхування або окремо по Опціях страхування.

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.

Медичний заклад – заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, із яким Страховиком або Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом) укладена угода про надання медичних послуг Застрахованим особам.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю, працездатності Застрахованої особи та/або її загибелі (смерті), яка не підпадає під виключення згідно з даним Договором.

До зовнішнього впливу можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо. Під **заподіянням шкоди** життю, здоров'ю, працездатності слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травма, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля і т. ін.), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками 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.

Опція страхування - перелік лікувально-діагностичних, транспортних та інших послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з обраною Програмою страхування та Договором.

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

Програма страхування – перелік Опцій страхування, що будуть організовані та сплачені при настанні страхового випадку. Опис Програм страхування наведений в даній Пропозиції, для кожної Застрахованої особи Програма страхування визначена в Договорі страхування.

Спеціалізована служба Страховика (Асистанс) – юридична або фізична особа, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають послуги/допомогу Страхувальнику (Застрахованій особі) в разі настання страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг/допомоги та виконує інші дії від імені, в інтересах та за дорученням Страховика.

Назва, адреса та телефони Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) зазначаються у Договорі страхування.

Страховальник – юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страховальнику, Застрахованій особі або іншій третій особі.

Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та Пропозиції.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

Страхова премія – плата за страхування, яку Страховальник зобов'язаний сплатити Страховику відповідно до умов Договору страхування.

Страховий тариф – ставка страхового платежу з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

2. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

2.1. Страхування здійснюється за класами страхування: 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (надалі – клас страхування 18); 1 «Страхування від нещасного випадку (в тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (надалі – клас страхування 1); 16 «Страхування інших фінансових ризиків (крім визначених класами 14, 15)» (надалі – клас страхування 16) у відповідності до Правил страхування та викладених у цій Пропозиції умов комплексного страхування подорожуючих за кордон (надалі – Умови).

2.2. Укладання Договору страхування здійснюється на підставі даної Пропозиції, що розміщується на сайті Страховика за посиланням:

http://respectins.com/wp-content/uploads/2024/01/oferta_straxuvannya_podorozhuyuchix_za_kordon_01.02.24.pdf

та його страхових посередників.

2.3. У відповідності до статті 11 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Пропозиції Страховальником вважається заповнення Електронної заяви на укладання Договору страхування (надалі – Електронна заява) та підписання індивідуальної частини Договору страхування електронним підписом одноразовим ідентифікатором. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страховиком або його страховим посередником Страховальнику на мобільний телефон або електронну адресу Страховальника, вказані ним при заповненні Електронної заяви. Заповнення Електронної заяви Страховальником не зобов'язує його укласти Договір страхування, у разі відсутності електронного підпису Страховальника одноразовим ідентифікатором Договір страхування вважається неукладеним. Заповненням Електронної заяви Страховальник узгоджує всі істотні умови Договору страхування.

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

2.5. Факт укладання Договору страхування посвідчується Індивідуальною частиною Договору страхування, який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Страховальником у Електронній заяві на укладання Договору страхування.

2.6. Публічна та Індивідуальна частина Договору страхування направляється Страховальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації страхового посередника. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страховальником, введення його в ІТС, відправлення Договору страхування, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (страховим посередником) в електронній базі Страховика (страхового посередника).

2.7. Сторони домовилися, що відправка Договору та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страховальника є належним врученням Договору страхування та повідомлення Страховальнику. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір страхування на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір страхування 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. Зі сторони Страховика Договір підписується кваліфікованим електронним підписом уповноваженої Страховиком особи або страховим посередником Страховика, із кваліфікованою електронною позначкою часу, накладений такою особою. Протягом дії воєнного стану та шести місяців з його припинення для підписання електронного договору зі сторони Страховика може використовуватись удосконалений електронний підпис.

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 посередником одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страховальника.

2.10. Прийняттям цієї Пропозиції, Страховальник, керуючись Законом України «Про захист персональних даних» №2297-УІ від 01.06.2010 р., надає безумовну та безвідкличну згоду на збір та обробку будь-яким чином на необмежений строк, за винятком випадків встановлених чинним законодавством України, своїх персональних даних Страховику, а також третім особам без подальшого повідомлення про обробку його

персональних даних (в тому числі їх передачу та поширення), з метою провадження страхової діяльності (в тому числі укладання та виконання умов договорів), пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності, веденням внутрішніх баз Страховика та/або з метою реалізації та регулювання інших відносин, що вимагають обробки його персональних даних відповідно до вимог чинного законодавства України, в тому числі, з метою пропонування будь-яких нових страхових послуг та/або встановлення ділових відносин між Страхувальником та Страховиком на підставі цивільно-правових договорів, предмет яких є відмінним від предмету даного Договору. Обсяг персональних даних, щодо яких здійснюється процес обробки персональних даних та які можуть бути включені до баз персональних даних Страховика, визначається Сторонами, як будь-яка інформація про Страхувальника, що стала відома Страховику при встановленні відносин із Страхувальником, а також в процесі виконання умов Договору(ів). Прийняттям цієї Пропозиції Страхувальник також надає свою згоду на внесення змін до персональних даних за його вимогою, а також за зверненням інших суб'єктів відносин, пов'язаних із персональними даними. Згода Страхувальника на обробку персональних даних, що надана останнім згідно з умовами цього пункту не вимагає здійснення письмових повідомлень про зміну чи знищення персональних даних або обмеження доступу до них.

Прийняттям цієї Пропозиції, Страхувальник підтверджує, що його повідомлено про включення до баз(и) персональних даних Страховика, повідомлені його права, повідомлено про мету збору даних та осіб, яким передаються його персональні дані.

2.11. Страхувальник підтверджує, що до укладення Договору страхування він забезпечений правильним розумінням суті наданої фінансової послуги, ознайомлений і згоден з інформацією, передбаченою ч. 4., ч. 5 ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» №1953-ІХ від 14.12.2021 р. (зі змінами та доповненнями), а також з усіма умовами Договору страхування (Публічною та Індивідуальною частинами Договору) і з Правилами обізнаний, згоден і ознайомлений в день підписання даного Договору.

2.12. Прийняттям цієї Пропозиції Страхувальник підтверджує, що він ознайомив Застраховану(их) особу(іб) з умовами Договору страхування та отримав її (їх) згоду на страхування до моменту укладення Договору страхування, порядок абз. 2 частини 2 ст. 90 ЗУ «Про страхування» не застосовується; Страхувальник підтверджує свій обов'язок повідомити Застраховану(их) особу(іб) про факт укладення Договору; надає згоду на розкриття медичними працівниками інформації Страховику або уповноваженій ним особі щодо стану здоров'я Страхувальника та/або Застрахованої особи та знімає з медичних працівників відповідальність за збереження лікарської таємниці.

3. ПРЕДМЕТ, ОБ'ЄКТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за визначену Договором страхування плату (страхову премію) ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику, на умовах визначених даним Договором.

3.2. Об'єктом страхування за даним Договором є:

3.2.1. життя, здоров'я Застрахованої особи та медичні витрати Застрахованої особи, а також її додаткові витрати, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) за кордон – за класом страхування 18;

3.1.2. життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи – за класом страхування 1;

3.1.3. збитки Страхувальника (Застрахованої особи), понесені ним внаслідок неможливості здійснення подорожі (поїздки) за кордон з причин, зазначених в Договорі – за класом страхування 16.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. За класом страхування 18 страховим ризиком є:

4.1.1 захворювання Застрахованої особи, розлад її здоров'я внаслідок нещасного випадку, витрати на отримання медичної допомоги, медичних послуг, включаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги) у межах та в обсязі Програм страхування, Опцій та лімітів страхування, передбачених Договором страхування;

4.1.2. дорожньо-транспортна пригода, поломка або викрадення транспортного засобу, на якому Страхувальник (Застрахована особа) подорожувала за кордон, витрати на отримання допомоги (послуг) з транспортування, ремонту транспортного засобу у межах відповідної Опції страхування; витрати на дострокове повернення Застрахованої особи в зв'язку зі смертю близького родича.

4.1.1. 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 захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, смерті Застрахованої особи, у зв'язку з дорожньо-транспортною пригодою (надалі – ДТП), поломкою транспортного засобу, на якому Страхувальник (Застрахована особа) подорожувала за кордон; в зв'язку зі смертю близького родича Застрахованої особи.

4.2. За класом страхування 1 страховими випадками є:

4.2.1. отримання Застрахованою особою травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів здоров'я внаслідок нещасного випадку, 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. **За класом 16 страховими ризиками** є втрати Страхувальника (Застрахованої особи), 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.

4.4. 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 родичом» 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 «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 (документу, що надає право на виїзд за кордон) 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. ВИНЯТКИ 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. діагностику, лікування захворювань, що не носять гострого характеру і лікування яких може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання, в т.ч. витрати на проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування;
- 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;

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 дії Договору;

5.2.25. будь-якими витратами у тому випадку, якщо Страхувальник/Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування;

5.2.26. тестування, лікування, обсервація, карантинні заходи при безсимптомних формах COVID-19 та при формах, які не супроводжуються важким ураженням здоров'я, яке загрожує життю Застрахованої особи;

5.2.27. будь-яке тестування на COVID-19 у разі відсутності загрози життю Застрахованої особи та/або направлення лікуючого лікаря та/або проведене поза сертифікованою лабораторією;

5.2.28. будь-які заходи з обсервації / карантину, в тому числі COVID-19; якщо тривалість випадку захворювання на COVID-19 перевищує 14 (чотирнадцять) днів, відповідальність Страховика припиняється починаючи з 15 (п'ятнадцятого) дня захворювання на COVID-19

5.3. Страховик не відшкодує 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. оплату 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 знарядь 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. дій 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. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ. ФРАНШИЗА

6.1. Загальний розмір страхової суми зазначається в Індивідуальній частині Договору.

6.2. В межах страхової суми, Договором страхування встановлені ліміти відповідальності Страховика щодо страхових виплат за окремими Опціями страхування та окремими видами медичної та медико-транспортної допомоги та послуг, а саме:

6.2.1. По Опції «Стоматологія» ліміт відповідальності становить:

- еквівалент 150 доларів США за програмою «А»;
- еквівалент 250 доларів США за програмами «В» або «С»;

6.2.2. По опції «Репатріація останків» ліміт відповідальності становить еквівалент 3000 доларів США;

6.2.3. По Опції «Телекомунікаційні послуги» ліміт відповідальності становить еквівалент 50 доларів США;

6.2.4. Опція «Дострокове повернення Застрахованої особи» ліміт відповідальності становить еквівалент 1000 доларів США;

6.2.5. Опція «Пошкодження автомобіля» ліміт відповідальності становить еквівалент 500 доларів США;

6.2.6. По іншим опціям встановлений ліміт відповідальності в межах страхової суми.

6.3. Загальна сума страхових виплат по страхових випадках за окремими Опціями страхування та Програмами страхування не може перевищувати відповідних лімітів та загальної страхової суми, що встановлені Договором.

6.4. Страхова премія зазначається в Індивідуальній частині Договору.

6.5. Страхова премія може бути сплачена безготівковим перерахуванням на поточний рахунок Страховика (його представника) або через інші платіжні системи, дозволені законодавством України та які запроваджені у Страховика.

6.6. Страхувальники-резиденти мають право сплачувати страхові премії лише у грошовій одиниці України, а Страхувальники-нерезиденти - у іноземній вільно конвертованій валюті по курсу НБУ на дату сплати страхового платежу або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

6.7. При несплаті страхової премії або її частини (за умови сплати страхової премії частинами) у строки, вказані в Договорі, Договір припиняє свою дію з дня, наступного за днем, коли страхова премія або її визначена

Договором частина повинена бути сплачена. Однак, дія Договору може бути поновлена з дня, коли Страхувальник здійснив сплату страхової премії або її частини в розмірі, передбаченому у Договорі.

6.8. Безумовна франшиза зазначається в Індивідуальній частині Договору.

6.9. Страховий тариф за класом I зазначається в індивідуальній частині Договору.

6.10. У випадку якщо Застрахована особа на момент укладення Договору знаходиться за межами України, встановлюється часова франшиза (період очікування страхового випадку) – проміжок часу від дати початку строку дії Договору, протягом якого страховий захист за Договором не діє. Період очікування в такому випадку становить 5 (п'ять) календарних днів з дати сплати страхової премії.

7. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ, УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Дія Договору починається з дати, зазначеної в Індивідуальній частині Договору, як дата початку строку дії Договору (з урахуванням умов п. 6.10. Договору), але не раніше 00 годин дня, наступного за днем надходження на поточний рахунок Страховика страхової премії (за умови сплати частинами - першої частини страхової премії) 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 Індивідуальній частині Договору як дата закінчення строку дії Договору.

7.2. 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 дії Договору. У випадку використання всіх застрахованих днів Договір вважається таким, що закінчився в зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань в повному обсязі.

7.3. Територія дії Договору зазначається в Індивідуальній частині Договору як окрема країна або одна з географічних зон:

- I варіант: «Європа» (EUROPE) - всі країни географічної Європи, Туреччина, Азербайджан, Грузія, Казахстан, Вірменія, Кіпр, Єгипет, Туніс;

- II варіант: «Цілий світ - I» (WORLD WIDE - I) - всі країни світу за виключенням Японії, Австралії, США, Канади, Ізраїлю, Мексики, Бразилії, Мальдів, Домінікани, всіх екзотичних курортних островів;

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

7.4. 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;

- території Російської Федерації та Республіки Білорусь.

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

7.5.1. закінчення строку дії Договору;

7.5.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;

7.5.3. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених ст. 100 Закону України «Про страхування»;

7.5.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

7.5.5. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;

7.5.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

7.6. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено законодавством України.

7.7. 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.

7.8. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього Договору у розмірі 40% від загальної страхової премії та фактичних страхових виплат, які були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові премії повністю.

7.9. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові премії. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником (або Застрахованою особою) умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові премії за період, що залишився до закінчення строку дії Договору з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з

укладанням і виконанням цього Договору в розмірі 40% від загальної страхової премії і фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

7.10. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

8. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ

8.1. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика протягом п'яти робочих днів з моменту одержання письмової згоди.

8.1.1. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 15-ть календарних днів до запропонованого терміну внесення змін.

8.1.2. Зміни до умов Договору страхування оформлюються додатковою угодою до діючого Договору страхування та є невід'ємною частиною цього Договору страхування.

8.1.3. Якщо будь-яка із Сторін незгодна на внесення змін в Договір страхування, протягом п'яти робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

9.1.1. 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;

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

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

9.1.4. звертатися до Страховика при настанні страхового випадку за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги;

9.1.5. протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім:

- договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

- випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування;

9.1.5.1. Про намір відмовитися від договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

9.1.5.2. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені договором страхування;

9.2.2. протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування;

9.2.3. повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо об'єкту Договору;

9.2.4. повідомити Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування;

9.2.5. 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;

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

9.2.7. на виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження масової зброї» подати Страховику документи, необхідні для здійснення ідентифікації Страхувальника та/або Вигодонабувача;

9.2.8. якщо об'єктом страхування є життя, здоров'я та працездатність застрахованої особи, стосовно якої Страхувальник здійснює страхування (Застрахована особа), повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку третю особу про укладений на її користь Договір страхування, і якщо така особа протягом 30 календарних днів не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладання Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь.

9.3. Застрахована особа має право:

9.3.1. 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;

9.3.2. повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі.

9.4. Застрахована особа зобов'язана:

- 9.4.1. проходити лікування, як призначено лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;
- 9.4.2. турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;
- 9.4.3. у разі втрати страхових документів негайно сповістити про це Страховика;
- 9.4.4. достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику;
- 9.4.5. повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені даним Договором.
- 9.5. Страховик має право:
- 9.5.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником та Застрахованою особою, а також виконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог і умов Договору;
- 9.5.2. самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясувати причини та обставини страхового випадку;
- 9.5.3. 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;
- 9.5.4. повністю або частково відмовити у страховій виплаті у випадках, зазначених у Договорі;
- 9.5.5. відстрочити здійснення страхової виплати на умовах передбачених Договором;
- 9.5.6. 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;
- 9.5.7. достроково припинити дію Договору або ініціювати внесення змін в порядку та на умовах, передбачених Договором.
- 9.6. Страховик зобов'язаний:
- 9.6.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування до моменту підписання Договору;
- 9.6.2. протягом 2-ох робочих днів, як тільки стане відомо про настання події, що має ознаки страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 9.6.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі 0,02% від суми простроченого платежу, але не більше 10% від суми заборгованості;
- 9.6.4. у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов договору страхування рішення про визнання або невизнання випадку страховим
- 9.6.5. у випадку відмови у страховій виплаті письмово повідомити Страхувальника з мотивованим обґрунтуванням причин відмови протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення;
- 9.6.6. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування».

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

10.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку (надалі – Подія), Страхувальник (Застрахована особа) негайно, але в будь-якому разі не пізніше 24-ьох годин, повинен:

10.1.1. Звернутися до Спеціалізованої служби Страховика (*Асистансу*):

call-центр +38 044 358 28 28

Текстові повідомлення у месенджерах Viber/Telegram/WhatsApp +38 066 888 00 01

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;

10.1.2. 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;

10.1.3. 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;

10.1.4. Документально підтвердити термін свого перебування за кордоном;

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

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

10.2. 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).

10.3. 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.

10.4. 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 відшкодовує 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 11 Договору.

10.5. При настанні подій, передбачених пп. 4.3.1.-4.3.8. Договору, 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 11 Договору.

10.6. Обов'язок підтвердження факту настання Події за Договором страхування, покладається на Страхувальника (Застраховану особу).

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ВИТРАТ

11.1. Страховик сплачує (в межах страхової суми та встановлених 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.

11.2. 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.

11.3. 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:

11.3.1. Заяву про страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;

11.3.2. Договір або його дублікат, що належить Страхувальнику;

11.3.3. копію національного паспорту Застрахованої особи;

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

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

11.3.6. документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати особу одержувача страхової виплати та підтверджують право на отримання страхової виплати ;

11.3.7. 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;

11.3.8. інші документи, передбачені у пп. 11.4.-11.5. Договору, в залежності від Опції та класу страхування.

11.4. При страхуванні за класами 18 та 1:

11.4.1. 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;

11.4.2. оригінали деталізованих рахунків на оплату наданих медичних послуг;

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

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

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

11.4.6. 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;

11.4.7. 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;

11.4.8. За опцією «Відвідування близьким родичом» 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;

11.4.9. 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;

11.4.10. 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;

11.4.11. 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 дорожньо-транспортній пригоді (надалі – 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.

11.4.12. 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.

11.5. При страхуванні за класом 16 (опція «Неможливість здійснення поїздки») надаються наступні документи:

- 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;

11.6. Документи, які подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі відповідно до Договору, оформлені та засвідчені належним чином. Надані Страхувальнику документи можуть бути підписані та/або завірених їх копії, сканкопії оригіналів документів (в залежності від конкретних умов Договору страхування) Страхувальником та/або Вигодонабувачем, окрім звичайного власноручного підпису, кваліфікованим електронним підписом (далі – КЕП) або іншим засобом електронної ідентифікації (Дія.Підпис, BankID НБУ, Вчасно тощо), відповідно до вимог законів України «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронні довірчі послуги», «Про електронну комерцію» із змінами та доповненнями. При цьому, за необхідності, Страховик має право витребувати у Страхувальника та/або Вигодонабувача оригінали документів, які були надані Страхувальнику в якості завірених ними копій та/або сканкопій з оригіналів документів.

11.7. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про необхідність надання Страхувальником документів, визначених пп. 11.4.-11.5. Договору.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. При страхуванні за класом 18:

12.1.1. Страхова виплата здійснюється шляхом:

12.1.1.1. 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*);

12.1.1.2. 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. 11.3.-11.4. Договору та підтверджують факт настання страхового випадку та факт і розмір оплати за отриману медичну, медико-транспортну допомогу та інші послуги.

12.1.2. 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:

12.1.2.1. Протягом 30-ти (тридцяти) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів, згідно із переліком, що наведений у пп. 11.3.-11.4. Договору, Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті.

12.1.2.2. 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.

12.1.2.3. 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-го (дев'яносто) календарних днів з моменту надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів, передбачених пп. 11.3.-11.4. Договору.

12.1.2.4. 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.

12.1.2.5. 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. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання грошових коштів з поточного рахунку Страховика або дата видачі готівкових коштів через касу Страховика.

12.1.2.6. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, страхова виплата здійснюється її законним представникам.

12.2. При страхуванні за класом 1 страхова виплата здійснюється в такому порядку:

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

12.2.2. 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;

12.2.3. 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.

12.3. При страхуванні за класом 16 страхова виплата здійснюється 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.

12.4. При страхуванні за класами 1 та/або 16 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 11 Договору, Страховик:

12.4.1. 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 шляхом перерахування страхової виплати на рахунок одержувача страхової виплати;

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

12.4.3. приймає обґрунтоване рішення про відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати згідно з п. 12.5. Договору та письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття такого рішення протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня такого прийняття.

12.5. При страхуванні за класами 1 та/або 16 Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати/страхового відшкодування якщо:

12.5.1. 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-го (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 11 Договору;

12.5.2. 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 11 Договору.

12.6. У разі смерті Застрахованої особи потенційний спадкоємець подає до Страховика письмове повідомлення про настання випадку та документи, зазначені в Розділі 11 Договору, 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.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

13.1. Підставою для відмови у страховій виплаті є:

13.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

13.1.2. Вчинення Страхувальником-громадянином або Застрахованою особою, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

13.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

13.1.4. Отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;

13.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або

законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

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

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

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

13.1.9. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

14.1. Суперечки, які виникли по даному Договору, розглядаються відповідно до діючого законодавства України.

14.2. Страхувальник, у разі виникнення необхідності, має право подати до Страховика відповідне звернення, у порядку визначеному Страховиком за посиланням: https://respectins.com/wp-content/uploads/2022/10/poryadok_rozglyadu_zvernen.pdf.

14.3. У разі незгоди Страхувальника з прийнятим рішенням Страховика за розглядом відповідного звернення, Страховик має право до Національного банку України, що є органом, який здійснює державне регулювання та нагляд за діяльністю Страховика та направити відповідне звернення на сторінці офіційного Інтернет-представництва Національного банку України <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection> або звернутися з позовом до відповідного суду за захистом порушених прав.

15. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

15.1. У разі невиконання або неналежного виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.