

«Затверджено»
Рішення Правління №2411
від 10 червня 2024

**Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт
«Страхування витрат пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у
скрутне становище під час здійснення подорожі за кордон України»**

Цей документ містить загальну інформацію про стандартний страховий продукт та не є пропозицією щодо укладання договору страхування. Зазначена інформація потрібна для розуміння сутності, ризиків, потенційних вигоди та збитків цього продукту і допомагає порівняти його з іншими продуктами.

№ 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. Основні умови страхового продукту		
5.	Клас страхування та опис страхового продукту	Клас страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» <u>Опис страхового продукту:</u> Страховик за визначену договором плату (страхову премію) зобов'язується відшкодувати страхувальнику (застрахованій особі або вигодонабувачу), відповідно до умов договору страхування, медичні та інші, ніж медичні, витрат, які в свою чергу пов'язані з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон.

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

6.	Страхові ризики та обмеження страхування	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). - 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 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; ▪ 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 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; ▪ 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 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 (компенсація) 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 договором; ▪ 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 тюттори. 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; ■ 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 судове чи позасудове 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. Конкретний перелік ризиків визначається в оферті та обраній програмі страхування
--	--	---

		Страховий продукт «Страхування витрат пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі за кордон України» 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 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) та з якої починається подорож. При страхуванні осіб у віці від 65 до 90 років поліси страхування підлягають 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.
7.	Територія та строк дії договору страхування	Територія дії зазначається в договорі як: Географічна зона «Європа» (графічне відображення EUROPE або EU). До зони «Європа» 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. <u>При цьому договір страхування не діє на території:</u> • 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. Строк страхування: <u>Початок та закінчення строку дії договору укладеного на умовах 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). <u>Початок та закінчення строку дії договору 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 у вищевказаному пункті, страховий захист (страхове покриття) починає діяти через 48 годин після дати, вказаної як початок строку страхування. При цьому надання послуг, визначених в договорі страхування по даному продукту в зв'язку з настанням нещасного випадку, 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 Страхувальника (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 Страхувальником (Застрахованою особою) на території дії договору. Початок перебування Страхувальника (Застрахованої особи) за кордоном по кожній окремій поїздці визначається
--	--	---

		відповідно до відміток прикордонної служби у паспорті особи для закордонних поїздок, або відповідно до інформації (листа) прикордонної служби країни в яку здійснювалася подорож. Мінімальна кількість застрахованих днів може бути 3 Максимальна – 365 днів.
8.	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	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. Ліміт відповідальності визначається у відсотках від страхової суми або у сталій сумі в у.о. в залежності від страхового ризику і вказується в індивідуальній частині договору страхування (в разі його застосування).
9.	Франшиза	Франшиза визначається в індивідуальній частині договору страхування за окремими страховими ризиками
10.	Розмір страхової премії/страхового тарифу	Страхова премія - плата за страхування згідно з умовами договору страхування. Страхова премія за договором страхування визначається шляхом множення страхової суми та страхового тарифу. 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.. 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.
11.	Порядок та строки сплати страхової премії	Страхова премія сплачується страхувальником під час або відразу після укладання договору. Сплата страхової премії здійснюється одноразовим платежем Договір страхування видається (надсилається) Страхувальнику тільки після сплати страхової премії.

		Без сплати страхової премії договір страхування не набуває чинності.
12.	Обов'язки сторін	<u>Обов'язки страховика:</u> - 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 Страхувальника з умовами договору страхування; - повернути страхову премію Страхувальнику у випадку, передбаченому договором страхування; - за несвоєчасне здійснення страхової виплати сплатити Страхувальнику (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. <u>Обов'язки страхувальника (застрахованих осіб):</u> - 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 Страхувальником 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) Страхувальника 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.
13.	Підстави та порядок припинення дії 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

	Страховальнику 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 Страховальника, 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 Страховальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то Страховик повертає Страховальнику сплачену ним страхову премію повністю. У разі дострокового припинення договору страхування за вимогою Страховика, Страховальнику повертаються повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страховальником 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 Страховальник 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 Страховальником. Сплачена страхова премія не повертається у разі дострокового припинення дії договору страхування у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страховальником (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 Страховальником 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.
	3. Здійснення страхових виплат

14.	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 контакти якої вказані в договорі страхування 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 у визначеному в договорі страхування ліміті. Якщо вартість амбулаторного або стаціонарного лікування перевищує зазначену в договорі страхування суму– 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 у визначеному в договорі страхування ліміті. 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 самостійної 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.
15.	Порядок здійснення страхових виплат	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 самостійно та звернутися до Страховика за їх відшкодуванням. У випадку самостійної 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:

		• 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: посадкові 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.
16.	Винятки зі страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	<u>Винятками зі страхових випадків є:</u> 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 вушної 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. ін.; ● проведення високотехнологічних маніпуляцій і операцій на серці та судинах, у т.ч. ангіографія, коронарографія, ангіопластика, шунтування, стентування, встановлення штучного водія ритму і т. ін.; ● 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. ін., 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. ін., 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 у визначеному договорі ліміті, 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 Оферті; ● 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. <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, за винятком якщо такі події передбачені умовами страхового продукту, 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; - інші випадки, передбачені чинним законодавством України.
		4. Інша інформація
17.	Форма договору страхування	Форма договору: паперова або електронна. Договір укладається шляхом приєднання до публічної пропозиції (Оферти) страховика.
18.	Канали реалізації страхового продукту	Страховий продукт можна придбати в офісі та або на сайті страховика <u>або</u> через страхових посередників (агентів).
19.	Інша інформація про страховий продукт	Страховий продукт може придбаватися тільки разом зі страховим продуктом «Страхування від нещасного випадку під час подорожі» може придбаватися тільки разом зі страховим

		продуктом за 18 класом «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі».
20.	Посилання на документи у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Повна інформація про стандартний страховий продукт міститься у загальних умовах страхового продукту та публічних офертах розміщені відповідно до посилань https://eurotravelins.com.ua/ua/publicna-informacija/strakhovi-produkti/ та https://eurotravelins.com.ua/ua/publicna-informacija/publicni-oferti/