

Публічний договір (Оферта) ПрАТ СК «ТЕКОМ» щодо укладання Договору добровільного страхування медичних витрат під час подорожі

Частина 2. УМОВИ СТРАХУВАННЯ

Дана публічна оферта (далі - Оферта) є офіційною пропозицією Приватного акціонерного товариства страхової компанії «ТЕКОМ» (ідентифікаційний код юридичної особи 25050281, далі - Страховик), що адресується невизначеному колу споживачів - дієздатних фізичних осіб (далі - Клієнт) укласти зі Страховиком Договір добровільного страхування медичних витрат під час подорожі (далі – Договір, Договір страхування).

Договір складається з двох невід'ємних частин:

- Електронний договір добровільного страхування медичних витрат під час подорожі – Частина 1.

- Публічний договір (Оферта) ПрАТ СК «ТЕКОМ» щодо укладання Договору добровільного страхування медичних витрат під час подорожі (далі – Частина 2. Умови страхування).

1. Основні терміни та визначення:

| | |
|---|---|
| Асистанс | - юридична особа або фізична особа – підприємець, яка діє від імені та за дорученням Страховика, здійснює обслуговування Договору в частині організації, контролю, оплати вартості медичної допомоги (медичних послуг), наданої(их) Страхувальнику (Застрахованій особі) при настанні страхового випадку та виконує інші дії, пов'язані з виконанням Договору від імені та за дорученням Страховика. Назва, адреса та телефони Асистансу зазначені в Чащині 1 цього Договору. |
| Близькі родичі Страхувальника (Застрахованої особи) | - чоловік (дружина), батьки та діти (в тому числі всиновлені), вітчим (мачуха), бабуся (дідусь), онук (онучка), рідні брати (сестри), батьки дружини (чоловіка), інші особи, які спільно проживають зі Страхувальником (Застрахованою собою), пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки. |
| Дефект надання медичної допомоги | - неякісне здійснення профілактики, діагностики, лікування, реабілітації, а також організації їх надання, пов'язане з неналежним чи належним виконанням (невиконанням) медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків (нещасний випадок, лікарська помилка, професійний медичний злочин), що спричинило чи могло спричинити для Застрахованої особи несприятливі наслідки. |
| Дорожньо-транспортна пригода (ДТП) | - подія, що сталася під час руху транспортного засобу, внаслідок якої загинули або поранені люди чи завдані матеріальні збитки. |
| Електронний договір страхування | - Частина 1 - Електронний договір добровільного страхування медичних витрат під час подорожі. |
| Застрахована особа | - фізична особа, на користь якої укладено Договір. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором. |
| Ідентифікація | - встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його страхового агенту з метою укладання Договору або отримання страхової виплати. |
| Ідентифікація Страхувальника в ІТС | - підтвердження повноважень Страхувальника на доступ в ІТС Страховика шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля |
| Інформаційно-телекомунікаційна | - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком для |

| | |
|--|---|
| система (надалі ІТС) | укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції. |
| Інша допомога (інші послуги) | – Інша допомога, ніж медико-санітарна допомога, безпосередньо пов'язана з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки) та передбачена умовами Договору та (або) Програми страхування. |
| Квиток (авіаційний) (пасажирський квиток та багажна квитанція) | - виданий перевізником (його агентом) документ, у тому числі електронний, який містить умови договору перевезення, повідомлення, польотні та пасажирські купони. |
| Компетентні органи | – державні органи (підприємства, установи, організації), комунальні підприємства (установи, організації), спеціальні комісії (уповноважені комісії компетентних органів), в компетенцію яких входить реагування на події (інформування, встановлення факту, надання захисту і/або відповідної допомоги, рятування, ліквідація наслідків тощо), які в подальшому можуть бути кваліфіковані за Договором страхування як страхові випадки, встановлення причин та обставин настання таких подій, оцінка їх наслідків (органи прокуратури, Міністерства внутрішніх справ (Національної поліції тощо), Служби безпеки України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, суди, аварійні служби, уповноважені комісії з надзвичайних ситуацій, медичні заклади та ін.). До компетентних органів також належать юридичні та/або фізичні особи, які мають відповідні ліцензії, дозволи (у передбачених законодавством випадках), кваліфікацію і/або повноваження, до яких можуть звертатися Страховик, Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач, інші особи для вирішення суперечок і будь-яких інших питань, що впливають з Договору (експерти, аварійні комісари тощо). |
| Контракт (договір) | - домовленість двох або більше сторін, оформлена відповідно до вимог діючого законодавства, що не є Договором страхування, спрямована на встановлення, зміну або припинення цивільних прав та обов'язків (трудовий договір (контракт), цивільно-правовий договір (угода), господарський договір, договір про виконання робіт, поставок, надання послуг тощо). |
| Контрагент | - будь-яка юридична або дієздатна фізична особа, яка прийняла на себе певні зобов'язання за договором (контрактом), укладеним зі Страхувальником. |
| Країна постійного проживання | – країна, під юрисдикцією якої знаходиться місце постійного проживання фізичної особи або країна, громадянином якої є фізична особа. |
| Країна тимчасового перебування | – країна (місце), зазначена (-е) в Договорі, на території якої Страхувальник (Застрахована особа) знаходиться під час подорожі (поїздки) та діє страховий захист за Договором. |
| Ліміт відповідальності Страховика (ліміт зобов'язань) | – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми (у грошовому, кількісному вираженні або у відсотках від страхової суми), який за згодою Сторін може встановлюватись за одним страховим ризиком, страховим випадком, групою страхових ризиків (випадків), на одну Застраховану особу, групу Застрахованих осіб, за окремим видом витрат, за Договором в цілому, тощо. |
| Медична евакуація | – термінове транспортування Страхувальника (Застрахованої особи) із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та у супроводі медичного персоналу до медичного закладу, де можуть надаватися кваліфіковані медичні послуги, якщо необхідність такого транспортування обумовлена медичним станом Застрахованої особи. |
| Медична допомога | – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на діагностику, лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами. |
| Медичні витратні матеріали | – предмети одноразового використання для проведення медичних маніпуляцій - рукавички, шприци, катетери, системи для крапельниць, бинт тощо. |
| Медичні послуги | – консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури. |

| | |
|---|---|
| Медична репатріація | – термінове транспортування Страхувальника (Застрахованої особи) у супроводі медичного персоналу з країни тимчасового перебування у країну постійного проживання з метою подальшого лікування. |
| Небезпечний чинник (зовнішній ушкоджуючий фактор) | – складова частина небезпечного явища або процесу, що характеризується фізичною (механічною тощо), хімічною, біологічною чи іншою зовнішньою дією (впливом), що створює загрозу життю, здоров'ю та працездатності людини. |
| Нещасний випадок | – обмежена в часі подія, обумовлена раптовим впливом (дією) одного чи кількох небезпечних чинників (зовнішніх ушкоджуючих факторів), що має ознаки ймовірності та випадковості настання, внаслідок якої заподіяно шкоду майновим інтересам Застрахованої особи, пов'язаним з її життям, здоров'ям та/або працездатністю. |
| 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. |
| Подорож | – поїздка Застрахованої особи територією, зазначеною в Договорі, з будь-якою метою, що не суперечить чинному законодавству України та країни тимчасового перебування (туризм, в т.ч паломництво, навчання, праця, участь у конференціях, відпочинок, спортивні змагання, відвідування родичів тощо). |
| Посмертна репатріація | – перевезення тіла Застрахованої особи у випадку її смерті з країни тимчасового перебування до країни її постійного проживання. Витрати на посмертну репатріацію включають вартість труни для міжнародного перевезення, транспортні та адміністративні витрати. |
| Програма страхування | – перелік медичних та інших додаткових витрат (послуг) певного обсягу, що надаються Страхувальнику (Застрахованій особі) при настанні страхового випадку та оплачуються Страховиком. Програма страхування формується Страховиком шляхом зазначення переліку медичних та інших додаткових витрат (послуг) у складі конкретної Програми страхування та зазначається у Частині 1 Договору. Програма страхування наведена у п.3.6 даної Оферти. |
| Протиправні дії третіх осіб (ПДТО) | - дія будь-якої третьої особи, заподіяна з метою завдання шкоди (пошкодження або знищення) застрахованому майну. Дія особи визнається протиправною на підставі діючого законодавства України. |
| Стихійні лиха | - буря, шторм, ураган, вихор, смерч, шквал, град, злива, повінь, землетрус, зсув, осідання ґрунту, гірські обвали і схід лавин. |
| Страхова сума | – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. |
| Страховий захист | – сукупність зобов'язань Страховика, визначені Договором, щодо здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку. |
| Травматичне ушкодження (травма, тілесне ушкодження) | – порушення анатомічної цілісності та фізіологічних функцій тканин або органів Застрахованої особи, спричинене одним чи кількома зовнішніми ушкоджуючими факторами. |
| Транспортний засіб (ТЗ) | - наземний механічний транспортний засіб, призначений для перевезення людей та/або вантажу, що підлягає державній реєстрації та обліку у відповідних державних органах (міністерствах, відомствах), а також ввезений на територію України для тимчасового користування, або транспортний засіб, зареєстрований в іншій країні. До наземних транспортних засобів відносяться, в тому числі, транспортні засоби спеціального, спеціалізованого призначення; |
| Франшиза (безумовна) | – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. Безумовна франшиза вираховується при визначенні розміру страхової виплати при настанні кожного та будь-якого страхового випадку. Величина франшизи визначається у відсотках від страхової суми або в абсолютній грошовій величині та зазначається у Частині 1 Договору або у Програмі |

- страхування.
- Функціональний розлад здоров'я – тимчасове порушення функцій органів і/або систем органів, безпосередньо пов'язане з заподіянням шкоди життю, здоров'ю та працездатності Застрахованої особи внаслідок дії (впливу) зовнішніх ушкоджуючих факторів.
- Члени сім'ї - членами сім'ї Страхувальника (Застрахованої особи) є: батько, мати, чоловік/дружина, діти, рідні сестра та брат.

2. Порядок укладання договору.

2.1. Договір страхування укладається відповідно до Ліцензії ДКРРФПУ серії АГ №569566, строк дії - з 21.12.2007 р. безстроковий, ліцензії ДКРРФПУ серії АГ № 569568, строк дії - з 21.12.2007 р. безстроковий, ліцензії ДКРРФПУ серії АГ №569572, строк дії – з 21.12.2007, Правил добровільного страхування медичних витрат від 03.06.2020р., зареєстрованих Нацкомфінпослуг 25.06.2020 р. згідно розпорядження № 1619, Правил добровільного страхування від нещасних випадків від 04.06.2020 р., зареєстрованих Нацкомфінпослуг 25.06.2020 р. згідно розпорядження № 1619, Правил добровільного страхування фінансових ризиків від 02.11.2007 р., зареєстрованих Держфінпослуг 21.12.2007 р. за №1872403, Особливих умов добровільного страхування ризиків витрат під час подорожі від 02.11.2007 р., зареєстрованих Держфінпослуг 21.12.2007 р. за № 1872419 (далі разом – Правила, окремо Правила 1, Правила 2, Правила 3, Особливі умови), із дотриманням вимог Закону України «Про страхування», Закону України «Про електронну комерцію» та інших нормативно-правових актів у сфері страхування.

2.2. Цей текст є Офертою в розумінні ст.ст. 633, 638 Цивільного кодексу України. Страхувальники набувають прав і обов'язків за Договором страхування шляхом прийняття (акцепту) умов цієї Оферти в цілому.

2.3. Текст цієї Оферти підписується Страховиком та скріплюється його печаткою. Оферта складена в одному примірнику, оригінал якої зберігається у Страховика, а текст Оферти розміщений для вільного доступу в мережі «Інтернет» на веб-сайті Страховика <https://tig.com.ua>. Оферта набирає чинності з дати її введення в дію наказом Товариства і оприлюднення на веб-сайті Страховика. Укладання Договору страхування здійснюється на підставі даної пропозиції (оферти).

2.4. Страхування здійснюється на умовах, визначених цією Офертою з урахуванням конкретних умов, визначених у Частині 1 Договору добровільного страхування медичних витрат під час подорожі, яка є невід'ємною частиною цієї Оферти (Додаток №1).

2.5. У відповідності до статей 207, 633, 642, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Оферти вважається заповнення електронної заявки на укладання Договору страхування на сайті ПрАТ СК «ТЕКОМ» та підписання Електронного договору страхування електронним підписом одноразовим ідентифікатором шляхом направлення Страховиком одноразового ідентифікатора на електронну пошту Клієнта та введення Клієнтом в інформаційно-телекомунікаційну систему (далі – ІТС) Страховика отриманого одноразового ідентифікатора та сплата страхового платежу в повному обсязі. Заповнення електронної заявки Клієнтом не зобов'язує його укласти Договір, у разі відсутності електронного підпису Клієнта одноразовим ідентифікатором Договір вважається неукладеним.

2.6. Заповненням електронної заявки про укладення Договору страхування Клієнт узгоджує всі істотні умову Договору, передбачені ст. 16 Закону України «Про страхування», в тому числі: предмет страхування, страхову суму, перелік страхових випадків, розмір страхового платежу та порядок його сплати, строк дії Договору та інше.

2.7. Перед укладенням Договору страхування, Клієнт самостійно ознайомлюється з умовами Договору страхування на веб-сайті Страховика: <https://tig.com.ua/storage/contract-offer/offer-travel.pdf>

2.8. Діями Клієнта, що свідчать про згоду дотримуватися умов Договору страхування та згоду отримувати послуги зі страхування на встановлених Страховиком умовах є сплата страхового

платежу в повному обсязі на поточний рахунок Страховика, а також вчинення Клієнтом наступної дії - зазначення відмітки у полі стосовно ознайомлення з Офертою, інформацією про фінансову послугу, прийняття її та підписання Електронного договору страхування одноразовим ідентифікатором.

2.9. Для укладення Договору страхування в електронній формі, Клієнт повинен зайти на веб-сайт Страховика, обрати бажані умови страхування, зазначити інформацію про себе та Застрахованих осіб (за наявності), адресу електронної пошти, іншу інформацію, необхідну для укладення Договору страхування, а також обов'язково ознайомитись з умовами цієї Оферти, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних та персональних даних Застрахованих осіб, отримання згоди на страхування від Застрахованих осіб.

2.10. Відповідно до обраних Клієнтом умов та зазначених ним даних формується Електронний договір страхування (акцепт), який містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, електронний підпис Страхувальника, дату укладення, строк дії та інші індивідуальні умови Договору страхування. Акцепт складається в електронній формі за зразком, встановленим Страховиком.

2.11. Перед підписанням Електронного договору страхування Клієнт зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність. Для підписання Електронного договору страхування електронним підписом Клієнт вводить отриманий одноразовий ідентифікатор у відповідному полі веб-сторінки на веб-сайті Страховика в мережі «Internet»; в результаті цього електронний підпис Клієнта додається до Електронного договору страхування. Одноразовий ідентифікатор надсилається на зазначену Клієнтом адресу електронної пошти. Після підписання Електронного договору страхування Клієнт зобов'язаний оплатити страховий платіж у повному обсязі.

2.12. Після оплати страхового платежу, на вказану Клієнтом адресу електронної пошти надсилається підписаний Сторонами Електронний договір страхування та копія цієї Оферти з додатком. Після здійснення акцепту та набрання Договором страхування чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

2.13. Виконання Страхувальником дій, зазначених в п.п. 2.8-2.11 цієї Оферти, означає прийняття усіх умов цієї Оферти і є укладенням Договору страхування в спосіб, прирівняний до укладення правочину у письмовій формі.

2.14. Сторони узгодили, що при укладенні Договору страхування, Страховиком може бути використано факсимільне відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитку печатки Страховика у відповідності до цієї Оферти, яку Клієнт приймає в цілому шляхом підписання Договору страхування.

2.15. Договір страхування вважається підписаним Клієнтом шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором. Договір є укладеним з моменту отримання Страховиком інформації про підписання Договору страхування Клієнтом з використанням електронного підпису одноразовим ідентифікатором згідно умов цієї Оферти та сплати останнім страхового платежу в повному обсязі.

2.16. Погоджуючись з умовами цієї Оферти, Страхувальник підтверджує свою правоздатність та дієздатність, а також усвідомлює відповідальність за зобов'язання, що покладаються на нього у результаті укладання Договору страхування.

2.17. Договір направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в інформаційно- телекомунікаційну систему Страховика, відправлення Договору страхування, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком в електронній базі останнього.

2.18. Сторони домовилися, що відправка Договору та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Договору страхування/повідомлення Страхувальнику. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір страхування на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та завіренню печаткою (за наявності) кожною Стороною. При відтворенні на папері Договору страхування Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами.

3. Предмет Договору.

3.1. При страхуванні медичних витрат **Предметом Договору** є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі за її згодою, а також медичними та додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки).

Даний вид страхування передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Страхувальником чи Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки).

3.2. При страхуванні від нещасного випадку **Предметом Договору** є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі за її згодою.

Даний вид страхування передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору в розмірі страхової суми або її частини у випадку смерті Страхувальника чи Застрахованої особи, встановлення йому (їй) інвалідності внаслідок нещасного випадку, який стався зі Страхувальником чи Застрахованою особою під час дії Договору.

3.3. Страхувальники мають право укладати Договори страхування із Страховиком на користь фізичних осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою. Страхувальник, який уклав Договір страхування власних майнових інтересів, є Застрахованою особою.

3.4. За цим Договором особа вважається Застрахованою за добровільним страхуванням медичних витрат, добровільним страхуванням від нещасних випадків, якщо у Частині 1 Договору зазначені розміри страхових сум, страхових тарифів та страхових платежів по цим видам страхування відповідно.

3.5. У Частині 1 Договору зазначається одна з груп ризику, що викладені у Таблиці 1.

Таблиця 1. Групи ризику.

| Група ризику | Визначення |
|--------------|--|
| Т | Туризм - лікувально-оздоровчий, екскурсійний, паломницький (релігійний), пляжний та інші категорії туризму, що передбачають програму туристичної подорожі без фізичних навантажень |
| А | Активний спортивний відпочинок, що пов'язаний з істотними фізичними навантаженнями та/або заняттям аматорським спортом без участі в змаганнях |

3.6. Договір страхування укладається на умовах Програми страхування BASIC, що визначена у Таблиці 2.

У Програмі страхування встановлені ліміти відповідальності Страховика за видами витрат та страховими випадками від страхової суми на кожну Застраховану особу по кожному виду страхування. Страхові суми на кожну Застраховану особу за певними видами страхування визначаються відповідно до п.п. 6.2.1, 6.2.2 Частини 2 Договору та зазначаються в Частині 1 Договору.

Таблиця 2. Програма страхування BASIC.

| Страховання медичних витрат | Ліміт відповідальності Страховика у % від Страхової суми |
|--|--|
| Швидка медична допомога | 100% |
| Екстрена амбулаторно-поліклінічна допомога | 100% |
| Екстрена стаціонарна допомога | 100% |
| Екстрена (невідкладна) стоматологічна допомога | 150 € |
| Екстрена (невідкладна) гінекологічна та акушерська допомога до 28 тижня вагітності | 100% |
| Оплата медикаментів, лікарських засобів та засобів медичного призначення | 100% |
| Витрати на транспортування Застрахованої особи | 100% |
| Витрати на медичну евакуацію Застрахованої особи | 100% |
| Витрати на медичну репатріацію | 100% |
| Витрати на посмертну репатріацію тіла (останків) Застрахованої особи | 100% (витрати на труну: 500 €) |
| Витрати на послуги зв'язку у разі настання страхового випадку | 20 € |
| Витрати на медичну допомогу у зв'язку із захворюванням на COVID-19 | до 3000 € |
| Страховання від нещасного випадку | |
| Страховий випадок | Ліміт відповідальності Страховика у % від обраної Страхової суми |
| Смерть (загибель) Застрахованої особи | 100% |
| Встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи | 80% |
| Встановлення Застрахованій особі інвалідності II групи | 60% |
| Встановлення Застрахованій особі інвалідності III групи | 40% |
| Встановлення Застрахованій особі категорії «дитина з інвалідністю» | 40% |

4. Страхові ризики та страхові випадки.

Страховий випадок - подія, передбачена Договором, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі. Страховим випадком за цим Договором є:

4.1.1. При страхуванні медичних витрат: понесення документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги, передбаченої Договором, під час здійснення ним (нею) подорожі (поїздки) внаслідок подій, зазначених в п.п. 4.2.1.1. – 4.2.1.3 Частини 2 Договору, які відбулися під час та в місці дії (території дії) Договору.

4.1.1.1. Страховик забезпечує відшкодування витрат, що передбачені Програмою страхування BASIC, в межах лімітів відповідальності, встановлених у такій Програмі страхування (Таблиця 2).

4.1.1.2. Договором передбачається відшкодування наступних видів витрат:

4.1.1.2.1. Медичні витрати, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки):

4.1.1.2.1.1. Швидка медична допомога:

- виїзд бригади швидкої медичної допомоги;
- експрес-діагностика та невідкладна допомога на догоспітальному етапі;
- забезпечення медикаментами та медичними витратними матеріалами;
- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги (або іншим медичним транспортним засобом) до медичного закладу, якщо цього потребує стан Застрахованої особи.

4.1.1.2.1.2. Екстрена амбулаторно-поліклінічна допомога:

- 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 медичними витратними матеріалами.

4.1.1.2.1.3. Екстрена стаціонарна допомога, у тому числі:

- невідкладні діагностичні (лабораторні, інструментальні) дослідження;

- хірургічне та/або медикаментозне лікування в стаціонарі;
- консультації спеціалістів, послуги медичного персоналу;
- вартість перебування у палаті стандартного типу та/або реанімаційній палаті;
- харчування під час перебування в стаціонарі за нормами, прийнятими у даному медичному закладі.

У разі необхідності, при наданні екстреної стаціонарної допомоги, Страховик додатково відшкодовує:

- візит та медичні послуги лікаря-спеціаліста вузького профілю до Застрахованої особи у разі, якщо лікування не дає результату, а Застрахована особа за медичним висновком є нетранспортабельною;
- витрати, які пов'язані з необхідністю продовження перебування Застрахованої особи в місці дії Договору у разі надання їй екстреної стаціонарної допомоги, якщо Застрахована особа визнана нетранспортабельною.

4.1.1.2.1.4. Екстрена (невідкладна) стоматологічна допомога при гострому зубному болю на суму, що не перевищує встановленого в Договорі та(або) Програмі страхування ліміту відповідальності для стоматологічної допомоги, яка включає в себе стоматологічний огляд, рентген, ліквідацію гострого зубного болю та встановлення тимчасової пломби тільки природних зубів або видалення зубів (за виключенням косметичних процедур, протезування, ортодонтичних операцій);

4.1.1.2.1.5. Екстрена (невідкладна) гінекологічна та акушерська допомога у строк вагітності до 28 (двадцяти восьми) тижнів;

4.1.1.2.1.6. Оплата медикаментів, лікарських засобів та засобів медичного призначення, призначених лікарем.

4.1.1.2.2. Витрати, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки):

4.1.1.2.2.1. Медичні перевезення:

4.1.1.2.2.1.1. Витрати на транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги (або іншим медичним транспортним засобом) до найближчого медичного закладу або лікаря для проведення подальшого лікування;

4.1.1.2.2.1.2. Витрати на медичну евакуацію Застрахованої особи, а також супроводжуючої особи (при наявності медичної необхідності супроводження, підтвердженої відповідними документами) із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та у супроводі медичного персоналу до медичного закладу, де можуть надаватися кваліфіковані медичні послуги, якщо необхідність такого транспортування обумовлена медичним станом Застрахованої особи.

4.1.1.2.2.1.3. Витрати на медичну репатріацію у випадках, якщо:

- за висновком лікуючого лікаря, стан хворої Застрахованої особи дозволяє здійснити її перевезення у країну постійного проживання (у медичному супроводі або без нього);
- необхідна медична допомога, за висновком лікуючого лікаря, не може бути надана у місці події;
- витрати на стаціонарну допомогу можуть перевищити встановлену у Договорі та (або) Програмі страхування страхову суму (ліміт відповідальності Страховика) за умови відсутності медичних протипоказань для здійснення медичної репатріації.

Витрати на медичну репатріацію включають в себе:

- витрати на транспортування (вартість проїзду у якості пасажира авіа-, залізничного, авто- транспорту або вартість перевезення спеціалізованим авіатранспортом);
- витрати на супровід медичного персоналу, за умови, якщо медичний супровід рекомендований лікарем;
- витрати на оплату додаткової ваги багажу переносного медичного обладнання;
- оплату додаткової ваги особистого багажу Застрахованої особи;
- витрати на відрядження медичної бригади або представника Асистансу;
- оплату вартості використання реанімаційного або іншого необхідного медичного обладнання під час медичної репатріації;
- адміністративні витрати (консульські збори, державне мито тощо);
- витрати на зв'язок.

Рішення про необхідність медичної репатріації Застрахованої особи приймається лікарем, який проводить лікування Застрахованої особи та погоджується Страховиком та (або) Асистансом з урахуванням медичних рекомендацій;

4.1.1.2.2.1.4. Витрати на посмертну репатріацію тіла (останків) Застрахованої особи у випадку її смерті, що настала під час та в місці дії Договору:

- оформлення документів на репатріацію;

- підготовку тіла до репатріації;
- транспортування тіла до країни постійного проживання;
- придбання труни.

Кінцевий пункт маршруту репатріації визначається за згодою Страховика та близьких родичів (законних представників) померлої Застрахованої особи.

У випадку, якщо Застрахована особа – не є резидентом України, кінцевим пунктом маршруту репатріації у країні постійного проживання є аеропорт або місце постійного проживання.

Для організації посмертної репатріації родичі померлої Застрахованої особи повинні надати Страховикові належним чином оформлені документи, що підтверджують їхній родинний зв'язок із Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло померлого після перевезення труни на територію країни постійного проживання.

4.1.1.2.2.2. Витрати на послуги зв'язку у разі настання страхового випадку при зверненні до Асистансу та (або) Страховика. Такі витрати відшкодовуються Страховиком безпосередньо Застрахованій особі після пред'явлення нею оригіналів квитанцій (рахунків) за сплачений дзвінок до Асистансу (Страховика).

4.1.1.2.2.3. Програмою страхування може бути передбачено відшкодування витрат, пов'язаних з дотриманням Застрахованою особою режиму ізоляції (карантину), якщо це необхідно за медичним висновком.

4.1.2. При страхуванні від нещасного випадку:

4.1.2.1. смерть (загибель) Застрахованої особи;

4.1.2.2. встановлення Застрахованій особі інвалідності I, II, III групи;

4.1.2.3. Смерть Застрахованої особи або встановлення їй інвалідності (в т.ч. змінення групи інвалідності на вищу) внаслідок нещасного випадку, що настав протягом строку дії Договору, визнається страховими випадком, якщо вона сталася (встановлена) протягом строку, що не перевищує 1 (один) рік від дня настання нещасного випадку, незалежно від дати закінчення строку дії Договору.

4.2. **Страховий ризик** - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. Страховими ризиками за цим Договором, на випадок виникнення яких проводиться страхування, є:

4.2.1. При страхуванні медичних витрат:

4.2.1.1. раптове гостре захворювання Застрахованої особи та/або загострення хронічного захворювання, яке становить загрозу життю і здоров'ю Застрахованої особи;

4.2.1.2. травматичне (тілесне) ушкодження, розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

4.2.1.3. смерть Застрахованої особи внаслідок раптового гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку.

4.2.2. При страхуванні від нещасного випадку страховим ризиком є нещасний випадок із Застрахованою особою.

5. Виключення зі страхових випадків і обмеження страхування.

5.1. При страхуванні медичних витрат не є страховими випадками вимоги на оплату медичної та іншої допомоги (послуг, витрат) у випадках, якщо така допомога (послуга, витрати) пов'язана із, якщо інше не передбачено Частиною 1 Договору та/або групою ризику:

5.1.1. будь-яким погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи внаслідок захворювання або травмування, яке було діагностовано до початку дії Договору, незалежно від того, проводилось його лікування чи ні, а також якщо були медичні протипоказання для здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки);

5.1.2. хронічним захворюванням будь-якого типу та будь-якими загостреннями та/або ускладненнями хронічних захворювань, які не становлять загрозу життю Застрахованої особи окрім зняття гострого стану;

5.1.3. будь-якою хворобою в стадії ремісії;

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

5.1.5. станом здоров'я, який виник внаслідок самолікування, а також лікування у медичному закладі та/або у окремих лікарів без попереднього погодження із Асистансом;

5.1.6. погіршенням стану здоров'я, травмуванням або смертю Застрахованої особи внаслідок вживання наркотичних, токсичних речовин та/або алкоголю, крім випадків вживання зазначених речовин внаслідок протиправних дій третіх осіб у вигляді примусу, що належним чином підтверджено документально;

- 5.1.7. медичним оглядом, що не є наслідком подій, зазначених у п.п. 4.2.1.1 та 4.2.1.2 Частини 2 Договору, надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними за медичним висновком, або не входять у призначене лікарем лікування;
- 5.1.8. нервовими, психічними захворюваннями та їх загостреннями, судомними станами, а також пов'язаним з ними травмуванням;
- 5.1.9. вродженими вадами та захворюваннями;
- 5.1.10. медичними станами, що виникли внаслідок свідомого спричинення шкоди здоров'ю, травмування Застрахованою особою саму себе, спроби самогубства;
- 5.1.11. медичними станами, які виникли внаслідок скоєння Застрахованою особою умисного правопорушення за законодавством, що діє в місці дії Договору (території страхування) та/або в країні постійного проживання;
- 5.1.12. відмови Застрахованої особи від обстеження та/або призначеного лікування лікарем, недотримання призначень медичного персоналу або порушення лікувального режиму медичного закладу;
- 5.1.13. венеричними захворюваннями та захворюваннями, що передаються статевим шляхом;
- 5.1.14. навмисним нараженням на невиправданий ризик (за винятком випадків рятування життя іншій особі);
- 5.1.15. ВІЛ-інфікуванням, СНІДом та медичними станами, пов'язаними з ВІЛ-інфікуванням, а також будь-якими іншими імунодефіцитними розладами і станами;
- 5.1.16. захворюванням будь-якими формами гепатиту та їхніми наслідками;
- 5.1.17. штучними абортами та їх наслідками (за винятком переривання вагітності за медичним показанням внаслідок нещасного випадку);
- 5.1.18. дерматологічними захворюваннями, алергією, сонячними опіками або іншими гострими змінами шкіри (патологіями шкіри) внаслідок впливу ультрафіолетового випромінювання (крім випадків загрози здоров'ю);
- 5.1.19. лікуванням розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води);
- 5.1.20. лікуванням дерматитів (контактних, алергічних та ін.), кропивниць та еритем, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для рятування життя Застрахованої особи;
- 5.1.21. термічними опіками 1 ступеня;
- 5.1.22. порушенням прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки, правил поведінки у зонах відпочинку та інструкцій працівників місць перебування (готелів, пляжів та ін.);
- 5.1.23. онкологічними захворюваннями;
- 5.1.24. медичними станами, пов'язаними з участю у будь-яких формах польотів, за винятком здійснення перельоту у якості пасажирів регулярного авіарейсу або ліцензованого чартерного перельоту за встановленим маршрутом;
- 5.1.25. здійсненням подорожі (поїздки) Застрахованою особою з наміром (безпосередньою метою) здійснювати лікування в місці дії Договору;
- 5.1.26. керуванням транспортним засобом (включаючи водні, наземні, повітряні види транспорту) без посвідчення на право керування даним засобом, та/або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, та/або внаслідок передачі керування транспортним засобом особі, яка не має відповідного посвідчення або перебуває у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- 5.1.27. участю Застрахованої особи у війні (оголошеної або неоголошеної), військових діях, повстаннях, заколотах, бунтах, революціях, страйках, порушеннях громадського порядку, у будь-якому терористичному акті, військовому перевороті або у спробі узурпації влади, при вчиненні заколоту, під час та внаслідок перебування у закладах пенітенціарної системи;
- 5.1.28. виконання Застрахованою особою роботи, в тому числі небезпечної за наймом, контрактом тощо;
- 5.1.29. активним відпочинком, заняттями спортом, під час участі у змаганнях та тренуваннях. Під активним відпочинком слід розуміти:
- а) будь-які види польоту в якості пілота чи пасажирів, використовуючи дельтаплан, параплан, планер, парашут (інші літальні апарати), включаючи авіаспорт (за винятком здійснення Застрахованою особою рейсового польоту за маршрутом, а також за винятком здійснення Застрахованою особою на території страхування роботи за наймом в якості пілота або члена екіпажу повітряного транспорту);
- б) управління двоколісним моторним або водно-моторним видами транспорту;

в) екстремальні види спорту: дайвінг, альпінізм та скелелазіння, гірські лижи, сноубординг, катання на ковзанах, воднолижний спорт, всі види серфінгу, вітрильний спорт, водний туризм, верхова їзда, катання на тваринах, фрістайл, банджи-джампінг, паркур, пейнтбол, страйкбол, стрибки в воду з висоти трекінг (1-2 категорія складності) тощо;

в) заняття (в тому числі аматорське) видами велосипедного спорту, що несуть підвищений ризик травмування, включаючи, але не обмежуючись: крос-кантрі, швидкісний спуск, байкер-крос, фрірайд, ВМХ, дерт, флетленд, тріал, дуал, інші види маунтінбайкінгу);

г) участь Застрахованої особи в автомобільних ралі, мото-ралі та інших спортивних заходах (змаганнях), включаючи випробувальні пробіги.

д) контактні види спорту (боротьба вільна, боротьба греко-римська, дзюдо, козацький двобій, рукопашний двобій, традиційне карате, кікбоксинг, бокс, дзюдо, боротьба, самбо, сумо), поло, регбі, хокей з шайбою, спелеологія, фрістайл-акробатика, стрибки на батуті, стендова та кульова стрільба, біатлон, художня гімнастика, баскетбол, бейсбол, водне поло, волейбол, гандбол, пейнтбол, хокей на траві, футбол, хокей з шайбою, легка атлетика, рок-н-рол акробатичний, сквош, спортивні танці, великий теніс.

5.1.30. медичними станами, що виникли під час служби в збройних силах будь-якої країни, а також під час роботи в правоохоронних структурах, воєнізованій пожежній охороні чи охороні комерційних структур;

5.1.31. захворюваннями, що є наслідками раптового погіршення екологічної ситуації з причини радіаційного, хімічного та бактеріологічного забруднення природного навколишнього середовища;

5.1.32. погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи, які стали наслідком подорожей (поїздок) до зон (країн, міст, селищ тощо), які закриті або мають обмеження для візитів у зв'язку з об'явленим в цій зоні карантинном;

5.1.33. лікуванням та перебуванням на карантині при виявленні захворювань, які класифікуються Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як епідемія чи пандемія (крім епідемії грипу);

5.1.34. погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи внаслідок виконання небезпечної роботи;

5.1.35. захворюванням на інфекційні хвороби, що викликані герпетичними інфекціями і TORCH-інфекціями та на особливо небезпечні інфекції; захворюванням на паразитарні хвороби (окрім випадків коли такий стан чи захворювання було викликано зовнішніми факторами у місці перебування, такими як: укуси комах, тварини, поранення); захворюванням на вірусні хвороби, окрім тих, що викликані респіраторними та шлунково-кишковими інфекціями, а також Страховиком не відшкодовується витрати на оплату медичної та іншої допомоги, пов'язаної з лікуванням інфекційних, паразитарних, вірусних хвороб, що виникли до укладення Договору страхування, у тому числі захворювань на етапі лікування, незалежно від того, отримувала Застрахована особа лікування чи ні;

5.1.36. будь-якими новоутвореннями;

5.1.37. хворобами ендокринної системи;

5.1.38. захворюваннями, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують ведення комплексу карантинних заходів.

5.2. При страхуванні медичних витрат Страховик не відшкодовує витрати:

5.2.1. здійснені Застрахованою особою без відома Страховика та/або Асистансу та (або) не узгоджені з ними;

5.2.2. не передбачені Договором;

5.2.3. на медичну евакуацію/репатріацію Застрахованої особи у випадках незначних захворювань або травм, які, за висновком лікаря та за погодженням Страховика підлягають лікуванню в місці дії Договору та/або не перешкоджають продовженню подорожі;

5.2.4. на медичну евакуацію та/або репатріацію у випадку, коли, за висновком лікаря, Застрахована особа фізично спроможна повернутися у країну постійного проживання самостійно, у якості звичайного пасажира;

5.2.5. на лікування зубів, в тому числі штучних, заміну або ремонт коронок, мостів, окрім заходів, спрямованих на негайну (екстрену) стоматологічну допомогу при гострому зубному болю природних зубів;

5.2.6. на будь-яке протезування;

5.2.7. на придбання окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, інгаляторів, протезів, інвалідних візків, вимірювальних приладів тощо;

5.2.8. на хірургічне втручання на серці та судинах (аорто-коронарне шунтування, стентування тощо) навіть при наявності медичних показань для їх проведення;

- 5.2.9. на відновлювальну, учбову, фізичну, фізіологічну терапію, психотерапію (аутотренінг, лікування сном, фітотерапія тощо), санаторно-курортне лікування, опікунський догляд;
- 5.2.10. пов'язані з вагітністю та пологами, за винятком випадків ускладнень, які вимагають негайного медичного втручання та строк вагітності, який не перевищує зазначений у Програмі страхування;
- 5.2.11. на косметичну та пластичну хірургію, косметичне лікування, геліотерапію, водолікування;
- 5.2.12. на медичне обстеження з профілактичною метою;
- 5.2.13. на лікування, яке не відповідає поставленому діагнозу;
- 5.2.14. на оплату медичної та іншої допомоги (послуг), не призначених лікарем;
- 5.2.15. на медичну та іншу допомогу (послуги), які за висновком Асистансу та (або) за погодженням Страховика, не є обов'язковими для діагностики та лікування;
- 5.2.16. на послуги, надані медичним закладом, який не має відповідної ліцензії, або особою, яка не має права займатися медичною діяльністю;
- 5.2.17. на проведення планових і позапланових щеплень (за виключенням щеплень від сказу та правцю) та витрати на лікування захворювань, які виникли внаслідок порушення вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень;
- 5.2.18. на проведення медичної експертизи;
- 5.2.19. на лікування методами народної та нетрадиційної медицини;
- 5.2.20. на індивідуальне посилене/дієтичне харчування;
- 5.2.21. на забезпечення поліпшених побутових умов перебування в медичному закладі, тобто пов'язаними з наданням додаткового комфорту, якщо це не передбачено стандартними умовами медичного закладу, в тому числі: телевізора, кондиціонера, зволожувача, послуг перукаря, масажиста тощо;
- 5.2.22. на проведення курсу лікування захворювання, яке виникло (загострилось або ускладнилось) внаслідок здійснення Застрахованою особою подорожі в місце дії Договору всупереч медичним рекомендаціям;
- 5.2.23. на медичну реабілітацію;
- 5.2.24. на оплату будь-яких непрямих збитків, зокрема моральної шкоди, упущеної вигоди тощо;
- 5.2.25. на оплату послуг немедичного характеру, зокрема, телефонних розмов, які не мають відношення до страхового випадку, відшкодування збитків, нанесених майну Страхувальника (Застрахованої особи) тощо;
- 5.2.26. понесені у зв'язку з професійною помилкою лікаря або іншої особи, яка надавала послуги Страхувальнику (Застрахованій особі);
- 5.2.27. пов'язані з пересадкою органів та/або їх частин;
- 5.2.28. які виникли прямо чи опосередковано внаслідок погіршення здоров'я Застрахованої особи у зв'язку з проходженням курсу лікування, отриманого до початку дії Договору страхування;
- 5.2.29. на штучне запліднення, лікування безпліддя, статевих розладів, витрати, пов'язані з операціями по зміні статі, по запобіганню вагітності;
- 5.2.30. пов'язані з видаленням бородавок, натоптишів, ортопедичним лікуванням плоскостопості, придбанням супінаторів, устілок для коригування стоп, лікування деформованих нігтів стопи чи кисті, грибкових захворювань;
- 5.2.31. пов'язані з будь-якими видами харчових добавок (якщо це не спричинено необхідністю підтримки життя у критичного хворого);
- 5.2.32. на медичну та іншу допомогу (послуги), які не зазначені у Договорі або Програмі страхування, навіть якщо вони включені у загальний рахунок;
- 5.2.33. по збиткам за подіями, які відбулися до початку дії Договору страхування, але були виявлені після початку його дії.

5.3. При страхуванні від нещасного випадку Страховик не здійснює страхові виплати, якщо страховий випадок стався внаслідок:

- 5.3.1. нещасних випадків, що сталися до початку дії Договору та після його закінчення;
- 5.3.2. нещасних випадків, що сталися поза місцем дії Договору, зазначеним у Частині 1 Договору;
- 5.3.3. перебування Застрахованої особи під дією алкоголю, наркотичних засобів або інших одурманюючих речовин (психотропних речовин, їх аналогів, прекурсорів, отруйних чи сильнодіючих речовин або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів тощо), крім випадків вживання зазначених речовин внаслідок протиправних дій третіх осіб у вигляді примусу, що належним чином підтверджено компетентними органами;

5.3.4. перебування Застрахованої особи під впливом медикаментів, під час вживання яких не рекомендовано або заборонено зайняття певними видами діяльності (робота, спорт, керування механізмами (пристроями) або їх використання тощо);

5.3.5. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, чи під впливом медикаментів, під час вживання яких не рекомендовано або заборонено керувати транспортним засобом, або без права на керування таким транспортним засобом;

5.3.6. передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка знаходилася у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, чи під впливом медикаментів, під час вживання яких не рекомендовано або заборонено керувати транспортним засобом, або особі, яка не мала права на керування таким транспортним засобом, і одночасного перебування Застрахованої особи у такому транспортному засобі;

5.3.7. психічного розладу здоров'я Застрахованої особи;

5.3.8. вживання Застрахованою особою медикаментів без призначення лікаря, самолікування або лікування особою, яка не має відповідної освіти (кваліфікації) та/або ліцензії (дозволу) на медичну практику;

5.3.9. навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, самогубства, замаху на самогубство або їхніх наслідків за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що належним чином підтверджено компетентними органами;

5.3.10. впливу ядерної енергії в будь-якій формі, зокрема радіації або радіоактивного зараження, дії іонізуючого випромінювання тощо;

5.3.11. будь-яких подій (їх наслідків), що настали в межах територій, на яких встановлений режим надзвичайної ситуації або введений режим надзвичайного стану;

5.3.12. війни, незалежно від того оголошена війна чи ні, загрози війни, військових дій, збройного конфлікту або серйозної погрози такого конфлікту, включаючи, але не обмежуючись ворожими атаками, дією суспільного ворога, вторгненням, дією іноземного ворога, введенням воєнного стану або особливого періоду (стану), загальною або частковою мобілізацією (незалежно від способу її проведення), введенням комендантської години, збуреннями, актами тероризму, диверсіями, піратством, безладами, блокадами, революцією, заколотами, повстаннями, іншими діями спрямованими на насильницьку зміну чи повалення конституційного ладу або на захоплення державної влади, масовими заворушеннями, громадськими демонстраціями, страйками, захопленням підприємств, реквізицією, арештами, затриманнями тощо;

5.3.13. арешту, тримання під вартою, затримання або застосування інших запобіжних заходів до Застрахованої особи компетентними органами при наявності обґрунтованої підозри у вчиненні особою правопорушення, яке визнається таким за законами, що діють в країнах перебування або інших законних підстав, крім випадків коли таке застосування запобіжних заходів було визнано незаконним;

5.3.14. спроби скоєння або скоєння Застрахованою особою дій, щодо яких правоохоронними органами встановлено склад злочину.

5.4. При страхуванні нещасного випадку до страхових випадків не відносяться події, що відбулися внаслідок, якщо інше не передбачено Частиною 1 Договору:

5.4.1. виготовлення, перевезення, зберігання, носіння, використання, випробування чи застосування: вибухових пристроїв, речовин і/або матеріалів та/або вогнепальної зброї будь-яких видів та призначення і/або боєприпасів до неї та/або холодної зброї будь-яких видів та призначення і/або снарядів до неї та/або зброї спортивного та розважального призначення і/або боєприпасів (снарядів) до неї;

5.4.2. зайняття будь-якими видами та напрямками спорту на аматорському або професійному рівні в якості спортсмена, в тому числі участь у відповідних спортивних заходах, спортивних змаганнях тощо та підготовці до них, проходження фізкультурно-спортивної реабілітації;

5.4.3. заняття хобі (захопленнями) і/або участі у будь-яких заходах, що не відносяться до діяльності (професії, виконуваної роботи тощо), які несуть підвищену небезпеку для життя та здоров'я (екстремальний спорт, екстремальний або спортивний туризм та відпочинок, дайвінг та його різновиди, дельтапланеризм та планеризм, дигерство або спелеологічна діяльність, участь у експедиціях, самоорганізовані (нелегальні тощо) змагання з будь-яких видів єдиноборств, самоорганізовані (нелегальні тощо) перегони на будь-яких видах і типах транспортних засобів, полювання тощо);

- 5.4.4. здійснення польотів на будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа здійснює політ у якості пасажирів у цивільному літаку, власник якого має ліцензію на здійснення пасажирських перевезень;
- 5.4.5. плавання на будь-яких засобах водного транспорту, включаючи підводні човни та апарати, за винятком випадків, коли Застрахована особа знаходиться в плаванні у якості пасажирів на цивільному засобі водного транспорту, власник якого має ліцензію на здійснення пасажирських перевезень;
- 5.4.6. втрати свідомості Застрахованою особою внаслідок обставин, які викликані крововиливом в мозок, епілептичним припадком або іншими конвульсіями, що охоплюють все тіло Застрахованої особи;
- 5.4.7. дефектів надання медичної допомоги (нещасних випадків, лікарських помилок, професійних медичних злочинів), які спричинили чи могли спричинити для Застрахованої особи несприятливі наслідки при неякісному здійсненні профілактики, діагностики, лікування, реабілітації, а також організації їх надання, в тому числі з приводу страхового випадку але не обмежуючись цим, пов'язаних з неналежним чи належним виконанням (невиконанням) медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків, що встановлено відповідними компетентними органами згідно чинного законодавства;
- 5.4.8. сонячного опіку, теплового удару, що виникли в результаті прийому сонячних або повітряних ванн;
- 5.4.9. участі Застрахованої особи у клінічних дослідженнях, дослідах, експериментах та інших подібних заходах, крім випадків примусу внаслідок протиправних дій третіх осіб, що належним чином підтверджено компетентними органами.
- 5.5. При страхуванні від нещасного випадку не є страховим випадком:
- 5.5.1. будь-які події, які відбулися не внаслідок нещасного випадку;
- 5.5.2. втрата професійної працездатності;
- 5.5.3. будь-які захворювання (в тому числі професійні захворювання) їх ускладнення та наслідки, за винятком захворювань, що виникли внаслідок впливу (дії) зовнішніх ушкоджуючих факторів і відповідно до умов цього Договору є нещасним випадком;
- 5.5.4. набуття Застрахованою особою правового статусу особи зниклої безвісти, або визнання судом Застрахованої особи безвісно відсутньою, крім випадків встановлення у судовому порядку Застрахованої особи померлою, якщо вона пропала безвісти за обставинами, що дають підставу припускати її загибель від певного нещасного випадку.
- 5.6. Страховик не надає страховий захист та не здійснює страхову виплату за Договором, якщо надання страхового захисту або страхова виплата порушує будь-які санкції, заборони, або обмеження, запроваджені резолюціями ООН або торгівельними або економічними санкціями, законами або нормативними актами Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії або Сполучених Штатів Америки, в тій мірі, в якій вони не суперечать українському законодавству.
- 5.7. Страховик в будь-якому разі за будь-яким видом страхування не відшкодовує збитки за подіями, які відбулися до початку дії Договору, але були виявлені після початку його дії.
- 5.8. Страховик в будь-якому разі за будь-яким видом страхування не здійснює страхових виплат щодо відшкодування моральної шкоди, неустойки, штрафів, пені, неодержаного доходу (упущеної вигоди), курсової різниці та інших непрямих збитків, які можуть бути викликані настанням страхового випадку.
- 5.9. Страховик не відшкодовує збитки, пов'язані з подіями іншими, ніж визначені Програмою, що належним чином зазначено в Частині 1 Договору.

6. Порядок визначення розмірів страхових сум. Франшиза. Страховий тариф. Страховий платіж.

- 6.1. Розміри страхових сум за певними видами страхування на одну Застраховану особу встановлюються в Договорі за згодою Сторін при укладанні Договору та зазначаються у Частині 1 Договору.
- 6.2. В межах страхових сум за певними видами страхування можуть встановлюватися ліміти відповідальності Страховика (ліміти зобов'язань) за видами витрат та страховими випадками, які зазначаються у Частині 1 Договору та/або Програмі страхування.
- 6.2.1. Ліміти відповідальності Страховика по страхуванню медичних витрат встановлюються в межах страхової суми по страхуванню медичних витрат та зазначені в Програмі Страхування.

6.2.2. Ліміти відповідальності Страховика по окремому страховому випадку при страхуванні від нещасних випадків встановлюються в межах страхової суми по страхуванню від нещасного випадку та зазначені в Програмі Страхування.

6.3. По Договору страхування франшиза по страхуванню медичних витрат і страхуванню від нещасного випадку відсутня, про що зазначається в Частині 1 Договору.

6.4. Розмір страхового тарифу, окремо по страхуванню медичних та інших витрат і окремо по страхуванню від нещасного випадку, визначається в Частині 1 Договору за згодою Сторін, в залежності від страхових сум (лімітів відповідальності Страховика), виду витрат, віку Застрахованої особи, мети здійснення подорожі, строку дії Договору, ступеня страхового ризику та інших умов Договору.

6.5. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.

6.6. Страховий платіж визначається шляхом множення встановленої за Договором страхової суми на ставку страхового тарифу та зазначається в Частині 1 Договору, окремо по страхуванню медичних та інших витрат і окремо по страхуванню від нещасного випадку.

6.7. Загальний страховий платіж за Договором розраховується як сума страхових платежів по страхуванню медичних та інших витрат і страхуванню від нещасного випадку та зазначається в Частині 1 Договору.

6.8. Строк сплати страхового платежу зазначається в Частині 1 Договору.

6.9. Страховий платіж може бути сплачений шляхом безготівкового перерахування на поточний рахунок Страховика.

7. Строк та Місце дії Договору.

7.1. Строк дії Договору, а також місце його дії (територія страхування) визначаються за згодою Сторін та зазначаються у Частині 1 Договору.

7.2. Місцем дії (територію страхування), зазначеним у Частині 1 Договору, може бути:

7.2.1. «Е» – територія країн СНД, Європи, а також Грузія, Туреччина, Єгипет, Туніс;

7.2.2. «М» – весь світ, окрім США, Канади, Австралії, Японії, Ізраїлю, Нової Зеландії, Індонезії, Малайзії, ОАЕ;

7.2.3. «World» - весь світ, в тому числі США, Канада, Австралія, Японія, Ізраїль, Нова Зеландія, Індонезія, Малайзія, ОАЕ.

7.3. Договір страхування не діє:

7.3.1. в країні постійного проживання Застрахованої особи та/або громадянином якої вона є;

7.3.2. в країнах, на території яких ведуться військові дії;

7.3.3. в країнах, щодо яких застосовані військові та/або економічні санкції Організації Об'єднаних Націй (ООН);

7.3.4. на територіях країн, у яких виявлені та визнані осередки епідемій/пандемій та епізоотій за визначенням ВООЗ.

7.4. Договір страхування може бути укладений щодо здійснення однієї подорожі протягом строку дії Договору, про що зазначається у Частині 1 Договору наступним чином: маркування Програми страхування «SINGLE».

7.5. Цей Договір набирає чинності з моменту проходження Застрахованою особою митного кордону або паспортного контролю під час виїзду з країни постійного проживання, але не раніше 00-00 годин дати, зазначеної як дата початку строку дії Договору, яка зазначена у Частині 1 Договору за умови сплати Страхувальником страхового платежу у повному розмірі на поточний рахунок Страховика.

7.6. Дія Договору припиняється та втрачає чинність з 24 години 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Частині 1 Договору, як дата припинення строку його дії, але не пізніше моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час в'їзду до країни постійного проживання.

8. Зміна ступеню страхового ризику.

8.1. Згідно з цим Договором зміною ступеню страхового ризику вважаються:

8.1.1. Будь-яка зміна інформації та/або обставин, що зазначені Страхувальником у Частині 1 Договору;

8.1.2. Зміна виду діяльності під час подорожі або зміна мети подорожі;

8.1.3. Інші фактори, що можуть вплинути на зміну ступеню страхового ризику.

8.2. Факт настання події, внаслідок якої виникають медичні та додаткові витрати, відшкодування яких передбачене Договором та/або Програмою страхування, також є подією, що змінює ступінь страхового ризику.

8.2.1. Під час строку дії Договору Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний не пізніше ніж протягом 48 (сорока восьми) годин з моменту настання зміни ступеню страхового ризику, письмово повідомити про це Страховика або Асистанс;

8.2.2. Після отримання від Страхувальника (Застрахованої особи) заяви про зміну ступеню страхового ризику Страховик протягом 2 (двох) робочих днів, оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до умов Договору, про дострокове припинення його дії або про продовження його дії на попередніх умовах;

8.2.3. У разі збільшення ступеня страхового ризику та прийняття Страховиком рішення про необхідність внесення змін до Договору вносяться зміни шляхом укладення додаткового договору (угоди) протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття такого рішення. У цьому випадку Страховик має право на отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу.

Якщо у разі збільшення ступеня страхового ризику Страхувальник відмовився від підписання додаткового договору (угоди) або не сплатив (чи сплатив у неповному обсязі) додатковий страховий платіж протягом строку, встановленого в додатковому договорі (угоді) до цього Договору, він достроково припиняє свою дію на підставі невиконання Страхувальником умов Договору;

8.2.4. У разі прийняття Страховиком рішення про необхідність припинення дії Договору Страховик повідомляє Страхувальника про таке рішення в письмовій формі. При цьому, Договір припиняє свою дію і Страховик повертає частину страхового платежу, що залишилася до закінчення строку дії Договору (закінчення терміну дії страхового захисту) згідно з умовами Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття рішення про припинення дії Договору;

8.3. Незалежно від того, чи відбулась зміна ступеня страхового ризику, Страховик має право протягом строку дії Договору перевіряти надані йому Страхувальником (Застрахованою особою) відомості.

8.4. Якщо ступінь страхового ризику збільшиться та Страхувальник (Застрахована особа) не сповістить про це Страховика у строк, передбачений Договором, то при настанні страхового випадку внаслідок обставин, що вплинули на збільшення ступеню страхового ризику, Страховик має право відмовити у страховій виплаті по цьому випадку.

9. Права та обов'язки сторін.

9.1. Страхувальник має право:

9.1.1. ознайомитися з умовами цього Договору та Правилами, одержати роз'яснення про умови страхування за Договором та порядок здійснення страхової виплати;

9.1.2. звертатися до Страховика для отримання інструкцій щодо порядку отримання послуг Асистансу та/або подальших дій при настанні події, внаслідок якої у Страхувальника (Застрахованої особи) виникає потреба в отриманні медичних послуг та/або додаткових послуг, надання яких передбачене Договором та Програмою страхування;

9.1.3. отримати послуги Асистансу щодо організації надання медичних та інших послуг в обсязі, передбаченому Договором та Програмою страхування;

9.1.4. на отримання страхової виплати при самостійній оплаті медичних та інших витрат, виключно за попереднім погодженням зі Страховиком та/або Асистансом, та за умови надання Страховикові всіх необхідних документів для визначення причин страхового випадку, розміру завданих збитків та інших документів, передбачених Розділом 11 Частини 2 Договору;

9.1.5. ініціювати дострокове припинення Договору у порядку, визначеному Договором;

9.1.6. ініціювати внесення змін в умови Договору у порядку, визначеному Договором;

9.1.7. на відмову від Договору у відповідності до умов останнього;

9.1.8. отримати дублікат Договору у разі його втрати, при цьому загублений оригінал втрачає чинність з моменту видачі дублікату;

9.1.9. оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати у судовому порядку.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. своєчасно вносити страхові платежі у розмірі та в строки, встановлені у Частині 1 Договору;

9.2.2. ознайомити кожну Застраховану особу з умовами Договору та Програмою страхування;

9.2.3. повідомити Страховика (Асистанс) про настання страхового випадку в строк, передбачений пунктом 10.1.1 Частини 2 Договору;

9.2.4. виконувати умови Договору, в т.ч. своєчасно узгоджувати із представником Страховика (Асистансу) всі дії, пов'язанні з отриманням медичних та інших послуг, передбачених Договором та/або Програмою страхування та виконувати рекомендації та розпорядження Страховика (Асистансу).

9.2.5. на вимогу Страховика під час укладання Договору надати результати медичного обстеження особи, що підлягає страхуванню;

9.2.6. для отримання страхової виплати надати Страховику всі документи, що підтверджують факт, причини, обставини настання страхового випадку та розмір збитку, відповідно до Розділу 11 Частини 2 Договору;

9.2.7. на вимогу Страховика надати нотаріально засвідчений або засвідчений бюро перекладів, що має офіційне право на надання послуг з перекладу, переклад на українську мову документів, які необхідні для прийняття Страховиком рішення щодо страхового випадку;

9.2.8. не перешкоджати Страховику або його представникам самостійно з'ясовувати причини, факт та обставини настання страхового випадку та розмір збитку;

9.2.9. забезпечити збереження усіх документів, які мають відношення до конкретного страхового випадку або можуть допомогти у встановленні обставин цього випадку та визначення розмір збитку;

9.2.10. повернути Страховику сплачену страхову виплату або її частину протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика, якщо після здійснення страхової виплати за Договором виявиться така обставина, що за цим Договором або згідно чинного законодавства України повністю або частково позбавляє Застраховану особу (Вигодонабувача) права на отримання страхової виплати;

9.2.11. виконувати інші обов'язки, передбачені Правилами, Договором і чинним законодавством України.

9.3. Страховик має право:

9.3.1. перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію;

9.3.2. ініціювати внесення змін до Договору та вимагати сплати додаткового страхового платежу у разі отримання інформації про обставини, що підвищують ступінь страхового ризику або припинити його дію у порядку, визначеному Договором;

9.3.3. на дострокове припинення цього Договору відповідно до його умов;

9.3.4. вимагати від Страхувальника/Застрахованої особи попереднього узгодження витрат з Асистансом за подіями, які мають ознаки страхових випадків;

9.3.5. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Договором, Правилами, чинним законодавством, про що письмово повідомити Страхувальника/Застраховану особу з обґрунтуванням причин відмови;

9.3.6. вимагати медичного обстеження Застрахованої особи у разі виникнення сумнівів у достовірності інформації стосовно обставин страхового випадку та/або проведення додаткового медичного або клінічного обстеження Застрахованої особи у визначених Страховиком медичних закладах;

9.3.7. у разі необхідності робити запити про відомості, пов'язані з страховим випадком до компетентних органів, які можуть володіти інформацією про причини та обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку;

9.3.8. вимагати повернення страхової виплати, яка вже виплачена Страхувальнику/Застрахованій особі/Вигодонабувачу у випадку, якщо виявляться такі обставини, які відповідно до цього Договору, Правил та/або згідно чинного законодавства України дають Страховику право на відмову у страховій виплаті.

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. ознайомити Страхувальника з Правилами, умовами Договору та Програмою страхування;

9.4.2. виконувати умови цього Договору;

9.4.3. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

9.4.4. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені у розмірі 0,1% облікової ставки НБУ за кожний день такої прострочки;

- 9.4.5. за заявою Страхувальника (Застрахованої особи) у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, внести зміни до умов цього Договору;
- 9.4.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) та його (її) майнове становище, крім випадків, встановлених законом;
- 9.4.7. забезпечити конфіденційність інформації медичного характеру про Застраховану особу, крім випадків, коли розголошення такої інформації зумовлене необхідністю надання медичної допомоги або у інших випадках, передбачених законодавством України;
- 9.4.8. надавати роз'яснення з усіх питань, що виникають у Страхувальника/Застрахованої особи за цим Договором;
- 9.4.9. у випадку звернення Страхувальника з приводу втрати примірника Договору протягом строку його дії, оформити та видати дублікат втраченого примірника Договору.
- 9.5. Застрахована особа має право:
- 9.5.1. користуватися правами Страхувальника, передбаченими цим Договором. Якщо Застрахована особа є недієздатною або обмежено дієздатною, її права здійснюють її законні представники;
- 9.5.2. у разі необхідності та, за умови обов'язкового попереднього погодження з Асистансом та/або Страховиком, особисто сплатити вартість медичних та інших послуг, передбачених Договором та/або Програмою страхування.
- 9.6. Застрахована особа зобов'язана:
- 9.6.1. виконувати умови цього Договору;
- 9.6.2. не передавати цей Договір іншим особам;
- 9.6.3. у разі втрати Договору протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту, коли це стало відомо звернутись до Страховика із заявою про видачу дублікату;
- 9.6.4. при настанні події, що має ознаки страхового випадку повідомити Асистанс за телефоном, зазначеним у Частині 1 Договору або безпосередньо Страховика у строк, зазначений у пункті 10.1.1 Частини 2 цього Договору та узгодити з ними свої дії та витрати;
- 9.6.5. при отриманні медичних та інших послуг виконувати всі інструкції та рекомендації лікуючого лікаря та/або Асистансу та/або безпосередньо Страховика;
- 9.6.6. у разі настання страхового випадку, надати медичним закладам, у яких була надана медична та інша допомога (послуги) письмову згоду на розголошення медичної (лікарської) таємниці Страховику;
- 9.6.7. на вимогу Страховика пройти медичне обстеження для підтвердження або спростування обґрунтованості наданої допомоги у зв'язку зі страховим випадком;
- 9.7. Сторони зобов'язані своєчасно повідомити одна одну про зміну адреси, номерів телефону, банківських реквізитів та інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків згідно цього Договору.

10. Дії Страхувальника (Застрахованої особи) у разі настання страхового випадку.

- 10.1. У разі настання події, що може бути кваліфікована як страховий випадок, в тому числі при виникненні у Застрахованої особи потреби в отриманні медичних послуг та/або інших послуг, забезпечення надання яких передбачене цим Договором та/або Програмою страхування, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:
- 10.1.1. Протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання зазначеної події, повідомити Асистанс або безпосередньо Страховика за телефонами, зазначеними у Частині 1 цього Договору про настання такої події.
- 10.1.1.1. Повідомлення до Асистансу або Страховика має містити:
- а) найменування страхової компанії, з якою укладено цей Договір;
 - б) прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи та найменування Страхувальника;
 - в) номер цього Договору;
 - г) дату початку та дату закінчення строку дії цього Договору;
 - д) кількість днів дії страхового захисту у разі багаторазової подорожі;
 - е) назву Програми страхування;
 - ж) адресу і телефон місця, де перебуває Застрахована особа;
 - з) інформацію про подію, що сталася.
- 10.1.1.2. Якщо зв'язок із Асистансом (Страховиком) є неможливим внаслідок різкого погіршення стану здоров'я, і Застрахованій особі була надана невідкладна медична допомога та/або вона була вимушена самостійно оплатити медичні та/або інші послуги, відшкодування вартості яких передбачене Договором та/або Програмою страхування, вона зобов'язана протягом 24 (двадцяти

чотирьох) годин з моменту стабілізації стану здоров'я повідомити про це Асистанс та/або Страховика за телефонами, вказаними у Частині 1 Договору.

Зазначені дії від імені Страхувальника (Застрахованої особи) може здійснити третя особа, яка діє в інтересах Страхувальника (Застрахованої особи): родич, співробітник, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо.

10.1.2. Узгодити з Асистансом або Страховиком свої подальші дії та перелік документів, необхідних для отримання страхової виплати.

10.1.3. Проходити лікування за призначенням лікаря, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога.

10.1.4. Достовірно інформувати лікаря та персонал медичної установи і Страховика про стан свого здоров'я та наявні ризики його погіршення.

10.1.5. Якщо за висновком лікуючого лікаря, Застрахована особа не може скористатися проїзним документом через стан її здоров'я, вона зобов'язана вжити всіх можливих від неї заходів для повернення коштів від перевізника за невикористаний проїзний документ та передати їх Страховику.

10.1.6. У будь-якому випадку всі здійснені Застрахованою особою витрати на оплату медичної та іншої допомоги повинні бути узгоджені із Асистансом або безпосередньо Страховиком.

10.2. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого із вищезазначених зобов'язань буде розглядатись як невиконання умов Договору та може бути підставою для відмови у здійсненні страхової виплати через невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) його умов.

10.3. Надання Страхувальнику (Застрахованій особі) у зв'язку з настанням події, яка може бути визнана страховим випадком, інструкцій з боку Асистансу або Страховика, а також вжиття останніми заходів із запобігання та зменшення розміру збитку не є підставою для визнання цієї події страховим випадком.

10.4. Для отримання страхової виплати, у випадку самостійної оплати медичних та інших послуг, передбачених Договором та/або Програмою страхування за погодженням Страховика, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен надати Страховику документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків протягом строку, передбаченого Розділом 11 Частини 2 цього Договору.

10.5. При страхуванні від нещасних випадків Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний надати Страховику письмову заяву про настання страхового випадку та страхову виплату за встановленою Страховиком формою протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту настання події, що може бути кваліфікована як страховий випадок, надати всю інформацію, що має відношення до вказаної події, та документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку відповідно до Розділу 11 Частини 2 цього Договору.

11. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків.

11.1. При страхуванні медичних витрат, якщо Страхувальник (Застрахована особа) користувався послугами, організованими за допомогою Асистансу, розрахунки за надані послуги здійснюються без участі Застрахованої особи.

11.2. У випадку, коли за погодженням із Асистансом або безпосередньо Страховиком, Страхувальник (Застрахована особа) самостійно здійснив оплату вартості наданих йому послуг, то для отримання страхової виплати він зобов'язаний у строк, не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з моменту повернення з подорожі (поїздки), надати Страховику наступні документи:

11.2.1. Заяву про настання страхового випадку та здійснення страхової виплати із зазначенням способу отримання страхової виплати;

11.2.2. Цей Договір;

11.2.3. Закордонний паспорт з відмітками про перетин кордону;

11.2.4. Проїзні документи (квитки);

11.2.5. Документи, що посвідчують особу одержувача страхової виплати (паспорт, тощо) та реєстраційний номер облікової картки платника податків;

11.2.6. Свідоцтво про народження, якщо Застрахованою є особа віком до 14 років;

11.2.7. Документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку (здійснених витрат):

11.2.7.1. Документи з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища, ім'я пацієнта (Застрахованої особи), точного діагнозу, дати звернення за

медичною допомогою, тривалості лікування, детальною інформацією про надані послуги, їх переліку та вартості);

11.2.7.2. Медичні висновки лікарів, які надавали медичні послуги, результати лабораторних та інструментальних досліджень;

11.2.7.3. Рецепти, виписані лікуючим лікарем із зазначенням назв медикаментів, лікарських засобів та засобів медичного призначення;

11.2.7.4. Деталізовані рахунки на оплату медичних та інших послуг із зазначенням дати та вартості;

11.2.7.5. Деталізовані рахунки на оплату телефонних розмов із зазначенням номеру телефону, дати, часу та вартості розмови, в тому числі сплачений чек за дзвінок до Асистансу або безпосередньо Страховика з відмітками про дату дзвінка, абонента та тривалості розмови;

11.2.7.6. Платіжні документи, які підтверджують факт оплати за надані послуги (розрахунково-касові документи, квитанції, чеки тощо);

11.2.7.7. Документи встановленої форми (акт, довідка, постанова, тощо) компетентних органів та повноважних органів країни, де стався страховий випадок; матеріали слідчих або судових органів – при необхідності;

11.2.7.8. У разі настання нещасного випадку – документ компетентних органів країни, де стався нещасний випадок, підтверджуючий факт настання нещасного випадку;

11.2.7.9. Офіційний документ (довідку з медичного закладу) з інформацією щодо вмісту алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові Застрахованої особи на момент настання випадку або відразу після нього;

11.2.7.10. У разі надання стоматологічної допомоги – відповідну довідку із зазначенням зубів, що підлягали лікуванню та деталізований опис проведеного лікування;

11.2.7.11. Довідку авіаперевізника, рахунки (квитанції) за оплату багажу, мита, вартості перевезення (квитки за проїзд) до митного кордону країни постійного проживання у разі медичної/посмертної репатріації Застрахованої особи;

11.2.7.12. Довідку про смерть Застрахованої особи з консульської установи країни (місця дії Договору), де настала смерть Застрахованої особи;

11.2.7.13. Рахунки за послуги, передбачені п. 4.1.1.2.2.1.4. Частина 2 цього Договору та висновки і довідки установ, які надавали ці послуги;

11.3. При включенні в Договір страхування від нещасного випадку Страхувальник/ Застрахована особа або Вигодонабувач додатково зобов'язані надати Страховику наступні документи:

11.3.1. Документи, що згідно чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати Застраховану особу та/або Вигодонабувача та/або іншу особу, яка має право на отримання страхової виплати. Якщо Застрахована особа є дитиною, то особи, які мають право на отримання страхової виплати від її імені (батьки (усиновлювачі), опікуни (піклувальники) тощо), повинні надати відповідні підтверджуючі документи;

11.3.2. Акт про нещасний випадок встановленої, відповідно до характеру події, форми або інший документ від компетентних органів, який підтверджує факт настання нещасного випадку, що призвів до виникнення страхового випадку, якщо такий акт або інший документ був складений або повинен бути складений компетентним органом виходячи із характеру та місця події та (або) вимог чинного законодавства;

11.3.3. Листок непрацездатності та (або) виписку з медичної карти амбулаторного та/або стаціонарного хворого, підписану відповідальною особою медичного закладу та завірену печаткою цього закладу, в якій повинні бути зазначені: місце та час настання нещасного випадку; дата та час звернення до медичного закладу; діагноз та характер травматичного ушкодження (травми, тілесного ушкодження) і (або) функціонального розладу здоров'я; період перебування на амбулаторному та (або) стаціонарному лікуванні.

11.3.4. У разі встановлення Застрахованій особі інвалідності (в тому числі змінення групи інвалідності на вищу) внаслідок нещасного випадку:

11.3.4.1. Висновок медико-соціальної експертної комісії про встановлення первинної інвалідності (в тому числі змінення групи інвалідності на вищу);

11.3.4.2. Висновок лікарсько-консультативної комісії про встановлення інвалідності, якщо Застрахована особа є дитиною.

11.3.5. У разі смерті (загибелі) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку:

11.3.5.1. Оригінал або нотаріальну копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи або лікарське свідоцтво про смерть (довідку про смерть) або рішення суду про оголошення Застрахованої особи померлою;

11.3.5.2. Витяг з протоколу про патологоанатомічний розтин та/або висновок експерта щодо проведення судово-медичної експертизи, якщо зазначені дії здійснювалися;

11.3.5.3. Свідоцтво про право на спадщину або документ, який засвідчує право на спадщину особи, яка звернулася за страховою виплатою;

11.4. Інші документи, за обґрунтованою письмовою вимогою Страховика, що мають відношення до з'ясування причин, обставин настання страхового випадку та розміру збитків.

11.5. Документи, зазначені у Розділі 11 Частини 2 цього Договору, надаються Страховику у формі:

11.5.1. оригінальних примірників;

11.5.2. нотаріально завірених копій;

11.5.3. засвідчених бюро перекладів, що офіційно мають право надавати послуги з перекладу;

11.5.4. простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення цих документів з оригінальними примірниками.

11.6. Документи, зазначені у Розділі 11 Частини 2 цього Договору, мають бути оформлені відповідно до існуючих норм (із зазначенням номеру, дати, засвідчені підписами уповноважених осіб та печатками або штампами, без виправлень) та містити інші реквізити, обов'язкові для такого виду документів.

12. Порядок і умови здійснення страхових виплат.

12.1. Страхова виплата при страхуванні медичних витрат визначається виходячи з вартості фактично наданих Застрахованій особі медичних та/або інших послуг в межах встановлених цим Договором та/або Програмою страхування лімітів відповідальності (лімітів зобов'язань Страховика) з урахуванням франшизи та інших умов цього Договору .

12.2. У разі настання страхового випадку при страхуванні медичних витрат, Страховик перераховує страхову виплату:

12.2.1. на банківський рахунок Асистансу, за допомогою якого Страхувальникові (Застрахованій особі) була надана медико-санітарна допомога (медична допомога, медичні послуги) та інша допомога (послуги), у разі, якщо медичні та (або) інші послуги надавались Застрахованій особі за допомогою Асистансу, або

12.2.2. на банківський рахунок медичного або іншого закладу, яким була надана Застрахованій особі медико-санітарна допомога (медична допомога, медичні послуги) та інша допомога (послуги), або

12.2.3. Страхувальникові (Застрахованій особі) у разі самостійної оплати вартості зазначеної медико-санітарної допомоги (медичної допомоги, медичних послуг) та іншої допомоги (послуг) за умови попереднього узгодження цих витрат зі Страховиком та/або Асистансом.

12.3. Розрахунки між Страховиком та Асистансом або медичним закладом за надану медичну та іншу допомогу (послуги) здійснюються без участі Страхувальника (Застрахованої особи) на підставі договорів, укладених між Страховиком та Асистансом та/або медичним закладом.

12.4. Якщо зазначена в Договорі та/або Програмі страхування медична та інша допомога (послуги) була отримана та/або оплачена Застрахованою особою самостійно (без участі Асистансу), Страховик відшкодовує вартість наданої медичної та іншої допомоги (послуг) Застрахованій особі за умови виконання нею пунктів 10.1.1 та 10.1.2 Частини 2 цього Договору.

12.5. Страхова виплата у разі страхування медичних витрат здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної та/або іншої допомоги та інших документів, передбачених пунктом 11.2.7 Частини 2 цього Договору.

12.6. Страхова виплата Страхувальникові (Застрахованій особі) здійснюється за офіційним обмінним курсом НБУ, встановленим на дату настання страхового випадку.

12.7. Якщо за окремим видом витрат, відшкодування яких передбачено Договором та/або Програмою страхування, страхові випадки (витрати) виникали неодноразово, то загальна страхова виплата за таким видом витрат не може перевищувати відповідний ліміт відповідальності Страховика, встановлений Договором та/або Програмою страхування.

12.8. Загальна сума страхових виплат по страхуванню медичних витрат для однієї Застрахованої особи не може перевищувати загальну страхову суму (загальний ліміт відповідальності Страховика) та/або окремі ліміти відповідальності Страховика, встановлені Договором та/або Програмою страхування на одну Застраховану особу по страхуванню медичних витрат.

12.9. У випадку, коли сума можливих витрат по страховому випадку може перевищити страхову суму (ліміт відповідальності Страховика), Страховик в першу чергу сплачує витрати на невідкладні медичні заходи, спрямовані на усунення загрози життю та стабілізацію медичного стану Застрахованої особи.

12.10. Якщо на дату закінчення строку дії Договору, Страхувальник (Застрахована особа) ще перебуває в країні тимчасового перебування і його стан вимагає невідкладної медичної допомоги, але за медичним висновком особа не підлягає репатріації в країну постійного проживання, то Страховик відшкодовує витрати на подальше невідкладне лікування Страхувальника (Застрахованої особи) в країні тимчасового перебування терміном не більше 10 (десяти) діб, за умови що такі витрати не перевищують страхову суму по медичним витратам.

12.11. При страхуванні від нещасних випадків страхові виплати здійснюються у таких розмірах:

12.11.1. У разі встановлення інвалідності Застрахованій особі внаслідок настання нещасного випадку розмір страхової виплати залежить від встановленої групи інвалідності:

- для I групи інвалідності – 100 % страхової суми, встановленої для однієї Застрахованої особи;
- для II групи інвалідності – 80 % від страхової суми, встановленої для однієї Застрахованої особи;
- для III групи інвалідності – 60 % від страхової суми, встановленої для однієї Застрахованої особи;

12.11.2. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок настання нещасного випадку виплачується 100 % страхової суми, встановленої для однієї Застрахованої особи.

12.11.3. Страхова виплата здійснюється Страхувальнику та (або) Застрахованій особі та/або Вигодонабувачу відповідно до умов Договору. Якщо Застрахована особа є дитиною, то страхову виплату при настанні страхового випадку отримують особи, які мають право на отримання страхової виплати від її імені згідно чинного законодавства (батьки (усиновлювачі), опікуни (піклувальники) тощо).

12.11.4. Після здійснення страхової виплати страхова сума зменшується на розмір здійсненої страхової виплати.

12.11.5. Загальна сума страхових виплат по нещасному випадку не може перевищувати страхової суми, встановленої в Договорі за цим видом страхування.

12.11.6. Страхові виплати по нещасному випадку здійснюються незалежно від суми, яку має отримати Застрахована особа або Вигодонабувач за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена як відшкодування збитків.

13. Строк прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхових виплат.

13.1. Крім випадків здійснення страхової виплати шляхом перерахування Страховиком грошових коштів на банківський рахунок Асистансу, медичного або іншого закладу, який за згодою Страховика надав послуги (відповідно до пунктів 12.2.1 або 12.2.2 Частини 2 Договору), рішення про виплату або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, з дати отримання усіх необхідних документів, передбачених Розділом 11 Частини 2 цього Договору, залежно від особливостей страхового випадку, який настав.

13.2. Рішення про здійснення страхової виплати оформлюється страховим актом.

13.3. Страхову виплату Страховик здійснює протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня складення страхового акту.

13.4. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик письмово повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу/Вигодонабувача) з обґрунтуванням причин відмови протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

13.5. Днем здійснення страхової виплати вважається день списання коштів з поточного рахунку Страховика або виплати їх готівкою через касу Страховика.

13.6. Договір, по якому була здійснена страхова виплата, продовжує свою дію до закінчення його строку, при цьому, обсяг зобов'язань Страховика, який на момент укладення Договору дорівнює страховій сумі (ліміту відповідальності Страховика) зменшується на розмір страхової виплати.

14. Причини відмови у страховій виплаті.

14.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

14.1.1. 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 або особи, на користь якої укладено Договір, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

14.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

- 14.1.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;
- 14.1.4. несвоєчасне повідомлення Асистансу (Страховику) про настання страхового випадку без поважних на це причин та/або створення Страховику перешкод у визначені обставин, характеру та розміру збитків;
- 14.1.5. відсутність належних підтверджуючих документів, що підтверджують факт, причини і обставини настання страхового випадку, на які посилається Страхувальник (Застрахована особа), а також у разі, коли одержати такі документи стало неможливим внаслідок несвоєчасного повідомлення Страховика про настання страхового випадку;
- 14.1.6. невиконання або неналежне виконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-яких обов'язків, передбачених цим Договором;
- 14.1.7. неповідомлення та/або несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про зміну страхового ризику;
- 14.1.8. невиконання Страхувальником (Застрахованою) особою інструкцій та рекомендацій Асистансу та/або Страховика;
- 14.1.9. неузгодження дій Застрахованої особи при настанні події, що може бути кваліфікована як страховий випадок з Асистансом та/або безпосередньо Страховиком;
- 14.1.10. настання події, що може бути кваліфікована як страховий випадок поза місцем дії Договору (територією страхування) та строком його дії;
- 14.1.11. настання випадків, що є виключеннями із страхових випадків або обмеженнями страхування, визначених в Розділі 5 Частини 2 Договору;
- 14.1.12. інші випадки, передбачені Правилами та законом.
- 14.2. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати в частині витрат, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку, але не підтверджені відповідними документами.
- 14.3. Відмова Страховика у здійсненні страхової виплати може бути оскаржена Страхувальником/Застрахованою особою в судовому порядку.
- 14.4. Страховик може відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати якщо:
 - 14.4.1. не повністю з'ясовані обставини страхового випадку та/або розмір витрат та/або обставини, які підтверджують право Застрахованої особи (Вигодонабувача) на одержання страхової виплати - до остаточного з'ясування таких обставин, але не більше, ніж на 6 (шість) місяців;
 - 14.4.2. Страхувальнику/Застрахованій особі або уповноваженим ним особам відповідними органами внутрішніх справ повідомлено про підозру у вчиненні кримінального правопорушення (відкрито кримінальне провадження) або порушена судова справа та ведеться розслідування обставин, що має безпосереднє відношення до страхового випадку та призвело до виникнення збитків – до закриття/зупинення досудового розслідування або прийняття судового рішення, але не більше, ніж на 9 (дев'ять) місяців.

15. Порядок зміни і припинення дії Договору.

- 15.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
 - 15.1.1. закінчення строку дії Договору;
 - 15.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;
 - 15.1.3. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;
 - 15.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 15.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
 - 15.1.6. в інших випадках, передбачених законом.
- 15.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.
- 15.3. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.
- 15.4. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, які за цим Договором встановлюються в розмірі 40% та фактичних страхових виплат (відшкодування), що були здійснені за цим Договором.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

15.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то 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 (відшкодування), що були здійснені за цим Договором.

15.6. Страхувальник має право відмовитися від Договору протягом 7 (семи) календарних днів з дати укладення такого Договору, але не пізніше дати, встановленої як дата початку дії Договору, про що повідомляє Страховика шляхом подання письмової заяви за формою, встановленою Страховиком. Страховик наступного робочого дня після отримання вказаної заяви від Страхувальника, повідомляє Асистанс, про надходження зазначеної заяви. Якщо Страхувальник сплатив страховий платіж за Договором до надання заяви про відмову від Договору, Страховик протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання зазначеної заяви, повертає Страхувальнику в повному обсязі суму сплаченого останнім страхового платежу.

15.7. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення Договору.

15.8. Остаточний розрахунок між Сторонами, у разі дострокового припинення дії Договору здійснюється після врегулювання всіх заявлених страхових випадків (здійснення страхових виплат або прийняття рішень про відмову у виплаті).

15.9. Зміни та доповнення до умов Договору вносяться за взаємною згодою Сторін на підставі письмової заяви однієї зі Сторін шляхом укладення в письмовій формі додаткового договору (угоди) протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною, який(а) з моменту підписання стає його невід'ємною частиною.

15.10. Якщо будь-яка зі Сторін не згодна на внесення змін до умов Договору, в той же строк вирішується питання про дію Договору страхування на чинних умовах або про припинення строку його дії.

16. Порядок вирішення спорів.

16.1. Всі спори, щодо виконання умов Договору вирішуються шляхом переговорів та, при необхідності, із залученням незалежних експертів (фахівців).

16.2. При неможливості вирішення спорів шляхом переговорів, вони вирішуються в судовому порядку відповідно до законодавства України.

16.3. Сторона, винна в невиконанні або неналежному виконанні умов Договору, несе відповідальність згідно з умовами Договору та чинним законодавством України.

17. Особливі умови.

17.1. Договір укладено в електронній формі, яка відповідно до статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» прирівнюється до письмової форми.

17.2. У випадку виникнення розбіжностей між Договором та Правилами, Договір має пріоритет перед Правилами.

17.3. Акцептуванням оферти Страхувальник надає свою згоду на те, що Страховик з метою провадження своєї страхової діяльності (в тому числі і з метою належного виконання взятих на себе зобов'язань за Договором), а також з метою забезпечення реалізації відносин у сфері економічних, фінансових послуг, оподаткування, страхування, перестраховування та відносин у сфері бухгалтерського обліку має право здійснювати обробку (включаючи збирання, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання і поширення (розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення персональних даних, будь-які інші дії (операції) з персональними даними) персональних даних Страхувальника та Застрахованих осіб в розумінні Закону України «Про захист персональних даних». Дана згода також поширюється і на обробку персональних даних Страхувальника та Застрахованих осіб будь-якими третіми особами (асистуючими компаніями, перестраховиками тощо), без будь-яких додаткових повідомлень, яким Страховик надав таке право згідно вимог чинного законодавства України. Примітка: під персональними даними в контексті Договору страхування розуміються всі відомості, які Страхувальник надав Страховику при укладенні Договору стосовно себе, в тому числі відомості, які було надано Страхувальником щодо Застрахованих осіб.

17.4. Акцептуванням оферти Страхувальник підтверджує те, що він повідомлений Страховиком про свої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних» (без додаткового письмового повідомлення), мету обробки персональних даних (згідно вказаної вище мети), та осіб, яким передаються його персональні дані та персональні дані Застрахованих осіб для виконання зазначеної мети та надає свою згоду на те, що на його адресу Страховик має право надсилати будь-які відомості інформативного характеру (інформацію). Дана інформація може також надсилатись Страховиком Страхувальнику у вигляді електронних повідомлень на адресу його електронної пошти, за допомогою телефонного зв'язку, рухомого (мобільного) зв'язку (в тому числі шляхом надсилання текстових повідомлень). Страхувальник шляхом акцептування оферти підтверджує, що з дати укладання Договору страхування його персональні дані та персональні дані Застрахованих осіб включені до бази персональних даних Страховика та не заперечує проти цього.

17.5. Акцептуванням оферти Страхувальник підтверджує те, що Страховиком йому до укладення Договору було надано інформацію в електронній формі (а саме, шляхом розміщення на веб-сайті Страховика за адресою <https://tig.com.ua/about/information>, передбачену в частині другій ст.12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», право на інформацію Страхувальнику роз'яснено, суть та обсяг фінансової послуги зрозуміло.

17.6. Сторони звільняються від відповідальності за часткове або повне невиконання зобов'язань за Договором страхування, якщо таке невиконання сталося внаслідок надзвичайних та непереборних обставин, які не залежать від волі Сторін, що виникли після укладання Договору страхування та які неможливо було передбачити в момент його укладання, а саме: епідемії, війни, військових дій та бойових дій, збройного конфлікту, терористичних актів, здійснення терористичної діяльності, проведення антитерористичних операцій, громадянської війни, народних (громадських) хвилювань, масових заворушень, страйків, несанкціонованих зборів, встановлення військових режимів або режимів надзвичайного стану, прийняття нормативних актів, дія чи бездіяльність органів державної влади та місцевого самоврядування, які можуть істотно вплинути чи прямо перешкодити виконанню прийнятих на себе сторонами зобов'язань, а також будь-які інші обставини поза розумного контролю Сторін.

17.7. Не обумовлені Договором страхування умови регламентуються Правилами та чинним законодавством України.

17.8. Страхувальник підтверджує, що він та Застраховані особи не належать до публічних діячів, їх близьких або пов'язаних осіб у значенні відповідно до Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», та у разі, якщо належатиме він або Застраховані особи до таких осіб, зобов'язаний впродовж одного робочого дня повідомити про це Страховика.

17.9. Дана Оферта для укладення Договору страхування діє до моменту відкриття її Страховиком. Всі зміни до даної Оферти здійснюються шляхом публікації її нової редакції та/або внесення змін до її тексту, розміщеному на веб-сайті Страховика <https://tig.com.ua>.

Договори страхування, які були укладені на підставі Оферти до набрання чинності внесених змін, залишаються без змін та діють на умовах, які були діючими на момент укладення Договору страхування. При внесенні змін до цієї Оферти Страховик розміщує повідомлення про такі зміни на своєму сайті <https://tig.com.ua> не менше, ніж за 10 (десять) календарних днів до вступу змін в силу. При цьому, Страховик гарантує та підтверджує, що розміщена на його сайті <https://tig.com.ua> поточна редакція тексту Оферти є дійсною.

17.10. 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, використання аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки Страховика, які відтворені засобами копіювання та зразки яких визнаються Сторонами як оригінальний підпис уповноваженої особи, скріплений печаткою та наведені в цьому пункті, а саме:



Генеральний директор ПрАТ СК «ТЕКОМ» Стась Е.П.

(Задобавляється власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки Страховика)

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

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

17.12. Ця пропозиція про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки акцептована Страхувальником шляхом підписання (акцептування) ним Договору страхування є угодою про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки в Договорі.

Додатки:

Додаток №1 – Електронний договір добровільного страхування медичних витрат під час подорожі (Частина 1).

СТРАХОВИК

**ПрАТ СК «ТЕКОМ»
Генеральний директор**



Стась Е.П

підпис уповноваженої особи Страховика та відбиток печатки Страховика

до Публічного договору (оферти) ПрАТ СК «ТЕКОМ» щодо укладання
Договору добровільного страхування медичних витрат під час подорожі від 20
грудня 2021 року№ 000123
Частина 1
Part 1ДОГОВІР ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ ПІД ЧАС ПОДОРОЖІ
VOLUNTARY INSURANCE CONTRACT FOR MEDICAL EXPENSES DURING THE TRAVEL

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|--|
| Страховик Insurer | | ПрАТ СК «ТЕКОМ», вул. Михайлівська, 44, м. Одеса, Україна, 65005 INSURANCE COMPANY «TEKOM», Mykhailivska str., 44, Odessa, Ukraine, 65005 | | | Місце дії Договору Insured Territory | | Дата договору Date of contract | | |
| Страховальник Insured | | РНОКПП/ID: Адреса/Address: | | Дата нар./DOB: | | Паспорт/Passport: | | | |
| Страхова сума на кожну Застраховану особу Insurance Sum per Person | | Медичні та інші витрати (МВ) Medical and other expenses (ME) 30 000,00 EUR | | Страховий тариф Insurance rate | | Франшиза Deductible | | Строк дії Validity з / from | |
| | | Нещасний випадок (НВ) Accident Insurance (AI) 5 000,00 UAH | | | | | | по / till | |
| Кількість Застрахованих осіб Number of Insured Persons | | Група ризику Risk group | | Т/А | | Програма страхування Insurance Program | | | |
| Застраховані особи Insured Persons | | РНОКПП ID code | | Паспорт Passport | | Дата народження Date of birth | | Страховий платіж, грн. Insurance payment, UAH МВ / ME | |
| | | | | | | Загальний страховий платіж Total insurance payment | | Кількість днів Number of days | |
| | | | | | | | | Сплатити до: Pay to: | |
| Особливі умови Special conditions | | | | | Вигодонабувач Beneficiary | | | | |
| | | | | | мед.заклад/застрахована особа/спадкоємці | | | | |

Цей Договір складається з Частини 1, Частини 2, Додатків, Додаткових угод, укладених протягом періоду дії, які не діють один без одного і є невід'ємними частинами один одного
This Contract consists of Part 1, Part 2, Annexes, Additional agreements concluded during the Validity period, that do not operate without each other and are integral parts of each other

З Правилами та Договором ознайомлений і згоден, екземпляр Договору отримав
Insurance conditions acknowledged and agreed, received a copy of the Contract

Підпис Страховальника / Insured's signature

М.П. / Seal

Підписом підтверджено здійснення заходів згідно ст. 11 ЗУ «Про заробігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення»

Підпис Страховика / Insurer's signature

М.П. / Seal

Страховий захист надається згідно "Рішення Ради ЄС 2004/17/EG відносно медичного страхування подорожуючих осіб"
Insurance coverage is provided according to "Decision of the Council of the EU 2004/17/EG regarding health insurance of travelers"

Програма BASIC передбачає організацію та фінансування наступних послуг:

| Страховання медичних витрат | Ліміт відповідальності Страховика у % від Страхової суми |
|--|--|
| Швидка медична допомога | 100% |
| Екстрена амбулаторно-поліклінічна допомога | 100% |
| Екстрена стаціонарна допомога | 100% |
| Екстрена (невідкладна) стоматологічна допомога | 150 € |
| Екстрена (невідкладна) гінекологічна та акушерська допомога до 28 тижня вагітності | 100% |
| Оплата медикаментів, лікарських засобів та засобів медичного призначення | 100% |
| Витрати на транспортування Застрахованої особи | 100% |
| Витрати на медичну евакуацію Застрахованої особи | 100% |
| Витрати на медичну репатріацію | 100% |
| Витрати на посмертну репатріацію тіла (останків) Застрахованої особи | 100% (витрати на труну: 500 €) |
| Витрати на послуги зв'язку у разі настання страхового випадку | 20 € |
| Витрати на медичну допомогу у зв'язку із захворюванням на COVID-19 | up to 3000 € |

Страховання від нещасного випадку:

| Страховий випадок | Ліміт відповідальності Страховика у % від обраної Страхової суми |
|--|--|
| Смерть (загибель) Застрахованої особи | 100% |
| Встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи | 80% |
| Встановлення Застрахованій особі інвалідності II групи | 60% |
| Встановлення Застрахованій особі інвалідності III групи | 40% |
| Встановлення Застрахованій особі категорії «дитина з інвалідністю» | 40% |

Переглянути оферту:



При настанні страхового випадку, передбаченого умовами цього Договору страхування, Вам необхідно негайно звернутися до Сервісної компанії, що працює цілодобово за телефонами:

+38 (044) 599 54 04, +38 (044) 594 27 94, +38 (067) 443 74 30 (Viber)