

«Затверджено»
Рішення Правління №2411
від 10 червня 2024

**Загальні умови
страхового продукту
«Страхування витрат пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у
скрутне становище під час здійснення подорожі за кордон України»**

№ з/п	Вид інформації	Інформація Страховика
1. Інформація про страховика		
1.	Найменування Страховика, код за ЄДРПОУ	Приватне акціонерне товариство «Європейське туристичне страхування», ЄДРПОУ 34692526
2.	Номер і дата видачі ліцензії на здійснення діяльності із страхування	Витяг з Державного реєстру фізичних осіб №27-0024/43839 від 06.06.2024
3.	Місцезнаходження Страховика	04071, м. Київ, вул. Спаська, 5, оф.15 (вхід зі сторони вулиці Хорива (навпроти будинку 21 по вул. Хорива))
4.	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://eurotravelins.com.ua/
2. Умови страхового продукту		
5.	Клас страхування	Клас страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі»
6.	Визначення понять термінів, умовних позначень, що вживаються в договорі страхування	Активний туризм (А) — активний відпочинок, пов'язаний із ризиком та істотними фізичними навантаженнями, вимагає сміливості і навиків та/або використання механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, велосипедах, моторолерах, мотоциклах, мопедах, квадроциклах і подібних засобах пересування; сплави на човнах або плотах по річках та інших водоймах та іншими аналогічними видами відпочинку. Також до спорту та екстриму відноситься участь у заходах із високим ступенем ризику, що вимагають від учасників спеціальних навиків та підготовки, а саме участь у спортивних тренуваннях і змаганнях на аматорському або професійному рівні, а також заняття такими видами спорту та туризму: гірськолижний, сноубординг, походи у гори на висоту до 3500 метрів, спелеотуризм, дайвінг, полювання, риболовля у

Голова Правління
Бойчин Мирослав Михайлович

твoЧлена Правління–Комерційного
директора
Вишталюк Олександр Іванович

Члена Правління –Фінансовий директор
Циголко Олександр Віталійович

ЄДРПОУ 34692526

Витяг з Державного реєстру фізичних осіб №27-0024/43839 від 06.06.2024

Член ITIA
International Travel Insurance Alliance

Член EUROINS Group

Член НАСУ
Національна Асоціація Страховиків
України

		важкодоступних та віддалених місцевостях, стрибки із парашутом, польоти з використанням безмоторних засобів, польоти в якості пілота, участь у перегонах на транспортних засобах або тваринах. Страхування ризиків, пов'язаних із альпінізмом та походами у гори на висоту понад 3500 метрів може здійснюватися лише за окремим рішенням Страховика на підставі письмової заяви Страхувальника. Асистуюча компанія (Асистанс) Страховика – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) Страхувальникам (Застрахованим особам) або іншим особам, визначеним договором страхування, на умовах, передбачених таким договором страхування. Допомога, що надається Асистансом включає координацію дій Застрахованої особи в разі настання випадку, який має ознаки страхового; координацію дій осіб, які надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку; організацію та контроль за наданням допомоги/ послуг, а також виконання Асистуючою компанією інших дій, спрямованих на врегулювання події, що має ознаки страхового випадку, включаючи оплату Асистуючою компанією вартості допомоги /послуг наданих Застрахованим особам. Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства. Застрахована особа - фізична особа, визначена Страхувальником у договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за договором страхування. Застрахована подорож (поїздка) – в розумінні договору страхування вважаються ділові, туристичні, приватні та інші види поїздок територією України або за кордон України, які організовані і здійснюються громадянами самостійно або за допомогою (через) відповідних суб'єктів туристичної діяльності (туроператорів, турагентів), приймаючих сторін (роботодавців, учбових закладів), незалежно від форми власності і від організаційно - правової форми останніх. Договір страхування може укладатися для здійснення однієї (one) або декількох (multi) подорожей, інформація про що відображається в індивідуальній частині договору страхування. Звичайний (пасивний) туризм – лікувально-оздоровчий, культурно-пізнавальний (екскурсійний), паломницький (релігійний), пішохідний, пляжний та інші подібні категорії туризму, що орієнтовані на спокійну і не напружену, в сенсі фізичних навантажень, програму туристичної подорожі. Електронний договір комплексного страхування осіб, які здійснюють подорож територією України або за кордон України- це угода між Страхувальником і Страховиком оформлена в електронній формі, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку
--	--	---

		здійснити страхову виплату (або організувати надання допомоги або оплатити послугу тощо) Страхувальнику або іншій особі, на користь якої укладено договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові премії у визначені строки та виконувати інші умови договору. По тексті цих умов в розумінні цього поняття можливе застосування словосполучення «договір страхування». Ідентифікація – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час її звернення до Страховика або його страхового агента з метою укладання договору страхування або отримання страхового відшкодування. Інформаційно-телекомунікаційна система (надалі ІТС)- сукупність інформаційних та електронних комунікаційних систем Страховика або його страхового агента, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовуються Страховиком або його страховим агентом для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції. Ідентифікація потенційного Страхувальника в ІТС - підтвердження повноважень потенційного Страхувальника на доступ в ІТС Страховика або його страхового агента шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля. Логін - унікальне зареєстроване ім'я потенційного Страхувальника в інформаційно-телекомунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої його автентифікації в інформаційно-телекомунікаційних системах Страховика та його страхових агентів. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону цієї особи тощо. Медичні витрати – витрати по лікуванню, що здійснюються за призначенням кваліфікованого лікаря. Медична евакуація- транспортування та медичний супровід Страхувальника (Застрахованої особи), що знаходиться на стаціонарному лікуванні за місцем подорожі до місця постійного проживання. Націнки – додаткові націнки до базового страхового платежу або застосування спеціального тарифу у випадках страхування осіб у віці від 65 до 90 років або у разі подорожі, під час якої буде здійснюватися активний туризм, або у разі подорожі з метою виконання роботи. В разі такого страхування та застосування націнки, в індивідуальній частині договору страхування використовуються наступні умовні позначення категорій Застрахованих осіб: А – активний туризм; J – робота; P1 – для Застрахованих осіб віком від 65 до 70 років, P2 - для Застрахованих осіб віком від 71 до 75 років; P3 - для Застрахованих осіб віком від 76 до 90 років.
--	--	---

		Невідкладна медична допомога- це вид медичної допомоги, котра необхідна при гострих станах, що загрожують життю людини, а також під час загострення хронічного захворювання та інших загрозливих станах, що становлять небезпеку життю та здоров'ю пацієнта. Вказана допомога потребує негайного медичного втручання та проводиться протягом терміну від кількох годин до однієї доби. Невідкладні медичні послуги – невідкладні організаційні, діагностичні та лікувальні заходи, спрямовані на врятування і збереження життя людини, що надаються при раптових гострих, загостренні хронічних захворюваннях та інших загрозливих станах, що становлять небезпеку життю та здоров'ю пацієнта, з метою попередження або мінімізації шкідливих наслідків. Невідкладне оперативне втручання - операції, які потребують негайного хірургічного втручання та проводяться протягом терміну від кількох годин до однієї доби з моменту госпіталізації, і які не можна замінити методами консервативного (медикаментозного, іммобілізуючого і т. ін.) лікування. Нещасний випадок - раптова, випадкова, короточасна та непередбачена подія, що фактично відбулась та внаслідок якої настав розлад здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) або його (її) смерть. До таких подій належать: опік; обмороження; утоплення; дія електричного струму; удар блискавки; сонячний удар; напад зловмисників або тварин; падіння якого-небудь предмету або самого Страхувальника (Застрахованої особи); випадкове попадання в дихальні шляхи чужорідного тіла; травми, які отримані під час руху транспортних засобів (автомобіля, потягу, трамвая, і ін.) або під час катастрофи; травми, отримані при використанні машин, механізмів, зброї, і усякого роду інструментів, травматичне пошкодження; випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами, за винятком харчової токсикоінфекції (сальмонельозу, дизентерії), ліками; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом) або поліомієлітом; розриви (поранення) органів або їх вилучення внаслідок невірних медичних маніпуляцій та інший розлад здоров'я. До травматичних пошкоджень відносяться - порушення цілісності тканин, кісток і органів внаслідок переломів, ударів, опіків, вивихів, розривів, поранення органів, електротравми, в результаті впливу механічної сили, хімічних речовин, високої або низької температури, електричної та іншої енергії. Вказаний перелік є вичерпним. До іншого розладу здоров'я відноситься випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, недоброякісними продуктами, ліками, за виключенням кишкової інфекції (сальмонельозу,
--	--	--

		дизентерії і т. ін.); випадкове гостре отруєння промисловими хімічними речовинами в результаті виробничої аварії; захворювання: кліщовий енцефаліт, стовбняк, скаженість. Вказаний перелік є вичерпним. Одноразовий ідентифікатор – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти договір страхування в електронній формі шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. Пароль – секретний алфавітно-цифровий набір символів, призначений для можливості входу в ІТС. Потенційний Страхувальник – особа, яка розглядає пропозицію Страховика на укладання договору страхування. Робота (J) – виконання оплачуваної фізичної роботи характерної для робітничих професій у галузях будівництва, промисловості, транспорту, добування корисних копалин, сільського та комунального господарства або в приватних домогосподарствах. Стійка втрата працездатності - встановлення особі (Страховальнику, Застрахованій особі) інвалідності I, II або III група внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час здійснення подорожі в період дії страхового покриття. Страхова виплата - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов договору страхування та/або законодавства. Страховий випадок - подія, передбачена договором страхування або законодавством, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страховальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства. Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок) - плата у грошовій формі за страхування, яку Страховальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з договором страхування. Страхова премія зазначаються у індивідуальній частині договору страхування. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку. Страхова сума встановлюється окремо по кожному страховому продукту страхування на весь період дії договору і фіксується у його відповідній графі індивідуальної частини договору страхування. Якщо страхова сума визначена в іноземній валюті, то перерахунок страхової суми в гривневий еквівалент здійснюється за курсом НБУ, визначеного станом на дату укладання договору страхування. При страхуванні декількох осіб (крім страхування фінансових ризиків) вказана страхова сума є страховою сумою окремо для кожної зі Застрахованих осіб. Страхова сума по страхуванню фінансових
--	--	---

		ризиків – є загальною страховою сумою одночасно для всіх Застрахованих осіб за цим договором. Страховий ризик - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. Страховий тариф - ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття. Страховик - фінансова установа, яка має право здійснювати діяльність із страхування на території України. Страховиком за цим договором є Приватне акціонерне товариство «Європейське туристичне страхування». Страхувальник - особа, яка уклала із Страховиком договір страхування. Страхувальник одночасно може бути Застрахованою особою. Супутник Страхувальника (Застрахованої особи) - супутником Страхувальника (Застрахованої особи) в розумінні цих умов страхування є будь-яка третя особа (не член сім'ї Страхувальника (Застрахованої особи)), що здійснює подорож спільно із Страхувальником (Застрахованою особою), по одному маршруту, проживає в одному готелі чи апартаментах із Страхувальником (Застрахованою особою) в один і той же період часу, а також застрахована разом зі Страхувальником (Застрахованою особою) за одним договором комплексного страхування подорожуючих із умовою страхування фінансових ризиків. Строк страхового покриття (строк дії договору) - період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов договору або законодавства. Строк страхового покриття визначається з урахуванням кількості застрахованих днів в межах визначеного в договорі періоду страхування. Строк страхового покриття визначається в індивідуальній частині договору страхування та з урахуванням умов страхування. Таємниця страхування - сукупність інформації про клієнта та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику або страховому агенту (страховому посереднику) у зв'язку з укладанням та/або виконанням договору страхування та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги. Тимчасова втрата загальної працездатності – в розумінні цього договору є перебування Страхувальника (Застрахованої особи) на амбулаторному або стаціонарному лікуванні, не менше 5 днів, за винятком періоду реабілітаційного лікування, внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час здійснення подорожі і в період дії страхового покриття. Франшиза (безумовна франшиза) - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування
--	--	--

		та/або законодавством. За окремими страховими продуктами чи ризиками в рамках страхового продукту розміри франшизи зазначаються у індивідуальній частині договору страхування або визначається в тому чи іншому розділі умов страхування. Члени сім'ї Страхувальника (Застрахованої особи) – в рамках дії цих умов страхування до членів сім'ї відносяться чоловік/дружина, діти (в тому числі усиновлені), батьки, законні опікуни, рідні брати та сестри Страхувальника (Застрахованої особи).
7.	Умови страхового покриття	Страховий продукт «Страхування витрат пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі за кордон України» може бути придбаним тільки разом зі страховим продуктом за 1 класом «Страхування від нещасного випадку під час подорожі за кордон України або територією України». Договір страхування в частині страхування фінансових ризиків укладається з особами у віці до 90 років, якщо інше не визначено в договорі страхування, поїздка яких починається з території України або країни місця знаходження Страхувальника (Застрахованої особи) з якої починається подорож. При страхуванні осіб у віці від 65 до 90 років договір підлягає застосуванню націнки. <i>Страховий продукт надається з наступними умовами покриття:</i>
	Об'єкт страхування	Об'єктом страхування є життя, здоров'я, непередбачені збитки чи витрати Страхувальника (Застрахованої особи).

	Строк страхування (строк страхового покриття)	Початок та закінчення строку дії договору укладеного на умовах цієї Оферти в частині Страхування витрат пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі за кордон України, <u>а саме для осіб, які на дату оформлення договору страхування знаходяться на території України:</u> • період страхового захисту (строк дії договору) та кількість застрахованих днів обираються Страхувальником самостійно; • початок строку страхування може співпадати з датою укладання договору страхування або бути пізнішою датою; • страховий захист (страхове покриття) та відлік кількості застрахованих днів починається з моменту проходження Страхувальника (Застрахованою особою) прикордонного контролю України при виїзді за кордон або з 00 годин за Київським часом дня, вказаного як початок періоду страхування (за датою, що настала пізніше), але не раніше моменту сплати страхового платежу та перетину кордону України; • страховий захист (страхове покриття) закінчується в момент проходження Страхувальником (Застрахованою особою) прикордонного контролю України при поверненні з-за кордону або о 24 годині за Київським часом дня, вказаного як закінчення строку страхування з обов'язковим урахуванням кількості застрахованих днів (за датою, що настала раніше). Початок та закінчення строку дії договору укладеного на умовах цієї Оферти в частині Страхування витрат пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі за кордон України, <u>а саме для осіб, які на дату оформлення договору страхування, знаходяться за межами України:</u> • період страхового захисту (строк дії договору) та кількість застрахованих днів обираються Страхувальником самостійно з урахуванням того, що договір страхування має бути укладений за три дні до бажаної дати початку дії строку страхування (страхового покриття); • в разі порушення строку визначеного в договорі страхування, страховий захист (страхове покриття) починає діяти через 48 годин після дати, вказаної як початок строку страхування. При цьому надання послуг, визначених в договорі страхування в зв'язку з настанням нещасного випадку (поняття нещасного випадку викладене в договорі страхування), буде здійснюватися з дати, вказаної як початок строку страхування, за умови, що нещасний випадок мав місце не раніше дня укладання договору страхування та дня вказаного як початок строку, і за умови сплати страхової премії; • страховий захист закінчується в момент проходження
--	--	--

		Страховальника (Застрахованою особою) прикордонного контролю України при поверненні з-за кордону або о 24 годині за Київським часом дня, вказаного як закінчення строку страхування з обов'язковим урахуванням кількості застрахованих днів (за датою, що настала раніше). Якщо в індивідуальній частині договору страхування передбачено багаторазові подорожі (multy), то Страховик несе відповідальність у межах сумарної кількості днів перебування за кордоном, яка зазначена в договорі, за строк страхування. При кожному виїзді за кордон України строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Страховальником (Застрахованою особою) на території дії договору. Початок перебування Страховальника (Застрахованої особи) за кордоном по кожній окремій поїздки визначається відповідно до відміток прикордонної служби у паспорті особи для закордонних поїздок, або відповідно до інформації (листа) прикордонної служби країни в яку здійснювалася подорож.
	Територія дії страхового покриття	Територія дії зазначається в договорі як: Географічна зона «Європа» (графічне відображення EUROPE або EU). До зони Європи входять всі країни географічної Європи, а також Алжир, Єгипет, Ізраїль, Марокко, Туніс, Туреччина. АБО Географічна зона «Цілий світ» (World або W) до якої входять всі країни світу. При цьому договір страхування укладений на умовах цієї Оферти в частині страхування витрат пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі за кордон України не діє на території: • України, в тому числі тимчасово окупованих територіях України; • країни постійного проживання; • країнах, де ведуться бойові дії; • місцевості, де офіційно оголошено надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха; • країни, які перебувають під наглядом або санкцією ООН; • країн, що здійснюють проти України збройну агресію (в.ч. Російська Федерація, республіка Білорусь тощо); • на території Ірану, Північної Кореї, М'янми, Сирії.

	Страхова сума	Мінімальна та максимальна страхова сума за цим страховим продуктом може становити від 30 000 до 100 000 євро/доларів. Перерахунок страхової суми в гривневий еквівалент здійснюється за курсом НБУ, визначеного станом на дату укладання договору страхування. Розмір страхової суми визначається в індивідуальній частині договору страхування. При страхуванні декількох осіб вказана страхова сума є страховою сумою окремо для кожної зі Застрахованих осіб. При настанні страхових випадків, страхова сума щоразу зменшується на розмір страхових виплат, сплачених Страховиком. У разі, якщо виплачена чи заявлена до виплати грошова сума досягає рівня страхової суми, зазначеної в індивідуальній частині договору страхування - договір страхування припиняє свою дію повністю або за окремим страховим продуктом.
	Страховий тариф	Страховий тариф за страховим продуктом розраховується страховиком математичними, статистичними та/або економічними методами з урахуванням статистики настання страхових випадків та ймовірного розміру збитків, характеристик об'єкта страхування, розміру франшизи та інших умов страхування. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін. Мінімальний та максимальний страховий тариф становить 0,003% за день та 6,33% за рік відповідно.
	Страхова премія, порядок та строки її сплати	Розмір страхової премії встановлюється в залежності від розміру страхової суми, страхового продукту, строку страхування, території (зони) перебування Страхувальника (Застрахованої особи) та інших умов договору. Мінімальна та максимальний розмір страхової премії становить 0,9 за день та 1898 доларів/євро за рік, яка перераховується в гривню згідно курсом НБУ на дату укладання договору страхування. Розмір страхової премії вказується в індивідуальній частині договору страхування. Страхові премії вносяться Страхувальником одноразовим платежем за весь термін страхування під час укладання договору страхування. Без сплати страхового платежу договір страхування не набуває чинності взагалі. У разі несплати страхової премії до зазначеної у договорі дати початку строку страхування договір страхування може набути чинності з дати наступної за днем сплати страхової премії. При цьому період, за який не була виплачена страхова премія, зараховується в загальний строк дії договору. Усі випадки, що відбулися до сплати страхової премії, не вважаються страховими та не підлягають відшкодуванню.

	Франшиза	Розмір франшизи визначається в індивідуальній частині договору страхування або в умовах страхового продукту. Якщо інформація про розмір франшизи відсутня в індивідуальній частині договору страхування або в умовах страхового продукту, вважається, що вона дорівнює нулю.
	Частка витрат страховика, пов'язана з виконанням та укладанням договору	до 40% від страхової премії.

	Страхові ризики (програма страхування) та ліміти відповідальності	Страховими ризиками визнаються події, що сталися із Страхувальником (Застрахованою особою) в період і на території чинності договору страхування, при настанні яких Страхувальник (Застрахована особа) понесла або може понести витрати при наданні їй невідкладної кваліфікованої медичної або іншої необхідної допомоги, а саме: • у зв'язку із захворюванням такої особи, розладом її здоров'я внаслідок нещасного випадку або іншою подією, на випадок виникнення якої проводиться страхування, а саме: витрати на отримання невідкладної медичної допомоги, невідкладних медичних послуг, включаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому договором страхування укладеного на умовах Оферти; • у зв'язку з дорожньо-транспортною пригодою, поломкою транспортного засобу або іншою подією, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), включаючи витрати на отримання допомоги (послуг) із транспортування, ремонту транспортного засобу, витрати, які понесені (можуть бути понесені) у зв'язку із затримкою авіарейсу, затримкою та/або втратою багажу, витрати на відновлення втрачених особистих документів, витрати на судове чи позасудове врегулювання спору та/або отримання інших послуг (допомоги); • звернення спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи), у разі її смерті внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку під час дії договору страхування, у зв'язку із необхідністю покриття витрат, пов'язаних із репатріацією Страхувальника (Застрахованої особи). Страхування витрат пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі за кордон України за програмою А включає: ▪ оплата (компенсація) вартості послуг консультації лікаря онлайн (телеведицина); швидкої (невідкладної) допомоги на місці виклику, проведення первинних діагностичних заходів, надання медичної допомоги з використанням медикаментів у необхідному для стану Страхувальника (Застрахованої особи) обсязі. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ оплата (компенсація) вартості послуг з медичного обслуговування та лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах; обстеження в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу; консультації лікарів. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування. При цьому, якщо вартість лікування перевищує 1000 у.о валюти страхової суми Страхувальнику (Застрахованій особі)
--	--	--

		необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування. Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання Асистуючій компанії та/або Страховику повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії та/або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 1000 у.о. валюти страхової суми; ▪ оплата вартості послуг пов'язаних із стаціонарним лікуванням, тобто: консультації лікарів, діагностика, лікування, невідкладне оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі. Страховик сплачує вартість лікування за кордоном у межах своєї відповідальності (страхової суми), встановленої цими умовами страхування, лише до того часу, коли стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи), за рішенням лікаря, дозволить евакуювати її до країни постійного проживання. При цьому, якщо вартість лікування перевищує 1000 у.о валюти страхової суми Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування. Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання Асистуючій компанії та/або Страховику повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії та/або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 1000 у.о. валюти страхової суми; • оплата (компенсація) вартості експрес-тестування та лабораторних досліджень на COVID-19 призначених лікарем в разі наявності ознак захворювання, що підтверджується відповідним медичним звітом, а також амбулаторного та стаціонарного лікування Страхувальника (Застрахованої особи) на COVID-19. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ оплата (компенсація) вартості медикаментів, призначених для невідкладного лікування, або компенсація витрат у разі самостійного придбання в аптеці призначених лікарем медикаментів. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування;
--	--	---

		▪ оплата (компенсація) вартості невідкладної стоматологічної допомоги, а саме: стоматологічний огляд; рентгенівське дослідження; видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, які всі разом або окремо обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ оплата (компенсація) вартості послуг з транспортування наземним транспортом Страхувальника (Застрахованої особи) до лікувального закладу, якщо стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) не дозволяє пересуватися самостійно. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ оплата (компенсація) витрат на продовження лікування Страхувальника (Застрахованої особи) у стаціонарі строком до 15 діб після закінчення строку дії договору страхування, якщо це необхідно за медичними показаннями. При цьому витрати на медичну евакуацію не покриваються. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ організація та оплата вартості комплексу послуг, пов'язаних із транспортуванням та медичним супроводом Страхувальника (Застрахованої особи), що знаходиться на стаціонарному лікуванні, із-за кордону до лікувального закладу, найближчого до місця постійного проживання за наявності медичних показань про необхідність подальшого стаціонарного лікування. Медична евакуація Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням із Асистуючою компанією та/або Страховиком. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування та реабілітацію Страхувальника (Застрахованої особи) після її повернення в країну постійного проживання. Якщо лікар, уповноважений Страховиком, вважає, що евакуація Страхувальника (Застрахованої особи) можлива, а Страхувальник (Застрахована особа) відмовляється від неї, Страховик негайно припиняє оплату вартості послуг з лікування Страхувальника (Застрахованої особи). Під письмовим погодженням слід розуміти надсилання до Асистуючої компанії та/або Страховика кошторису на транспортування через інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації, та отримання від Асистуючої компанії та/або Страховика письмової згоди тим самим шляхом. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ організація та оплата вартості комплексу послуг з транспортування тіла (репатріація) Страхувальника (Застрахованої особи) до митного кордону країни її попереднього постійного проживання. Якщо місцеві правила
--	--	--

		вимагатимуть щоб тіло перевозилося у труні, Страховик організовує та сплачує придбання такої труни. Необхідною умовою для організації репатріації є надання родичами померлого Страхувальника (Застрахованої особи) письмової заяви-підтвердження про готовність забрати тіло після перетину державного кордону. Репатріація тіла Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням із Страховиком. Під письмовим погодженням слід розуміти надсилення до Асистуючої компанії та/або Страховика кошторису на транспортування через інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації, та отримання від Аситууючої компанії та/або Страховика письмової згоди тим самим шляхом. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ■ оплата (компенсація) вартості послуг з поховання тіла Страхувальника (Застрахованої особи) в країні за місцем смерті. Поховання за кордоном тіла Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням із Страховиком. Під письмовим погодженням слід розуміти надсилення до Асистуючої компанії та/або Страховика кошторису на транспортування через інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації, та отримання від Аситууючої компанії та/або Страховика письмової згоди тим самим шляхом. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ■ компенсація вартості послуг телефонного зв'язку Страхувальника (Застрахованої особи) або особи, що представляє його (її) інтереси, із Страховиком з приводу повідомлення про страховий випадок. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; Страхування витрат пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі за кордон України за програмою В включає перелік випадків які входять у програму А (тобто п.10.14-1-10.14.12), а також: ■ страхування дітей без обмеження віку (від народження) та без стягнення додаткової оплати у вигляді застосування націнки (тобто оплата за загальним тарифом), оплата (компенсація) витрат надання медичної допомоги із залученням, за необхідності, вузькопрофільних лікарів педіатричного напрямку. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ■ оплата (компенсація) вартості медичної допомоги при сонячних опіках, алергічних дерматитах будь-якого походження. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ■ оплата (коменсація) вартості невідкладної медичної допомоги при загостреннях хронічних хвороб. Ліміт
--	--	---

		відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування. При цьому, якщо вартість лікування перевищує 1000 у.о валюти страхової суми Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування. Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання Асистуючій компанії та/або Страховику повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії та/або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 1000 у.о. валюти страхової суми; ▪ організація телемедичної консультації лікаря/консультації лікаря онлайн за подіями, які не є страховими випадками, при цьому витрати за консультацію сплачуються Страхувальником (Застрахованою особою) самостійно і Страховиком не відшкодовуються; ▪ оплата (компенсація) вартості невідкладної гінекологічної допомоги при вагітності, що не перевищує 31 тиждень. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ оплата (компенсація) вартості медичних витрат при передчасних пологах. Випадок буде визнаватися страховим лише за умови, якщо передчасні пологи почалися при терміні вагітності <u>не більше 31-го тижня</u>. При цьому Страховик оплачує (компенсує) необхідні медичні витрати по амбулаторній та/або стаціонарній допомозі, а також медико-транспортні витрати по транспортуванню Страхувальника (Застрахованої особи) до медичного закладу у межах ліміту відповідальності, що визначений в індивідуальній частині договору страхування; ▪ оплата(компенсація) вартості медичної допомоги новонародженому при передчасних пологах, якщо вони почалися при терміні вагітності не більше 31 тижня. При цьому Страховик оплачує (компенсує) необхідні медичні витрати по амбулаторній та/або стаціонарній допомозі, а також медико-транспортні витрати у межах ліміту відповідальності, що визначений в індивідуальній частині договору страхування; ▪ оплата (компенсація) вартості медичної допомоги при захворюваннях або травмах, отриманих внаслідок або в стані алкогольного сп'яніння (крім посмертної репатріації). При цьому Страховик відшкодовує медичні втрати за надання невідкладної медичної допомоги, необхідної для запобігання безпосередньої загрози життю чи здоров'ю, або витрати, пов'язані із купіруванням гострого болю. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині
--	--	--

		договору страхування. Із суми страхового відшкодування утримується безумовна франшиза у сумі 50 у.о. валюти страхової суми по кожному окремому випадку ▪ оплата (компенсація) вартості невідкладної медичної допомоги, наданої при травмах або захворюваннях отриманих внаслідок терористичних актів, воєнних дій та стихійних лих, включно із посмертною репатріацією. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування. . При цьому, якщо вартість лікування перевищує 1000 у.о валюти страхової суми Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування. Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання Асистуючій компанії та/або Страховику повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії та/або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 1000 у.о. валюти страхової суми. Медична евакуація та посмертна репатріація потребують письмового погодження за правилами визначених в п.п.10.14.9, 10.14.10. цього розділу; ▪ оплата (компенсація) вартості гіпербаричної терапії (барокамера). Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ компенсація витрат на оплату призначених лікарем засобів фіксації при травмах. До засобів фіксації в межах цього пункту відносяться виключно милиці, ортези, бандажі і тютори. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ компенсація вартості транспортування Страхувальника (Застрахованої особи) одразу після закінчення стаціонарного лікування, економічним класом до місця постійного (переважного) проживання (місця реєстрації) в Україні після закінчення строку дії договору страхування, якщо Страхувальник пропустив свій рейс в зв'язку зі стаціонарним лікуванням. При цьому медична евакуація не покривається. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування ▪ компенсація витрат на перебування Страхувальника (Застрахованої особи) за кордоном після закінчення строку дії договору, якщо його повернення до країни постійного (переважного) проживання або країни місця реєстрації неможливе відразу після виписки із лікарні. При цьому, оплата витрат здійснюється за не більше 5 діб перебування, однак в межах перших 15 днів після закінчення строку дії договору; ▪ компенсація витрат на проживання в готелі одного
--	--	---

		супутника Страхувальника (Застрахованої особи) за кордоном строком не більше 5 діб, якщо Страхувальник (Застрахована особа) перебуває на стаціонарному лікуванні після закінчення строку дії договору страхування. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ компенсація вартості проїзду економічним класом в обидва кінці та вартості проживання в готелі строком до 5-ти діб для одного із повнолітніх близьких родичів Страхувальника (Застрахованої особи), якщо тривалість лікування Страхувальника (Застрахованої особи) в стаціонарі в країні тимчасового перебування перевищує 5 діб. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ компенсація витрат на дострокове повернення економічним класом до країни постійного (переважного) проживання (місця реєстрації), при необхідності, супровід дітей Страхувальника (Застрахованої особи) віком до 16 років у разі госпіталізації або смерті Страхувальника (Застрахованої особи) за місцем тимчасового перебування. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ компенсація вартості проїзду економічним класом до країни постійного проживання одного супутника Страхувальника (Застрахованої особи) у випадку її госпіталізації або смерті. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ компенсація обґрунтованих витрат Страхувальника (Застрахованої особи) на необхідні покупки їжі, безалкогольних напоїв чи інших подібних витрат внаслідок затримки відправлення рейсу у пункті початку подорожі в Україні більше, ніж на 4 години від часу відправлення, зазначеного у квитку. При цьому витрати пов'язані з придбання самої подорожі не компенсуються. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ компенсація вартості авіаквитка, якщо подорож була скасована внаслідок затримки понад добу або відміни авіарейсу до місця запланованої подорожі з вини авіаперевізника, якщо про це Страхувальнику (Застрахованій особі) стало відомо не більше, ніж за 24 години до часу відправлення рейсу, або у зв'язку із закриттям кордонів країни, про що не було відомо до дати оформлення договору. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; ▪ оплата витрат на пошук та рятування Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку в горах, на морі, в лісі або інших віддалених місцевостях включно із витратами на транспортування, в т.ч. гелікоптером, з місця пригоди до лікувального закладу, за умови, що до таких місць
--	--	--

		допускаються цивільні служби та організації, і що такі витрати письмово погоджені зі Страховиком. Під письмовим узгодженням слід розуміти надсилання Асистуючій компанії та/або Страховику повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії та/або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування ▪ компенсація витрат Страхувальника (Застрахованої особи) на придбання предметів першої необхідності (наприклад: натільна білизна, засоби особистої гігієни, окуляри, панамы\капелюх тощо), без яких не можна обійтись, внаслідок запізнення багажу на термін понад 6 годин з моменту прибуття Страхувальника (Застрахованої особи) в країну тимчасового перебування. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування ▪ компенсація витрат Страхувальника (Застрахованої особи) на оформлення втрачених особистих документів (паспортів), необхідних для повернення до країни постійного проживання. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування; Страхування витрат пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі за кордон України за програмою С включає перелік випадків які входять у програму А і В (тобто п.10.14-1-10.14.34), а також: ▪ компенсація витрат на перевезення легкового автомобіля Страхувальника (Застрахованої особи) на якому здійснювалася подорож та який став непридатним для подальшої експлуатації внаслідок раптової технічної поломки або дорожньо-транспортної пригоди (ДТП), до найближчої станції технічного обслуговування (СТО). Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування. Умови страхування за цим пунктом діють лише по відношенню до Страхувальників (Застрахованих осіб), які подорожують власним технічно справним легковим автомобілем, строк експлуатації якого не більше 5-ти років (визначається від дати випуску). ▪ компенсація вартості проїзду водія та пасажирів, які є Страхувальником та/або Застрахованими особами на умовах договору страхування, укладеного за цією Офертою до країни постійного проживання, якщо легковий автомобіль, на якому вони подорожують, викрадено, або пошкоджено внаслідок ДТП і подальша експлуатація його неможлива. Відшкодовується вартість проїзду економічним класом регулярним громадським транспортом, крім повітряного та таксі. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування. Умови страхування за цим
--	--	---

		пунктом діють лише по відношенню до Страхувальників (Застрахованих осіб), які подорожують власним технічно справним легковим автомобілем, строк експлуатації якого не більше 5-ти років (визначається від дати випуску); ▪ компенсація витрат на усунення раптової технічної поломки чи пошкодження внаслідок ДТП легкового автомобіля Страхувальника (Застрахованої особи) на якому здійснювалася подорож, або вартості тимчасового зберігання на стоянці, що охороняється, якщо його відремонтувати неможливо. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування. Умови страхування за цим пунктом діють лише по відношенню до Страхувальників (Застрахованих осіб), які подорожують власним технічно справним легковим автомобілем, строк експлуатації якого не більше 5-ти років (визначається від дати випуску); ▪ компенсація витрат на судове чи позасудове врегулювання спору та/або отримання інших послуг (допомоги) внаслідок нанесення шкоди життю та здоров'ю третіх осіб, завданих в результаті ненавмисних та необережних дій Страхувальника (Застрахованої особи). Наявність умислу (вини) встановлюється у відповідності до законодавства країни подорожі та підтверджується відповідними рішеннями правоохоронних та/або судових органів. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування. . У будь-якому випадку із суми страхового відшкодування вираховується безумовна франшиза у розмірі 10% від суми збитку який підлягає відшкодуванню відповідно до умов страхування; ▪ компенсація витрат на судове чи позасудове врегулювання спору та/або отримання інших послуг (допомоги) внаслідок нанесення збитків майну третіх осіб, завданих в результаті ненавмисних та необережних дій Страхувальника (Застрахованої особи). Наявність умислу (вини) встановлюється у відповідності до законодавства країни подорожі та підтверджується відповідними рішеннями правоохоронних та/або судових органів. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування. У будь-якому випадку із суми страхового відшкодування вираховується безумовна франшиза у розмірі 10% від суми збитку який підлягає відшкодуванню відповідно до умов страхування; ▪ компенсація витрат на судове чи позасудове врегулювання спору та/або отримання інших послуг (допомоги) внаслідок нанесення збитків надавачу прокатних послуг внаслідок ненавмисного пошкодження взятого Страхувальником (Застрахованою особою) на прокат спортивного інвентарю. Наявність умислу (вини) встановлюється у відповідності до законодавства країни
--	--	--

		подорожі та підтверджується відповідними рішеннями правоохоронних та/або судових органів. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування. У будь-якому випадку із суми страхового відшкодування вираховується безумовна франшиза у розмірі 10% від суми збитку який підлягає відшкодуванню відповідно до умов страхування; ▪ компенсація витрат на судові чи позасудові врегулювання спору та/або отримання інших послуг (допомоги) внаслідок залучення адвоката та перекладача для захисту прав Страхувальника (Застрахованої особи) під час адміністративних процесів, в тому числі судових процесів по захисту прав Страхувальника (Застрахованої особи) після ДТП яка сталася за його (її) участю. Ліміт відповідальності визначається в індивідуальній частині договору страхування. У будь-якому випадку із суми страхового відшкодування вираховується безумовна франшиза у розмірі 10% від суми збитку який підлягає відшкодуванню відповідно до умов страхування;
8.	Права сторін	Сторони мають права, які визначені в договорі страхування та чинному законодавстві України.

	Права Страховика	Страховик має право: • перевіряти інформацію, надану Страхувальником для укладення договору та яка надана в разі настання випадку, що має ознаки страхового; • подавати запити до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку; • у випадку порушення Страхувальником (Застрахованою особою) умов договору страхування вимагати дострокового припинення його дії; • у порядку, передбаченому чинним законодавством, визнавати договір страхування недійсним; • у разі необхідності призначати медичну комісію з метою обстеження Страхувальника (Застрахованої особи), а також іншу експертизу стосовно події, яка має ознаки страхового випадку; • здійснювати фіксацію технічними засобами телефонних переговорів стосовно страхових випадків; • у випадках передбачених умовами страхування за окремим страховим продуктом та у разі організації дострокового повернення Страхувальника (Застрахованої особи) в Україну, використати його невикористаний квиток на зворотний шлях; • відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених договором страхування та чинним законодавством України; • не відшкодовувати будь-які непрямі збитки Страхувальника (Застрахованої особи), а також моральну шкоду, яка завдана подією, яка має ознаки страхової; • відмовити в укладанні договору страхування без пояснення причини такої відмови; • інші права передбачені чинним законодавством.
--	------------------	--

	Права Страховальника (Застрахованої особи)	Страховальник (Застрахована особа) має право: • на своєчасне отримання необхідної, повної, доступної та достовірної інформації про страхову послугу та про Страховика у визначеному законодавством обсязі, достатньої для прийняття свідомого рішення про отримання такої послуги або про відмову від її отримання; • на належну якість отриманої страхової послуги; на конфіденційність отримання страхової послуги та інформації про надання страхової послуги, крім випадків, встановлених законом; • у разі настання страхового випадку – на отримання страхової виплати в розмірі та порядку, встановленому умовами даного договору; • на захист своїх прав, у тому числі шляхом відшкодування шкоди, завданої внаслідок порушення його прав та законних інтересів, досудового вирішення спорів щодо надання страхових послуг, звернення до суду та інших уповноважених органів. При цьому, за несвоєчасне здійснення страхової виплати, Страховик виплачує Страховальнику (Застрахованій особі) пеню у розмірі 0,05% від суми страхової виплати, яка нараховується за кожен день прострочення, але не більше 10% від суми страхової виплати; • на прийняття добровільного рішення про отримання страхової послуги або про відмову від отримання такої послуги перед її отриманням; • на звернення до Страховика за вказівками щодо порядку отримання необхідної допомоги; • у випадку порушення Страховиком умов договору страхування – на дострокове припинення дії даного договору; • інші права передбачені чинним законодавством.
9.	Обов'язки сторін	Сторони мають обов'язки, які визначені в договорі страхування та чинному законодавстві України.
	Обов'язки Страховика	Страховик зобов'язаний: • у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк; • забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування»; • ознайомити Страховальника з умовами договору страхування; • повернути страхову премію Страховальнику у випадку, передбаченому договором страхування; • за несвоєчасне здійснення страхової виплати сплатити Страховальнику (Застрахованій особі) пеню у розмірі 0,05% від суми страхової виплати, яка нараховується за кожен день прострочення, але не більше 10% від суми страхової виплати.

	Обов'язки Страховальника (Застрахованих осіб)	Страховальник (Застрахована особа) зобов'язаний: • ознайомитися до початку подорожі із умовами страхування, порядком дій при настанні страхового випадку, умовами здійснення страхових виплат, переліком документів, необхідних для отримання страхового відшкодування; • у разі укладання Страховальником договору страхування у відношенні третьої особи (Застрахованої особи) він зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку особу про укладений на її користь договір страхування; • при укладанні договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати про будь-яку зміну страхового ризику; • надати Страховику інформацію про місцезнаходження (країну перебування) Страховальника або Застрахованої особи на дату укладання договору страхування; • при настанні події, яка має ознаки страхової повідомити Страховика у строки, визначені договором страхування; • виконувати вказівки Страховика, чи Асистуючої компанії, щодо порядку отримання медичних чи інших послуг; • письмово погодити зі Страховиком (Асистуючою компанією) витрати у випадках передбачених відповідним розділом умов того чи іншого страхового продукту, викладених в договорі страхування; • вживати всіх можливих заходів щодо запобігання страхових випадків та зменшення витрат внаслідок страхової події, з'ясування причин її настання та наслідків; • подати до Страховика заяву на отримання страхової виплати за формою встановленою Страховиком, а також підтверджуючі факт настання події, яка може бути визнана страховим випадком документи, передбачені договором страхування; • надати Страховику за додатковим його запитом всі необхідні документи щодо страхового випадку для прийняття рішення про здійснення страхової виплати; • враховуючи норми ст.103 Закону України «Про страхування» уповноважити та доручити всім, хто займається страховим випадком - установам, лікарням, лікарям та іншим – надавати відомості, які вимагатиме Страховик, у тому числі й такі відомості, які складають лікарську таємницю; • сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені договором страхування; • вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку; • доводити факт настання страхового випадку та обґрунтовувати розмір своїх витрат або, якщо необхідно,
--	--	--

		неможливість встановлення зв'язку зі Страховиком або Асистуючою компанією Страховика. При цьому, якщо Страхувальник (Застрахована особа) не має фізичної змоги повідомити Страховика або Асистуючу компанію Страховика про страховий випадок або про здійснення самостійних витрат або про прийняте рішення щодо продовження лікування або про відмову від евакуації, і таке повідомлення здійснюють члени сім'ї Страхувальника (Застрахованої особи) або особа, яка з ним подорожує, то такі дії Страховик вважає узгодженими зі Страхувальником (Застрахованою особою) і здійсненими від його імені; • виконувати інші обов'язки передбачені договором страхування та чинним законодавством.
10.	Порядок укладання договору страхування	Договір страхування укладається шляхом приєднання до відкритої Оферти, яка є офіційною публічною пропозицією Страховика, що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб, укласти із страховиком договір комплексного страхування подорожуючих за межі України або по території України. Договір страхування в електронній формі за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового посередника (страхового агента) на підставі Оферти – вважається укладеним у письмовій формі. Перед укладанням договору страхування потенційний Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з умовами Оферти, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Укладаючи договір страхування у відповідності до Оферти Страхувальник автоматично погоджується з повним та безумовним прийняттям положень Оферти, умов страхування, цін на послуги тощо, а також положень викладених в додатках до Оферти, які є невід'ємною її частиною. Якщо потенційний Страхувальник не згоден з умовами Оферти та/або умовами страхування, він не має права укласти цей договір, а також не вправі користуватися послугами за договором страхування. В разі укладання Страхувальником договору страхування на умовах викладених в Оферті у відношенні третіх (Застрахованих) осіб, Страхувальник зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб (за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення) таку особу про укладений на її користь договір страхування. Для укладання договору страхування, потенційний Страхувальник повинен: • ідентифікуватися в ІТС або WEB-сторінці страхового агента та/або Страховика в мережі Інтернет або в персональному кабінеті (в разі його реєстрації); • заповнити електронну заяву самостійно або за допомогою страхового агента, зазначивши відомості, необхідні для укладення договору страхування.

		Заповнення електронної заяви потенційним Страхувальником не зобов'язує його укласти договір страхування. Договір страхування не є укладеним без електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором та кваліфікованого електронного підпису уповноваженої особи Страховика або страхового агента. Заповненням електронної заяви про укладення договору страхування потенційний Страхувальник узгоджує всі істотні умови договору страхування, передбачені ст. 982 Цивільного кодексу України, інші умови визначені в ст. 89 Закону України «Про страхування», в тому числі: предмет страхування, страхову суму, перелік страхових випадків, розмір страхових платежів та порядок їх сплати, строк дії Договору страхування та ін. Страховик, в тому числі, в особі страхового агента, на підставі отриманої через ІТС заяви потенційного Страхувальника про намір укласти договір страхування, формує проект електронного договору комплексного страхування осіб, які здійснюють подорож за межі України, який є індивідуальною частиною електронного договору страхування (далі – індивідуальна частина договору страхування), та направляє його потенційному Страхувальнику на вказану ним електронну адресу у заяві, через власну ІТС та/або ІТС страхового агента. В індивідуальній частині договору міститься посилання на умови страхування викладені в Оферті. Страхувальник, у разі відсутності заперечень до проекту індивідуальної частини договору страхування, підписує його шляхом введення електронного підпису одноразовим ідентифікатором в ІТС Страховика або його страхового агента, який в свою чергу направляється Страховиком та/або страховим агентом на електронну пошту або мобільний телефон Страхувальника. У відповідності до статей 207, 633, 634, 641, 642, 981 Цивільного Кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію» безумовним прийняттям (акцептом) умов Оферти Страхувальником (потенційним Страхувальником) вважається: • сплата страхового платежу в передбачені договором строки і розміри на поточний рахунок Страховика. Датою оплати страхового платежу вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика або його страхового агента; • підписання індивідуальна частина договору страхування шляхом введення Страхувальником в ІТС Страховика або його страхового агента електронного підпису одноразовим ідентифікатором. Після підписання Страхувальником індивідуальної частини договору страхування одноразовим ідентифікатором та оплати страхової премії, індивідуальна частина договору страхування, підписана Страхувальником та кваліфікованим електронним
--	--	--

		підписом уповноваженої особи Страховика або його страхового агента, надсилається Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті. В разі залучення страхового агента з використанням його власного ІТС, дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення індивідуальної частини договору страхування, а також повідомлення по електронній пошті, фіксується страховим агентом в електронній базі страхового агента, інформація про які передаються Страховику та зберігаються у нього. В інших випадках вся інформація формується та зберігається у Страховика. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на електронну пошту або мобільний телефон Страхувальника та/або не направлення договору страхування згідно умов Оферти. Страховик та Страхувальник приймають на себе зобов'язання за необхідності відтворити договір страхування укладений в електронній формі на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони договір виготовляється у паперовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною із Сторін.
11.	Порядок внесення змін у договір страхування	Оскільки договір страхування укладається відповідно до відкритої пропозиції <u>в електронній формі</u>, які підписуються кваліфікованим електронним підписом уповноваженої особи Страховика, внесення змін (коригувань) в індивідуальну частину договору страхування не можливе. Зміни умов, чи строків страхування, коригування, виправлення даних у договорі страхування відбуваються шляхом його розірвання (дострокового припинення) договору та укладання нового договору страхування. В разі розірвання договору в зв'язку з його коригуванням страхова премія повертається Страхувальнику з урахуванням наступного: • якщо договір страхування розривається до початку дії страхового покриття – страхова премія повертається в повному обсязі; • якщо договір страхування розривається після початку дії страхового покриття – Страхувальнику повертається страхова премія за період, що залишився до закінчення дії договору БЕЗ вирахування витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування, якщо випадків, які мають ознаки страхових не було, із вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування та

		фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування, якщо такі випадки були. Для розірвання договору в зв'язку з коригуванням, Страхувальник подає до Страховика письмову заяву в довільній паперовій або електронній формі, при цьому паперова підписується власноручним підписом Страхувальника, електронна - з накладенням кваліфікованого електронного підпису Страхувальника. Повернення коштів здійснюється в тій формі, в якій вони були сплачені Страхувальником. Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше, ніж 10-го робочого дня від дати розірвання договору страхування в зв'язку з коригуванням.
12.	Продовження дії договору	Продовження дії договору не допускається. Якщо Страхувальник має намір продовжити страхове покриття – необхідно укласти новий договір страхування.
13.	Підстави та порядок припинення дії (розірвання) договору страхування	Дія договору страхування, укладеного на умовах Оферти, припиняється та договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі: • закінчення строку дії договору страхування; • виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) в повному обсязі; • не сплати страхової премії; • ліквідації Страхувальника або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону «Про страхування»); • ліквідація Страховика у порядку, в встановленому законодавством України; • у інших випадках, передбачених чинним законодавством України. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю. У разі передачі страхового портфеля Страховику- правонаступнику та припинення договору страхування відповідно до частини третьої статті 56 Закону «Про страхування» за ініціативою Страхувальника після такої передачі Страховик- правонаступник повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 1 добу до дати припинення дії договору страхування. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування та фактичних страхових

		виплати, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю. У разі дострокового припинення договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертають повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення дії договору з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування та фактичних страхових виплати, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо Страхувальник прийняв рішення припинити (розірвати) договір страхування він направляє Страховику письмову заяву у паперовій формі за власноручним підписом або в електронній формі з накладенням свого кваліфікованого електронного підпису. У разі дострокового припинення дії договору страхування повернення коштів здійснюється в тій формі, в якій вони були сплачені Страхувальником. Сплачена страхова премія не повертається у разі дострокового припинення дії договору страхування у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі. Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше десятого робочого дня від дати дострокового припинення дії договору страхування. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування, за яким залишилися не врегульовані страхові випадки, здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття Страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.
14.	Недійсність договору страхування	Договір страхування, укладений на умовах викладених в Оферті, вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України, а також у разі, якщо: • його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку; • відсутній об'єкт страхування; • Страховиком доведено, що договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;

		у Страхувальника (Застрахованої особи) відсутній страховий інтерес. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку. Повернення коштів здійснюється в тій формі, в якій вони були сплачені Страхувальником.
15.	Відмова від договору	Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення договору страхування на умовах Оферти відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім: - договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів; - випадків, якщо повідомили про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування; Якщо Страхувальник прийняв рішення відмовитися від договору страхування він направляє Страховику письмову заяву у паперовій формі за власноручним підписом або в електронній формі з накладенням свого кваліфікованого електронного підпису. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. Страхова премія повертається протягом 10 робочих днів від дати відмови від договору страхування, при цьому повернення коштів здійснюється в тій формі, в якій вони були сплачені Страхувальником.
16.	Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору	За невиконання або неналежне виконання умов договору страхування, укладеного на умовах Оферти, сторони несуть відповідальність відповідно до договору страхування або чинного законодавства. Страховик за несвоєчасне здійснення страхової виплати сплачує Страхувальнику (Застрахованій особі) неустойку у розмірі 0,05% від суми страхової виплати, яка нараховується за кожен день прострочення, але не більше 10% від суми страхової виплати. Страховик має право відмовити Страхувальнику (Застрахованій особі) у виплаті страхового відшкодування за невиконання або неналежне виконання умов договору. Якщо під час врегулювання події, яка має ознаки страхової, Страховиком буде виявлено ознаки шахрайства зі сторони Страхувальника (Застрахованої особи) і якщо такі дії будуть класифіковані компетентними органами як шахрайство, Страхувальник (Застрахована особа) додатково буде нести відповідальність згідно чинного законодавства.
17.	Порядок дій у разі настання події, що має Ознаки страхового випадку	Дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні страхової події, що потребує медичної та іншої допомоги При настанні страхової події, що потребує медичної та іншої допомоги необхідно зв'язатися з Асистуючою компанією Euro-

		Center Holding SE за номером телефону: + 420-221-860-656 або +420 221 860 652 або по e-mail: help@euro-center.com та повідомити: • Прізвище та ім'я Страхувальника (Застрахованої особи); • Номер контактного телефону; • Місце знаходження (країну, місто, готель і т.п.); • Номер договору страхування; • Повідомити що відбулося і яка потрібна допомога. При цьому вартість наданої допомоги буде сплачена Страховиком, у відповідності до умов договору страхування. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не має можливості зв'язатися з Асистуючою компанією або ситуація вимагає прийняття негайного рішення, пов'язаного з необхідністю отримання термінової медичної або іншої допомоги, необхідно: • самостійно звернутися в найближчу медичну установу або до лікаря по допомогу та обов'язково пред'явити договір страхування; • оплатити, якщо буде потрібно, надані невідкладні медичні послуги; • одержати у лікаря чеки, квитанції и т.п. належним чином оформлені документи, що підтверджують факт захворювання, призначене лікування й суму медичних витрат; • подати Страховику заяву про здійснення страхової виплати і документи, передбачені цими умовами страхування; У разі стаціонарного лікування необхідно повідомити Асистуючу компанію Страховика та письмово узгодити (погодити) з нею та/або Страховиком витрати на лікування протягом 48 годин з моменту госпіталізації, АЛЕ до моменту оплати послуг. Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання до Асистуючої компанії та/або Страховика повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом. Якщо витрати не були письмово узгоджені із Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 1000 у.о. валюти страхової суми. Якщо вартість амбулаторного або стаціонарного лікування перевищує 1000 у.о валюти страхової суми – необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування. Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання до Асистуючої компанії та/або Страховика повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом.
--	--	---

		Якщо витрати не були письмово узгоджені із Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 1000 у.о. валюти страхової суми. В інших випадках, ніж передбачених у попередніх двох пунктах, пов'язаних з відшкодуванням медичних витрат під час подорожі, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повідомити Страховика про настання страхової події не пізніше 30 календарних днів від дати її настання. У випадках самотійної сплати Страхувальником (Застрахованою особою) медичних послуг, у медичному закладі необхідно отримати: • довідку-рахунок з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості; • рецепти, виписані Страхувальнику (Застрахованій особі) лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату; • деталізовані рахунки за інші послуги з розбивкою їх за датами та вартістю; • документи, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, банківські квитанції тощо); • рахунки за телефонні розмови, на яких зазначено номер телефону, дату, час та вартість кожної розмови; • та інші документи.
18.	Умови здійснення страхових виплат та порядок розрахунку	Умови здійснення страхової виплати при настанні події. Страхова виплата в рахунок оплати медичних, або інших передбачених умовами страхування послуг, організованих Страховиком для Страхувальника (Застрахованої особи), здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків. Якщо медична допомога Страхувальнику (Застрахованій особі) була надана без участі Асистуючої компанії Страховика та/або медичний заклад відмовляється від отримання повної або часткової гарантії від Асистуючої компанії, Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно здійснити такі витрати самотійно та звернутися до Страховика за їх відшкодуванням. У випадку самотійної сплати Страхувальником (Застрахованою особою) медичних чи додаткових послуг, Страхувальник (Застрахована особа) протягом 30 календарних днів від події, яка сталася раніше, а саме закінчення подорожі під час якої стався страховий випадок або закінчення дії строку страхування, повинен подати Страховику заяву на здійснення страхової виплати за формою встановленою Страховиком, яку

		можна завантажити на сайті Страховика. До заяви на виплату страхового відшкодування долучаються наступні документи: • договір страхування; • належним чином засвідчена копія закордонного паспорту Страхувальника (Застрахованої особи) з відмітками про перетин кордону країни перебування (всі сторінки з відмітками); • належним чином засвідчена копія національного паспорта Страхувальника (Застрахованої особи) (всі сторінки з відмітками); • належним чином засвідчена копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера Страхувальнику (Застрахованій особі); • належним чином засвідчена копія документа, що підтверджує місце реєстрації Страхувальника (Застрахованої особи) (для ID карток); • у разі смерті Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку - належним чином засвідчені копії національного паспорта Вигодонабувача та довідки про присвоєння йому ідентифікаційного номера; копія свідоцтва про смерть; оригінал або нотаріально засвідчена копія свідоцтва про право на спадщину; • у разі здійснення страхової виплати законному представнику (опікуну) - належним чином засвідчені копії національного паспорта законного представника (опікуна) та довідки про присвоєння йому ідентифікаційного номера, свідоцтва про народження застрахованої особи; документ, який підтверджує встановлення опіки над застрахованою особою; • рахунки за телефонні розмови із Страховиком, на яких зазначений номер телефону та вартість кожної розмови; • медичний документ (на фірмовому бланку або з відповідним штампом медичного закладу країни подорожі) про отримання медичної допомоги під час подорожі із зазначеними: прізвища пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості, а також інформації про стан Страхувальника (Застрахованої особи) у відношенні алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння; • рахунки, чеки про оплату медичних послуг та/або щодо придбання медичних препаратів; • у випадку отримання травми чи дорожньо-транспортної пригоди - складений в країні подорожі офіційний протокол або довідка про подію, де обов'язково має бути вказана така інформація: посадові особи, що засвідчують факт події, та їх повноваження на виконання таких дій; адреси та/або номери
--	--	--

		телефонів осіб, що засвідчили факт події; детальний опис обставин події та ролі Страхувальника (Застрахованої особи) в ній; стан Страхувальника (Застрахованої особи) у відношенні алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння. З урахуванням обставин події, що відбулась, Страховик має право вимагати додаткові документи для підтвердження факту та обставин настання страхового випадку, а також визначення розміру страхової виплати. Всі документи, крім заяви, можуть бути надані Страховику протягом трьох років від дати настання події. Документи надаються Страховику українською, англійською, німецькою, польською або російською мовами. Якщо документи складені іншою мовою, надається офіційний нотаріально завірений переклад цих документів українською мовою. Всі документи, що подаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати підписи посадових осіб з відповідними печатками, а також назву, адресу та контактний телефон установи (особи), що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери тощо) надаються в оригіналі. Документи для отримання страхової виплати подаються (направляються поштою) безпосередньо в офіс Страховика в паперовій формі в оригіналі (крім тих, щодо яких визначено подання в копіях (в тому числі нотаріально засвідчені). Всі документи, інформація та докази надаються Страховику безкоштовно. Страхові виплати здійснюються безготівковим шляхом. Страхові виплати резидентам України здійснюються на території України виключно в гривнях. Розрахунок страхової виплати в гривні здійснюється згідно курсу НБУ на дату настання страхової події. Страхові виплати нерезидентам України здійснюються за кордон України у валюті страхової суми. В разі необхідності здійснення перерахунку здійснених витрат у валюту страхової суми, то такий перерахунок здійснюється відповідно до курсу НБУ на день настання випадку. Страховик, як податковий агент зі суми страхової виплати утримує та сплачує відповідні податки та збори. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 20 (двадцяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, наданих в порядку, передбаченому умовами договору. Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) банківських днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати. При наявності підстав для сумніву щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати Страховик може відкласти
--	--	--

		рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин на строк не більше 45 (сорока п'яти) робочих днів. Про відмову у здійсненні страхової виплати або прийняття рішення про відстрочку прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) на електронну адресу вказану у заяві на отримання страхової виплати протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту прийняття рішення з викладенням мотивації прийнятого рішення або обґрунтуванням причин відмови, після чого направляє рішення поштою.
19.	Винятки зі страхових випадків	Винятками зі страхових випадків є: Страховик не сплачує і не відшкодовує вартість лікування та послуг, пов'язаних із такими захворюваннями і подіями: • лікування хронічних захворювань, вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень, аутоімунні захворювання, жовчнокам'яна, сечокам'яна хвороби, та пов'язані з ними ускладнення (емпієма жовчного міхура, гідронефроз нирки тощо), навіть якщо вони проявлялися періодично або були виявлені вперше. При цьому покривається купірування гострого болю до стабілізації стану, за виключенням оперативного втручання; • новоутворення (в т.ч. онкологічні захворювання), хвороби ендокринної системи, цукровий діабет, навіть якщо вони були виявлені вперше; • нервові захворювання (крім невритів), неврози (панічні атаки, істеричні стани, депресії тощо), психічні захворювання та розлади; • венеричні захворювання, імунодефіцитний стан, СНІД; • хвороби крові та кровотворних органів; • епідемічні та пандемічні хвороби; • тестування на COVID-19 за бажанням Страхувальника (Застрахованої особи) без направлення лікуючого лікаря, якщо отриманий результат є негативним; • гостра та хронічна променева хвороба; • медична допомога при вагітності (за винятком позаматкової, переривання вагітності), а також пологи; • медичні послуги, пов'язані з проведенням абортів Страхувальнику (Застрахованій особі), за винятком вимушеного переривання вагітності за медичними показаннями; • будь-які розлади здоров'я, ускладнення або смерть внаслідок невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічних дій ліків, що не були призначені лікарем, а також побічних дій харчових добавок; • захворювання або наслідки (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз;

		• захворювання та розлади органів слуху, крім гострого захворювання органів слуху. Також не покриваються витрати пов'язані з промиванням вухної раковини (сірчані пробки, потрапляння води тощо); • захворювання ока, пов'язані з порушенням догляду за контактними лінзами та алергічні кон'юнктивіти; • грибкові та дерматологічні хвороби, а також алергічні дерматити будь-якого походження, сонячні опіки першого та другого ступеню, укуси комах, жалення медуз, морських водоростей; • травми або захворювання, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, навіть якщо вони були виявлені вперше, що призвели до медичних чи додаткових витрат під час подорожі, а також захворювання, що виникли після повернення Страхувальника (Застрахованої особи) з подорожі; • подальше лікування Страхувальника (Застрахованої особи), якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання. Сторони погодили, що телефонний запис розмови Страхувальника (Застрахованої особи) або його родичів до Асистуючої компанії або Страховика з приводу відмови від медичної евакуації прирівнюється до письмової відмови і може бути використаний Страховиком як доказ в разі виникнення суперечок; • медичний огляд, що не є наслідком гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження; надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, в тому числі контрольні огляди лікаря та/або огляд (консультація) лікаря за наслідком якого не призначене лікування чи не входять у призначене лікарем лікування; надання таких спеціальних послуг, як окрема палата, телефон, телевізор тощо; • послуги та лікування, що можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до закінчення подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування і т.п.; • проведення високотехнологічних маніпуляцій і операцій на серці та судинах, у т.ч. ангіографія, коронарографія, ангіопластика, шунтування, стентування, встановлення штучного водія ритму і т.п.; • діагностичні послуги: консультації, лабораторні дослідження та інші заходи не призначені лікарем та/або Асистуючою компанією, як необхідні для встановлення діагнозу для подальшого лікування; • проведення профілактичних вакцинацій; • проведення лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком; • всі види пластичних та косметичних операцій і процедур, всі
--	--	---

		види протезування, трансплантації органів; • стоматологічне лікування, за винятком зазначеного в умовах договору; • фізіотерапевтичне, реабілітаційне лікування та лікування нетрадиційними методами; • лікувальний відпочинок, санаторно-курортне та оздоровче лікування, а також спа-процедури; • придбання або ремонт допоміжних засобів (таких як кардіостимулятори, окуляри, контактні лінзи, слухові апарати, інгалятори, протези, милиці, інвалідні візки, вимірювальні прилади тощо), засоби для металоостеосинтезу (шпиці, гвинти, пластини, штифти та подібні матеріали), придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування; • штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи по запобіганню вагітності; • лікування алкоголізму, наркоманії і т.п., у тому числі лікування абстинентного синдрому. • медична евакуація, репатріація, поховання за кордоном організовані без письмового узгодження (погодження) із Асистуючою компанією та/або Страховиком незалежно від суми витрат; • витрати, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування; • самолікування, а також лікування, що здійснюється подружжям, батьками, або дітьми; • необхідність у індивідуальному догляді, патронажі, охороні, • витрати на проживання (за виключенням якщо такі підстави передбачені умовами страхування), харчування тощо в тому числі під час перебування на самоізоляції, карантині, обсервації і т.п., а також під час амбулаторного лікування; • на продовження лікування Страхувальника (Застрахованої особи) після її повернення з подорожі до місця постійного перебування (проживання), а також не відшкодовуються витрати, які покриваються за рахунок соціального, медичного страхування та іншого забезпечення; • не відшкодовуються витрати, передбачені умовами страхування на суму понад 1000 у.о. валюти страхової суми, за якими необхідне попереднє письмове узгодження (погодження) із Асистуючою компанією та/або Страховиком, а таке узгодження (погодження) зроблене не було; • моральна шкода; • події та випадки, визначені в розділі 4 глави 1 Додатку №1 до Оферти; • інші події та витрати, які не входять в обрану програму страхування або мали місце до початку або після закінчення строку страхування або не на території дії договору.
--	--	---

20.	Обмеження страхування	Страховий продукт «Страхування витрат пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі за кордон України з метою працевлаштування або навчання» може придбаватися тільки разом зі страховим продуктом за 1 класом «Страхування від нещасного випадку під час подорожі за кордон України або по території України». Договір страхування в частині страхування фінансових ризиків укладається із особами у віці до 90 років, якщо інше не визначено в договорі страхування, поїздка яких починається з території України або країни місця знаходження Страхувальника (Застрахованої особи) та з якої починається подорож При страхуванні осіб у віці від 65 до 90 років договір підлягає застосуванню націнки. <u>Обмеження страхування:</u> Не укладаються договори страхування щодо наступних осіб: • з фізичними особами у віці понад 90 років; • громадянами російської федерації, білорусі, Сирії, Ірану, Північної Кореї та М'янми, за винятком тих, які мають посвідку на постійне проживання в Україні; • визнаними у законодавчому порядку недієздатними. Страхове покриття не діє на території постійного місця проживання Страхувальника (Застрахованої особи): російської федерації; білорусі; Сирії; Ірану; Північної Кореї та М'янми.
21.	Підстави для відмови у страховій виплаті	Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок: • громадських заворушень, страйків або надзвичайного (в т.ч. воєнного стану) стану; • дії ядерного інциденту чи іонізуючого випромінювання; • застосування ядерної, хімічної чи біологічної зброї; • терористичних актів, стихійних лих, за винятком якщо такі події передбачені умовами страхового продукту; • вчинення самогубства або замаху на самогубство Страхувальником (Застрахованою особою) (за винятком випадків, коли Страхувальника (Застраховану особу) було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб); • здійснення або при спробі здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами; • активна участь у війні (оголошена чи неоголошена), громадянській війні, бойових або військових діях; • нараження Страхувальником (Застрахованою особи) на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя); • перебування Страхувальника (Застрахованої особи) у стані

		алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння. <u>Також самостійними підставами для відмови у здійсненні страхової виплати є:</u> • навмисні дії або бездіяльність Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної самооборони (без перевищення її меж) або випадків, визначених законом або міжнародними звичаями; • вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; • подання Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої має бути здійснена страхова виплата, завідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування, місцезнаходження Страхувальника (Застрахованої особи) на дату укладання договору страхування, або про факт та причини настання страхового випадку. Доказом місця знаходження Страхувальника (Застрахованої особи) на дату укладання договору є відповідні відмітки про перетин кордону в паспорті для подорожей за кордон; • створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків; • несвоєчасне повідомлення Страховика про настання страхового випадку без поважних причин та/або невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків визначених договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків); • невчасне подання Страховику письмової заяви для отримання страхової виплати та інших документів визначених в договорі страхування; • невиконання вказівок Страховика в процесі врегулювання страхової події; • захворювання, які є наслідком психічної реакції на військові події, внутрішні заворушення, терористичний акт, авіакатастрофу, стихійні явища або побоювань, пов'язаних із такими подіями; • хронічні та психічні захворювання, навіть якщо вони виявлені вперше або проявляються періодично; • страхування осіб у віці понад встановленого вікового ліміту або страхування осіб без застосування націнок; • виконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого виду фізичної роботи, заняття активним туризмом, спортом та екстримом, якщо такі ризики не були застраховані та не застосовані відповідні націнки.
--	--	--

22.	Порядок вирішення спорів	Спори, пов'язані з договором страхування, укладеного на умовах Оферти, вирішуються шляхом переговорів. Якщо сторони під час переговорів не дійшли згоди, вирішення спорів здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України, при цьому сторони, керуючись ст.27 Цивільного процесуального Кодексу України визначили, що місцем територіальної підсудності є відповідний суд у м. Києві за місцезнаходженням Страховика. В разі незгоди з рішенням Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати, Страхувальник (Застрахована особа) може звернутися з письмовою скаргою (апеляцією) на рішення до уповноваженого Страховика щодо розгляду скарг (апеляцій) – Вишталюка О.І. за адресою: 04071, м. Київ, вул. Спаська, 5, оф.15. Також рішення Страховика може бути оскаржене до Національного Банку України, адреса: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ-8, 01601, тел. 0 800 505 240 або до Головного управління Держпродспоживслужби в м. Києві, 04053, м. Київ, вул. Некрасовська, 10/8 або до суду.
23.	Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	При настанні страхової події, що потребує медичної допомоги необхідно негайно, зв'язатися з Асистуючою компанією Euro-Center Holding SE за номером телефону: + 420-221-860-656 або +420 221 860 652 або по e-mail: help@euro-center.com (якщо інший Асистанс вказаний в договорі страхування). Також Ви можете зв'язатися із Страховиком для здійснення заяв або отримання інформації з таких питань: • з питань страхових подій, що не вимагають надання медичної допомоги; • з питань отримання страхових виплат; • для отримання консультацій по страхуванню; • а також з інших питань, пов'язаних із укладеним Вами договором страхування, за номером телефону: 0800217878 (багатоканальний) або +38 044 299 78 87 (у робочі дні з 10.00 до 17.00 за Київським часом, у п'ятницю – до 16.00).