

ПРОПОЗИЦІЯ № 005-3.4.1
 щодо укладення електронного договору добровільного комплексного страхування осіб, що подорожують за кордоном
 (Публічна частина Договору, далі - Пропозиція)
 редакція від 15 червня 2022 року

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказом № 20 від 15.06.2022
 Голова правління АТ "СК "ОПІКА"

О.П. Коріненко



ПРЕАМБУЛА

- Ця Пропозиція є офіційною публічною офертою Страховика (далі - Оферта), що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – Клієнти), укласти електронний договір добровільного комплексного страхування осіб, що подорожують за кордоном (далі – Договір страхування, Договір) шляхом приєднання за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його Страхового агента.
- Відповідно до умов цієї Пропозиції Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) на умовах та в обсязі, передбачених Договором страхування та Програмою страхування, а Страховальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у строки та у розмірах, зазначених у Договорі страхування, і виконувати інші умови Договору страхування.
- За цим Договором страховий захист Страховальнику (Застрахованій особі) може надаватись за наступними видами добровільного страхування (якщо індивідуальній частині Договору (Полісі) обрані відповідні опції та Програма страхування):
 - добровільного страхування медичних витрат (далі – страхування медичних витрат);
 - добровільного страхування від нещасних випадків (далі – страхування від нещасних випадків)
- Страхування від нещасних випадків може здійснюватися лише при одночасному страхуванні медичних витрат.
- Ця Пропозиція включає умови страхування щодо:

Розділ I. Загальні умови страхування осіб, що подорожують за кордоном;

Розділ II. Умови страхування медичних витрат;

Розділ III. Умови страхування від нещасних випадків;

Розділ IV. Опції страхування та Програми страхування.

- За цією Пропозицією Страховальнику для вибору пропонуються Програма страхування та франшизи, а саме:

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ	Так/Ні	Так/Ні	
Назва програми/опції страхування	Туризм	Праця	
Страхова сума	Так/Ні	Так/Ні	
зі страхування Медичних витрат	30 000 EUR/USD*	50 000 EUR/USD*	
Швидка медична допомога	В межах страхової суми		
Екстрений стаціонар	В межах страхової суми		
Амбулаторна допомога	В межах страхової суми		
Медикаментозне забезпечення	30% страхової суми	100% страхової суми	
Екстрена стоматологія	100 EUR/USD	300 EUR/USD	
Лікування COVID	1000 EUR/USD		
Медична евакуація	В межах страхової суми		
Медична репатріація	В межах страхової суми		
Страхова сума	5 000 UAH		
зі страхування від Нещасних випадків			
Травма внаслідок нещасного випадку	В межах страхової суми		
Інвалідність внаслідок нещасного випадку	В межах страхової суми		
Смерть внаслідок нещасного випадку	В межах страхової суми		
6.1. КЛАС СТРАХУВАННЯ/ФРАНШИЗА	Так/Ні	Так/Ні	Так/Ні
Назва класа	Комфорт	Економ	Стандарт
Франшиза відповідно класа	0 EUR/USD*	50 EUR/USD*	100 EUR/USD*

* Валюта страхових сум (лімітів) та франшиз (EUR/USD) визначається згідно з валютою, вказаною в індивідуальній частині Договору (Полісі), що була обрана Страховальником при його укладенні (акцептуванні цього Договору).

7. Детальний опис Програм страхування та опис опцій, що входять в Програму страхування наведено в п.37 цієї Пропозиції. Для застрахованої особи діє Програма страхування, обрана Страховальником при укладенні Договору та зазначена в Індивідуальній частині Договору (далі – Полісі).

8. Порядок укладення Договору

8.1. Для укладення Договору Клієнту необхідно зайти на WEB-сторінку Страховика або Страхового агента в мережі Інтернет, або до персонального кабінету, або до інформаційно-телекомунікаційних систем, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладення Договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції; та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору страхування. Перед укладенням Договору Страховальник обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, Правилами страхування, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страховальника укласти Договір страхування. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальну частину Договору страхування.

8.2. Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття (акцепту) Клієнтом пропозиції укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах (запропонованих Страховиком, виходячи із наданої та/або обраної Клієнтом інформації) та на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному сайті Страховика <https://opika.org/company-regulations/> та/або Страхового агента.

8.3. Договір страхування укладений в електронній формі у порядку, визначеному Законом України «Про електронну комерцію». Договір підписано електронними підписами шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та введення Страхувальником в інформаційно-телекомунікаційну систему Страховика або його Страхового агента отриманого одноразового ідентифікатора.

8.4. У разі прийняття (акцепту) Страхувальником пропозиції Страховика укласти Договір страхування, Страховик вважає себе зобов'язаним укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах та умовах Пропозиції.

8.5. Після здійснення акцепту Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору страхування — індивідуальну частину Договору страхування (Поліс) на електронну адресу та / або у персональному кабінеті. Договір страхування набирає чинності після сплати страхового платежу у повному розмірі (одноразово) відповідно до п. 19.5. та п. 19.7. Після набрання Договором чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

8.6. Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс (індивідуальна частина Договору страхування) та Пропозиція (публічна частина Договору страхування), повний текст якої доступний на сайті Страховика <https://opika.org/company-regulations/>. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором страхування.

8.7. Страхувальник, акцептуючи Пропозицію, підтверджує та визнає, що: до укладення Договору страхування на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» Страховик (Страховий агент) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг»; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика <https://opika.org/>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору страхування та Правил страхування йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання цього Договору страхування не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); цей Договір страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору страхування.

8.8. Страхувальник, акцептуючи Пропозицію, підтверджує погодження отримання Полісу, пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування на електронну адресу та / або у персональному кабінеті та/або на мобільний телефон.

8.9. Страхувальник, акцептуючи Пропозицію, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних в цілях пов'язаних з виконанням Сторонами умов даного Договору без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, розсилок SMS-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для надання Страхувальнику інформації про виконання Договору, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, в інших цілях, які не суперечать законодавству України. Страхувальник надає свою згоду на передачу своїх персональних даних розпорядникам баз персональних даних Страховика, а також третім особам, та іншим агентам Страховика, якщо цього вимагає захист прав і законних інтересів суб'єкта персональних даних, або іншим особам, в інших цілях, які не суперечать чинному законодавству України, без додаткового повідомлення Страхувальнику. Страхувальник підтверджує свою повноваженість про власні права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки таких даних, і осіб, яким передаються його персональні дані.

8.10. Страхувальник, акцептуючи пропозицію Страховика про укладення Договору страхування, підтверджує свою згоду з тим, що для підпису Страховика в цьому Договорі може бути використано факсимільне відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика особи, а також відбитка печатки Страховика.

8.11. Страхувальник, акцептуючи Пропозицію: надає Страховику згоду на отримання всієї необхідної інформації в рамках розслідування причин, обставин та наслідків події, що має ознаки страхового випадку, в тому числі згоду на отримання персональних/медичних даних, включаючи відомості, що становлять лікарську таємницю; підтверджує, що ознайомлений з умовами та Правилами страхування, за якими здійснюється страхування за цим Договором; одержав згоду Застрахованої особи на укладення цього Договору, ознайомився та ознайомив Застраховану особу з умовами та Правилами страхування, правами та обов'язками, передбаченими цим Договором щодо Застрахованої особи.

8.12. Відповідно до абзацу 4 пункту 1 статті 12 Закону України «Про електронну комерцію» Сторонами погоджено застосування (використання) факсимільного аналога печатки та підпису зі сторони Страховика (уповноваженої особи) за допомогою нанесення та/або використання механічних приладів (засобів, механізмів) або іншого способу нанесення (відтворення) підпису та печатки. Використання факсимільного відтворення печатки та підпису дозволяється на усіх первинних документах, що складаються Сторонами, та інших документах (листах, вимогах, що підтверджують факти правочинів, додаткових угод та інших). Зразок факсимільного аналогу підпису Голови правління та печатки Страховика та їх комбінації наведені нижче :

ЗРАЗОК ФАКСИМІЛЬНОГО ВІДТВОРЕННЯ ПІДПISУ СТРАХОВИКА:

ЗРАЗОК ФАКСИМІЛЬНОГО ВІДТВОРЕННЯ ПЕЧАТКИ СТРАХОВИКА:

РОЗДІЛ I. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЩО ПОДОРОЖУЮТЬ ЗА КОРДОНОМ

9. **СТРАХОВИК** – АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ОПІКА», адреса: п/і 03066, м. Київ, вул. Максимовича Михайла, будинок 8, код ЄДРПОУ – 32670627 (надалі – Страховик), свідоцтво НБУ про реєстрацію фінансової установи серія СТ № Б0000196 від 23.03.2021, IBAN UA 82 300528 0000026503000000071; ліцензія на здійснення добровільного страхування медичних витрат від 07.06.2011 серія АВ № 584329 зі строком дії з 26.05.2011 – безстроково (рішення Держкомфінпослуг України № 1480-лр від 23.05.2011); ліцензія на здійснення добровільного страхування від нещасних випадків від 24.06.2010 серія АВ № 546425 зі строком дії з 17.06.2010 – безстроково (рішення Держкомфінпослуг України № 1448-пл від 15.06.2010); Веб-сторінка в мережі Інтернет <https://opika.org/>; Контактний телефон Страховика для врегулювання страхових випадків – **0 800 75 56 25**.

10. **СТРАХОВИЙ АГЕНТ** – фізична особа або юридична особа, яка діє від імені та за дорученням Страховика і виконує частину його страхової діяльності відповідно до законодавства, діє на підставі договору доручення із Страховиком та (в разі укладення Договору за посередництва Страхового агента) зазначається в Полісі.

11. СТРАХУВАЛЬНИК – дієздатна фізична особа, яка уклала Договір страхування із Страховиком. Страхувальник-фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування на власну користь, є одночасно Застрахованою особою за цим Договором страхування. Договір може бути укладено юридичною особою в інтересах фізичних осіб (Застрахованих осіб). В такому випадку інформація щодо них зазначається в Полісі або додатку до нього Реєстрі – Списку Застрахованих осіб).

12. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа, яка проживає в Україні та/або починає подорож з її території, щодо страхування витрат якої під час здійснення подорожі за кордон укладено цей Договір страхування. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

13. ВИГОДОНАБУВАЧ

13.1. Вигодонабувачем є особа, яка призначена Страхувальником (за згодою Застрахованої особи) у Договорі страхування як особа, яка має право отримати страхову виплату (страхове відшкодування) у разі настання страхового випадку.

13.2. Вигодонабувачем за Договором є Застрахована особа, вказана в Полісі, або представник Застрахованої особи відповідно до законодавства.

14. ПРАВИЛА СТРАХУВАННЯ

14.1. Страхування за Договором здійснюється на підставі:

14.1.1. Правил добровільного страхування медичних витрат № 11 (нова редакція), 25 серпня 2021 р. та зареєстрованих Національним Банком України 22 вересня 2021 р., згідно Рішення про реєстрацію № 21/2725-пк від 22.09.2021; згідно з ліцензією на здійснення добровільного страхування медичних витрат серія АВ № 584329, строком дії з 26.05.2011 – безстрокова;

14.1.2. Правил добровільного страхування від нещасних випадків № 021 (нова редакція), затверджених 28 травня 2021 р. та зареєстрованих Національним Банком України 2 липня 2021 р., згідно Рішення про реєстрацію № 21/1760-пк від 02.07.2021; згідно з ліцензією на здійснення добровільного страхування від нещасних випадків серія АВ № 546425 строком дії з 17.06.2010 – безстрокова.

15. ТЕРМІНОЛОГІЯ

15.1. Терміни, що використовуються в цій Пропозиції, мають такі значення:

Активний відпочинок – відпочинок під час туристичної подорожі з елементами занять спортом на аматорському рівні, без участі в змаганнях, а саме: пляжний футбол, пляжний волейбол, сквош, бадмінтон, катання на «банані», бейсбол (аматорський), баскетбол (аматорський), пляжні розваги, банджі-стрибок (1 стрибок), катання верхи на верблюді, слоні, річкове катання на каное (до 2 класу), крикет (аматорський), велоспорт / велотур (лише до 2 днів), риболовля, футбол (аматорський), гольф, піші прогулянки (без використання будь-якого обладнання для скелелазіння), хокей (аматорський), верхова їзда (до 2 днів), катання на повітряні кулі (одна поїздка), рафтинг, пробіжки (кардіо), катання на каяках (до 2 класу), марафонський біг (аматорський), гірський велосипед (максимум 2 дні), нетбол (аматорський), орієнтування, пейнтбол, стрибок з парашутом (лише один стрибок), парасидент (над водою), катання на поні, катання на роликах, веслування, спринт / біг на довгу дистанцію (аматорський), сафарі, яхтинг, туристичні походи / трекінг 1-2 оівня складності з висотою сходження до 2500 метрів, катання на квадроциклах (до 2 поїздок), катання на гідроциклах (до 2 поїздок), катання на багі (до 2 поїздок), парасейлінг (політ на парашути/парасейлі за катером), плавання (в басейні, річці, морі в межах територіальних вод), аквааеробіка, дайвінг з глибиною занурення до 18 метрів (лише до 2 занурень), гірські лижі, сноуборд, катання на скейті, підводне плавання з маскою, серфінг (любительський, максимум 2 дні), теніс (аматорський), водне поло (аматорське), водні лижі (аматорське, максимум 2 дні), віндсерфінг (аматорський, максимум 2 дні), яхтинг (перегони / екіпаж у межах територіальних вод).

Асистуюча компанія (Асистанс) – юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, які надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) в разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених Договором страхування та Програмою страхування, організовує, контролює, оплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика.

Назва та телефони Асистансу: BALT ASSISTANCE Ltd.

Цілодобовий телефон: +380 44 500 1400

SMS сервіс: +380 93 702 8555

Електронна пошта: claim@calltravel.eu

Багаж – багаж подорожуючого, речі, предмети, які Застрахована особа перевозить з собою, здає під відповідальність перевізника для зберігання у відповідних закладах та/або залишає у місцях проживання під час подорожі.

Близькі родичі Страхувальника (Застрахованої особи) – його (її) жінка (чоловік), діти (в тому числі - всиновлені), його (її) матір, батько (матір, батько його (її) жінки/чоловіка), рідна сестра чи брат.

Гостре захворювання – раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами, у разі ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я, або загрожувати життю Застрахованої особи та вимагає негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до країни свого постійного проживання.

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

Депортація – примусове видворення Застрахованої особи за межі території країни тимчасового перебування до країни постійного проживання.

Електронний договір страхування (Договір страхування) – електронний договір добровільного комплексного страхування осіб, що подорожують за кордоном.

Загострення хронічного захворювання (хвороби) – період перебігу хронічної хвороби, що потребує медикаментозного та іншого лікування до зняття гострого стану або стабілізації стану Застрахованої особи (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи, або загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до країни свого постійного проживання.

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

Ідентифікація Страхувальника в ІТС – підтвердження повноважень Страхувальника на доступ в ІТС Страховика шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.

Країна (місце) постійного проживання – країна (місце), в якій (якому) Страхувальник (Застрахована особа) проживає у цілому не менше 183 днів у календарному році. За цією Пропозицією країною (місцем) постійного проживання є територія України.

Країна (місце) тимчасового перебування – країна (місце), на території якої Застрахована особа знаходиться під час подорожі та на якій діє страховий захист за Договором страхування.

Ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика – граничний розмір страхової виплати (страхового відшкодування) в межах страхової суми, який за згодою Сторін може встановлюватись при укладанні Договору по окремому страховому ризику, на один страховий випадок та / або по окремих видах страхових послуг, в межах якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) при настанні страхового випадку.

Логін – унікальне зареєстроване ім'я Страхувальника в інформаційно-телекомунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої аутентифікації Страхувальника в інформаційно-телекомунікаційних системах Страховика. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону Страхувальника тощо.

Медичні послуги (медична допомога) – консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та інші послуги, які направлені на встановлення діагнозу, усунення чи зменшення симптомів і проявів захворювання чи патологічного стану, з приводу якого звернулася застрахована особа.

Нещасний випадок – раптова, непередбачувана та незалежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи) подія, що сталася внаслідок впливу зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованої особи та (або) її загибелі (смерті).

До зовнішніх факторів можуть бути віднесені стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, укуси та інші випадкові контакти з тваринами, комахами та іншими представниками флори й фауни, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета на Застраховану особу або падіння самої Застрахованої особи, удар стороннім предметом, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.

Під розладом здоров'я внаслідок настання нещасного випадку слід розуміти:

– травматичне ушкодження організму Застрахованої особи (травми, у тому числі отримані внаслідок заподіяних тілесних ушкоджень іншою особою, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля тощо), втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, тепловий удар, опік, обмороження, переохолодження (за винятком застудного захворювання), утоплення, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу) тощо – за умови, що покриття травм передбачено індивідуальною частиною Договору (Полісом);

– зараження інфекційним захворюванням, якщо інфекційна речовина потрапляє в тіло Застрахованої особи через поранення в результаті настання нещасного випадку;

– вивихи, розтягнення, розриви органів, у тому числі розрив хребетного стовпа, поранення органів, ушкодження кінцівок, викликані зусиллями Застрахованої особи в результаті настання нещасного випадку.

Випадки, що підпадають під виключення зі страхових випадків, не покриваються за цим Договором.

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

Опція страхування – конкретна послуга або група послуг певного обсягу, що передбачена Програмою страхування згідно з цим Договором; терміном “опція” в цьому Договорі також позначається обрання Страхувальником окремих видів страхування в Полісі.

Одержувач страхової виплати (страхового відшкодування) – особа, яка одержує страхову виплату (страхове відшкодування) згідно з умовами Договору страхування.

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

Подорож – поїздка Застрахованої особи територією (акваторією), зазначеною в Договорі страхування, з будь-якою метою, що не суперечить чинному законодавству України та країни перебування (туризм, праця, відпочинок, спортивні змагання, відвідування родичів тощо).

Програма страхування – перелік медичних та інших додаткових послуг, надання яких або відшкодування вартості яких передбачені Договором страхування. Програма страхування складається з окремих опцій страхування, їх деталізації та інших умов страхування, визначених цим Договором.

Рейсовий політ – політ, зареєстрований в офіційному переліку рейсів та (або) в міжнародному довіднику авіарейсів (ABC World Airways Guide), за умови що перевізник має ліцензію, сертифікат або інший дозвіл на здійснення рейсових перевезень, видані відповідними компетентними органами країни, на території якої зареєстрований цей перевізник (літак), і за умови, що перевізник відповідно до даного дозволу утримує у технічно справному стані літак і регулярно публікує розклад і тарифи на перевезення пасажирів.

Розлад здоров'я – стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму, що потребує невідкладної медичної допомоги.

Раптовий розлад здоров'я – гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що загрожує життю та вимагає надання негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до країни свого постійного проживання або смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).

Страховий ризик – раптовий розлад здоров'я – подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася на території дії Договору та протягом вказаних в ньому строків, і з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) Страхувальнику, Застрахованій особі або іншій особі (одержувачу страхової виплати) згідно з умовами Договору страхування та відповідної Програми страхування.

Страховий захист (страхове покриття) – зобов'язання Страховика (поширення дії Договору на конкретну особу/територію/подію), визначені Договором страхування та Програмою страхування, щодо здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) у разі настання страхового випадку, який стався в обумовлений Договором страхування відрізок часу та на обумовленій в ньому території страхування.

Франшиза (безумовна) – частина збитків, яку Страховик не відшкодовує відповідно до умов Договору страхування. Безумовна франшиза вираховується при розрахунку розміру страхової виплати (страхового відшкодування) при кожному та будь-якому страховому випадку згідно з умовами Договору страхування та Програми страхування.

COVID – коронавірусна хвороба COVID-19 (код U07.1 згідно з Міжнародною класифікацією хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я десятого перегляду (МКХ-10)).

16. ГРУПИ РИЗИКУ

16.1. Із метою визначення ступеню ризику за умовами цього Договору застосовуються такі визначення груп ризику (їх умовні позначки) для Застрахованих осіб за цим Договором:

16.1.1. **Туризм (Т)** – культурно-пізнавальний (екскурсійний), паломницький (релігійний), пляжний та інші подібні категорії туризму, відвідування родичів, що орієнтовані на спокійну і не напружену, в сенсі фізичних навантажень, програму туристичної подорожі. Дана опція покриває активний відпочинок під час туристичної подорожі, без участі в змаганнях (визначення згідно з п. 15. Пропозиції).

16.1.2. **Праця за наймом (W)** – виконання оплачуваної фізичної роботи характерної для робітничих професій у галузях будівництва, промисловості, транспорту, добування корисних копалин, сільського та комунального господарства або в приватних домогосподарствах.

16.2. Група ризику за Договором вказується в Полісі.

17. ВІКОВІ КАТЕГОРІЇ

17.1. Із метою визначення ступеню ризику за умовами цього Договору застосовуються такі вікові категорії (та їх умовні позначки) для Застрахованих осіб за цим Договором:

17.1.1. **CH2** - діти віком від 3 до 16 повних років;

17.1.2. **OL** - особи віком від 17 до 59 повних років;

17.1.3. **OL1** - особи віком від 60 до 69 повних років.

17.2. Вікова категорія для конкретного Страхувальника (Застрахованої особи) вказується в Полісі.

18. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА

18.1. Страхова сума – це грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести виплату (здійснити виплату страхового відшкодування) при настанні страхового випадку.

18.2. Розміри страхових сум та лімітів визначаються згідно з цією Пропозицією та вказуються в Полісі.

18.3. В межах встановленої страхової суми, Програмою страхування можуть бути передбачені окремі ліміти відповідальності (зобов'язань) Страховика щодо здійснення страхових виплат за всіма страховими випадками, що сталися протягом строку та на території дії Договору страхування, для окремої опції страхування.

18.4. Страхові суми та ліміти відповідальності, зазначені в Полісі та Програмах страхування в іноземній валюті, визначаються (конвертуються) в іноземній валюті відповідної держави (країни) перебування Застрахованої особи на дату надання Застрахованій особі послуг, передбачених умовами цього Договору – згідно з офіційним курсом держави, на території якої такі послуги були надані.

18.5. Страхові суми та страхові платежі, якщо Договір страхування укладений за всіма або декількома обраними видами страхування (страховими ризиками), що зазначені в Полісі, є страховими сумами та страховими платежами для однієї Застрахованої особи.

18.6. Загальний страховий платіж за Договором страхування визначається шляхом сумачії страхових платежів, розрахованих за окремими видами страхування для кожної Застрахованої особи, та зазначається в Полісі.

18.7. Страховик несе відповідальність за ризиками, визначеними у Договорі страхування, у межах відповідної страхової суми та лімітів відповідальності Страховика, зазначених в Полісі.

18.8. Загальна сума страхових виплат (виплат страхового відшкодування) за один або декілька страхових випадків, що сталися протягом строку дії Договору страхування (дії страхового захисту за Договором страхування), не може перевищувати страхової суми та/або лімітів відповідальності Страховика, передбачених Договором.

18.9. У разі укладення Договору страхування за варіантом "Багаторазові подорожі", що передбачає здійснення декількох подорожей, у разі настання страхового випадку та здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) обсяг відповідальності Страховика (максимальний розмір страхового відшкодування, який на момент укладення Договору дорівнює відповідній страховій сумі) зменшується на розмір здійсненої виплати з дати настання такого страхового випадку.

18.10. Договором страхування може бути передбачена франшиза (безумовна), розмір якої зазначається в Полісі.

19. СТРОК ДІЇ

19.1. Строк дії Договору страхування визначається за згодою Сторін та вказується в Полісі.

19.2. Договір страхування може бути укладений за такими варіантами:

- Одноразова подорож,
- Багаторазова подорож (мультивіза/multi).

19.2.1. **Одноразова подорож** – поїздка, яка здійснюється Застрахованою особою з чітко визначеними строками перебування за кордоном, з можливістю разового в'їзду на обмежений строк до обраної країни подорожі (території дії Договору). Як правило, такі поїздки можуть здійснюватися за гостьовими, туристичними, робочими та іншими типами віз, а також в рамках безвізового режиму, що дають право разового в'їзду на територію обраної країни.

19.2.2. **Багаторазова подорож (мультивіза/multi)** – поїздка, яка здійснюється Застрахованою особою з відкритою датою перебування за кордоном – тобто Застрахована особа може перебувати на території обраної країни (території місця дії Договору страхування) багаторазово, але у межах лімітів (днів), визначених у Договорі страхування, при цьому, при кожному в'їзді за кордон, строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території місця дії Договору страхування. Як правило, такі поїздки можуть здійснюватися за гостьовими, туристичними, робочими та іншими типами віз, які дають право в'їзду на територію обраної країни багаторазово.

19.3. Страховик несе відповідальність за цим Договором протягом кількості днів (строку перебування Застрахованої особи за кордоном), яка зазначена в Полісі – "Строк страхування – днів".

19.4. У разі укладення Договору страхування за варіантом "Багаторазові подорожі", що передбачає здійснення декількох подорожей, в Полісі зазначається загальний строк дії Договору страхування ("з – по") та передбачається максимальний строк перебування Застрахованої особи на території дії Договору, протягом якого діє страховий захист за Договором страхування в Полісі – "Строк страхування – днів".

19.5. Договір страхування набирає чинності та страховий захист (відповідальність Страховика) за Договором страхування починає діяти з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Договорі страхування як дата початку строку його дії, але не раніше дати сплати Страхувальником страхового платежу у повному розмірі на поточний банківський рахунок Страховика та не раніше моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час в'їзду з країни проживання.

19.6. Страховий захист за Договором страхування припиняє діяти та Договір страхування втрачає чинність з 24 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Полісі як дата закінчення строку його дії, але не пізніше моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час в'їзду до країни постійного проживання (крім страхування за варіантом "Багаторазові подорожі").

20. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 20.1. Місце дії Договору страхування (територія страхування) визначається за згодою Сторін та вказується в Полісі.
- 20.2. З метою визначення ступеню ризику за умовами цього Договору, залежно від напрямку подорожі, за цим Договором застосовуються такі територіальні зони (їх умовні позначки) для Застрахованих осіб за Договором:
- 20.2.1. **Зона 1** – країни Європи (Шенген), СНД, Європи, Грузія, Великобританія;
- 20.2.2. **Зона 2** – весь світ;
- 20.2.3. **Зона 3** – країни Європи (в т.ч. Шенген), Єгипет, Туреччина, Туніс.
- 20.3. З території дії Договору (території страхування) в будь-якому разі виключаються території:
- 20.3.1. країни постійного проживання Застрахованої особи;
- 20.3.2. держави (території держав в т.ч. невизнані та анексовані території), в межах яких проводяться військові дії або проводяться військові антитерористичні операції (ООС);
- 20.3.3. держави, по відношенню до яких застосовані економічні та/або військові санкції ООН;
- 20.3.4. держави (території держав), при відвідуванні яких з очевидною вірогідністю може бути заподіяно шкоду життю та здоров'ю людей.
- 20.4. Якщо випадок настав на території країн та територій, що не підпадають під дію цього Договору згідно з умовами цієї Пропозиції, то такий випадок не є страховим і Страховик не здійснює страхову виплату (виплату страхового відшкодування).

21. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ДОГОВОРУ

21.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

- 21.1.1. Вимагати від Страховика роз'яснень умов страхування та отримувати будь-яку інформацію, що стосується умов цього Договору;
- 21.1.2. Отримати послуги, передбачені умовами Договору та обраної Програми страхування при настанні страхового випадку, в тому числі послуги Асистансу, в межах страхової суми та лімітів на відшкодування таких витрат, вказаних у Договорі;
- 21.1.3. Звертатися до Асистансу (Страховика) для отримання інструкцій щодо дій при настанні події, що містить ознаки страхового випадку;
- 21.1.4. Отримати страхову виплату (виплату страхового відшкодування), в тому числі послуги Асистансу, в обсязі та на умовах, передбачених Договором страхування та обраною Програмою страхування;
- 21.1.5. Повідомити Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі;
- 21.1.6. Ініціювати внесення змін та доповнень до умов Договору страхування та/або дострокове припинення дії Договору страхування за умови письмового повідомлення Страховика про причини прийняття такого рішення, крім випадку, коли подорож вже почалася;
- 21.1.7. Отримати дублікат Договору страхування у разі втрати його оригіналу протягом строку дії Договору страхування, для чого звернутися до Страховика з письмовою заявою про видання дубліката;
- 21.1.8. Оскаржити відмову Страховика здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) або її розмір у судовому порядку згідно з законодавством України.
- 21.1.9. Інші права, що передбачені цим Договором страхування.

21.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

- 21.2.1. При укладенні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі протягом строку дії Договору страхування надавати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику;
- 21.2.2. Своєчасно сплатити страховий платіж у розмірі та строки, обумовлені в Договорі страхування;
- 21.2.3. Не допускати дій або бездіяльності щодо випадків, настання яких збільшує ступінь страхового ризику (в тому числі свідомо не створювати ризику втрати чи заподіяння шкоди власному здоров'ю та (або) здоров'ю інших Застрахованих осіб, в тому числі дітей, які подорожують разом із Застрахованою особою, або інших осіб, якими він опікується), а у разі їхнього виникнення вживати всіх необхідних заходів для усунення обставин, що підвищують ступінь страхового ризику;
- 21.2.4. Вживати всіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку, в тому числі виконувати рекомендації лікарів;
- 21.2.5. При настанні події, що містить ознаки страхового випадку, повідомити Асистанс (Страховика) про це до звернення в лікувальний заклад та дотримуватись інструкцій Асистанса (Страховика), виконувати порядок дій при настанні страхового випадку, визначений Договором;
- 21.2.6. Погодитись на переведення в лікувальний заклад країни постійного проживання для подальшого лікування з моменту, коли лікар визначає, що стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє їй самій чи в супроводі іншої особи повернутися в країну постійного проживання для подальшого лікування;
- 21.2.7. За власний рахунок сплатити медичні та інші послуги, що не покриваються згідно з цим Договором (на які поширюється франшиза та/або які підпадають під обмеження покриття, виключення з страхових випадків) згідно з Договором;
- 21.2.8. Надати Страховику всю необхідну інформацію та документи, передбачені цим Договором, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків та ідентифікують Застраховану особу у визначений цим Договором строк;
- 21.2.9. Виконувати прийняті на себе зобов'язання згідно з умовами Договору страхування;
- 21.2.10. В частині обставин страхового випадку, передбачені умовами Договору будь-якої інформації, пов'язаної зі страховим випадком, комерційної таємниці стосовно Страхувальника (Застрахованої особи), а також, на вимогу Страховика, надати йому необхідні повноваження на одержання від третіх осіб (лікарів, лікувальних закладів, інших організацій, які надавали Застрахованій особі послуги, передбачені умовами Договору) будь-якої інформації, пов'язаної зі страховим випадком.
- 21.2.11. Не передавати Договір страхування (Поліс) іншим особам з метою отримання ними медичних та/або інших послуг;
- 21.2.12. У разі оформлення Договору страхування за умовою «Багаторазова подорож» – при настанні страхового випадку надати Асистуючій компанії або Страховику копії всіх сторінок закордонного паспорта та/або документи, що підтверджують дати перетину кордону України з іншими країнами (квитки та інші документи), з обов'язковим пред'явленням уповноваженим особам Страховика оригіналу паспорта та/або оригіналів відповідних документів, за якими встановлюються дати перетину кордону України (виїзду та в'їзду);
- 21.2.13. Повернути Страховику протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання письмової вимоги Страховика, отриману страхову виплату (виплату страхового відшкодування) (або відповідну її частину), якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявиться обставина, що повністю або частково

позбавляє Страхувальника (Застраховану особу) права на її одержання.

21.2.14. Страхувальник зобов'язаний при укладенні Договору страхування на користь іншої особи (Застрахованої особи), ознайомити її з умовами Договору страхування та отримати її згоду на страхування, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.

21.3. Страховик має право:

21.3.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником (Застрахованою особою) відомостей, вимагати надання відомостей та документів, що мають значення для визначення ступеня страхового ризику, а також іншої документації Страхувальника (Застрахованої особи), що стосується предмета Договору страхування, у будь-який момент його дії;

21.3.2. У разі збільшення ступеня страхового ризику запропонувати Страхувальнику внести зміни до умов Договору страхування, включаючи сплату додаткового страхового платежу, або припинити його дію відповідно до умов цієї Пропозиції;

21.3.3. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування або дострокове припинення дії Договору страхування згідно з цією Пропозицією;

21.3.4. Надсилати запити до правоохоронних, інших компетентних органів та будь-яких підприємств та організацій, що володіють інформацією про страховий випадок, з метою отримання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, обставини та причини настання страхового випадку і розмір завданого збитку;

21.3.5. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку, вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) документи та інформацію, необхідну для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку або розміру фактичного збитку, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею та самостійно визначати розмір шкоди, заподіяної життю, здоров'ю, працездатності Застрахованої особи при настанні страхового випадку, в тому числі шляхом залучення Страховиком суб'єктів оціночної діяльності;

21.3.6. Відмовити у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або відмову у здійсненні виплати у випадках, передбачених цією Пропозицією;

21.3.7. На проведення незалежної медичної експертизи стану здоров'я Застрахованої особи;

21.3.8. Вимагати повернення виплаченої суми страхової виплати (виплати страхового відшкодування) при виникненні відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, цією Пропозицією, що позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування).

21.3.9. Інші права, що передбачені цим Договором страхування.

21.4. Страховик зобов'язаний:

21.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

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

21.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) у передбачений умовами Договору страхування строк (в тому числі забезпечити надання Застрахованій особі послуг на умовах, передбачених Договором та Програмою страхування). Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати страхового відшкодування відповідно до умов цієї Пропозиції.

21.4.4. За заявою Страхувальника (Застрахованої особи) у разі здійснення ним заходів, що зменшили ступінь страхового ризику, переукласти з ним Договір страхування або внести зміни до умов Договору страхування;

21.4.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

21.4.6. Виконувати прийняті на себе зобов'язання згідно з умовами Договору страхування.

21.5. Страхувальник (Застрахована особа) несе відповідальність за достовірність наданих Страховику документів та інформації (в разі надання недостовірної інформації це може бути підставою для відмови у страховій виплаті або виплаті страхового відшкодування).

22. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) В РАЗІ НАСТАННЯ ВИПАДКУ

22.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, за видами страхування, передбаченими умовами цього Договору, Страхувальник (Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси) зобов'язаний:

22.1.1. Перед тим, як звернутись по допомогу до медичного закладу чи лікаря, у будь-який час доби звернутися за телефонами, вказаним в індивідуальній Полісі, до Асистуючої компанії, яка є представником Страховика за кордоном, або до Страховика і отримати рекомендації щодо подальших дій та повідомити таку інформацію:

- прізвище та ім'я Страхувальника (Застрахованої особи);
- найменування Страховика, номер Договору страхування;
- Програму страхування, розмір страхової суми та територію дії Договору страхування;
- обставини настання події та характер необхідної допомоги;
- місцезнаходження Застрахованої особи та номер контактного телефону;
- іншу інформацію на запит Асистуючої компанії або Страховика.

Якщо зв'язок із Асистансом (Страховиком) є неможливим з технічних причин та/або внаслідок різкого погіршення стану здоров'я Застрахованої особи і Застрахованій особі надана невідкладна медична допомога, вона повинна після стабілізації стану здоров'я, за першої нагоди, пред'явити представникам медичної служби Договір страхування та негайно (в строк не пізніше ніж 2 доби з дати настання події) зателефонувати до Асистансу (Страховика).

Зазначені дії від імені Застрахованої особи може здійснити Страхувальник або третя особа (родич, співробітник Страхувальника (Застрахованої особи), керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо);

22.1.2. Після звернення до Асистуючої компанії виконувати надані нею рекомендації щодо своїх подальших дій;

22.1.3. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків/ шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку;

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

22.1.5. Звільнити третіх осіб (лікарів, медичні заклади, інші організації, які надавали послуги Застрахованій особі або мають інформацію про подію, що сталася), від обов'язків щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, а також дітей, які подорожують разом з нею, або інших осіб, якими вона опікується, у випадку якщо вони є Застрахованими особами за цим Договором;

22.1.6. Надати скан-копію свого закордонного паспорту при зверненні до Асистансу для підтвердження строків перебування за кордоном;

22.1.7. Передати представнику Асистансу або Страховику невикористані авіа- або залізничні квитки в період їх чинності, а у разі неможливості це зробити за станом здоров'я – за першої нагоди;

22.1.8. Якщо Застрахована особа (або особа, що представляє її інтереси) з об'єктивних причин (знаходження у тяжкому стані, відсутність телефонного зв'язку тощо) не зв'язалася із Асистуючою компанією для отримання Застрахованою особою необхідних послуг та внаслідок цього була вимушена самостійно оплатити медичні та/або додаткові послуги, відшкодування вартості яких передбачене Договором страхування, вона зобов'язана погодити це з Асистансом або Страховиком протягом 24 годин після отримання таких послуг або після того, як була здатна за фізичним станом та/або отримала доступ до телефонного зв'язку або інших засобів комунікації;

22.1.9. Якщо Страхувальник (Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси) без/за погодженням із Асистансом (Страховиком) самостійно сплатив вартість отриманих Застрахованою особою медичних послуг та/або додаткових послуг та/або придбав медикаменти або витратні медичні матеріали, він повинен протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі надати Страховику документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір фактичних збитків відповідно умов цієї Пропозиції.

22.2. При страхуванні від нещасних випадків Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний письмово повідомити Страховика про настання нещасного випадку протягом 3 (трьох) робочих днів з дати повернення з подорожі за формою, встановленою Страховиком та протягом строку, погодженого зі Страховиком надати документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та обсяг заподіяної шкоди відповідно до умов цієї Пропозиції.

У випадку смерті Застрахованої особи Страхувальник, Вигодонабувач (інша особа – отримувач страхової виплати (страхового відшкодування) зобов'язаний письмово повідомити Страховика про настання нещасного випадку протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня настання страхового випадку та надати документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку відповідно до умов цієї Пропозиції.

При невиконанні зазначених вимог, Страховик має право відмовити у здійсненні виплати страхового відшкодування.

22.3. При страхуванні відповідальності Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

– протягом 24 годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, у будь-який час доби звернутися за телефонами, вказаними у цьому Договорі, до Асистуючої компанії, яка є представником Страховика за кордоном, або Страховика і отримати рекомендації щодо подальших дій та вжити всіх можливих заходів щодо запобігання збільшенню та для зменшення розміру збитків / шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку;

– письмово повідомити Страховика про настання події, що містить ознаки страхового випадку, протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі та надати документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків, та інші документи відповідно до умов цієї Пропозиції;

– у разі заподіяння шкоди третім особам без письмової згоди Страховика не робити заяв та не брати на себе зобов'язань щодо добровільного відшкодування шкоди, заподіяної третім особам, не визнавати повністю або частково свою відповідальність, не підписувати будь-які документи, що встановлюють розміри збитку, висунуті до нього у зв'язку з настанням події, що містить ознаки страхового випадку.

При невиконанні зазначених в цьому пункті вимог, Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.

22.4. Надання Страхувальнику (Застрахованій особі) у зв'язку з настанням зазначеної події інструкцій з боку Страховика або його представника, а також вжиття останніми заходів із запобігання та зменшення розміру збитку (шкоди), не є підставою для визнання цієї події страховим випадком.

22.5. Для отримання страхової виплати (страхового відшкодування) надати Страховику документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків.

22.6. Документи, необхідні для здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування), надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально завірених копій, простих копій за умови надання Страховику можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.

22.7. Страховик має право вимагати перекладу українською мовою документів, пов'язаних з подією (довідок, медичного висновку, рахунків тощо) за рахунок Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача).

22.8. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування), надані в неповному обсязі та/або в неналежній формі, або оформлені з порушенням чинних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), страхова виплата (виплата страхового відшкодування) не здійснюється до усунення (виправлення) цих недоліків.

23. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)

23.1. Страхову виплату (виплату страхового відшкодування) при настанні страхового випадку Страховик здійснює згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи) і страхового акта, який складає Страховик або уповноважена ним особа у формі, визначеній Страховиком, після повного встановлення обставин, причин і розмірів заподіяної шкоди (збитків) внаслідок настання страхового випадку.

23.2. Крім випадків здійснення страхової виплати шляхом перерахування Страховиком грошових коштів на поточний банківський рахунок Асистансу, медичного або іншого закладу, який за згодою Страховика надав послуги Застрахованій особі, страхова виплата здійснюється таким чином:

23.2.1. Для складення страхового акта та здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) Страховальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику документи, передбачені умовами цієї Пропозиції (в залежності від виду страхування та страхового випадку, що настав);

23.2.2. Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту одержання всіх необхідних документів (останнього з них, якщо документи надавалися Страховику частинами) для підтвердження факту, причин, обставин та наслідків настання страхового випадку, та для визначення розміру збитків, Страховик:

– Приймає рішення про здійснення страхової виплати, про що складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати (виплати страхового відшкодування) і протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати складення страхового акту здійснює страхову виплату (виплату страхового відшкодування), або

– Приймає обгрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування);

23.2.3. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або про відмову у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування):

– У разі наявності обгрунтованих сумнівів у правомірності вимог Страховальника (Застрахованої особи) на одержання страхової виплати (в тому числі внаслідок виникнення у Страховика сумнівів стосовно достовірності наданих Страховальником (Застрахованою особою) відомостей та документів, або якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини страхового випадку та/або розмір завданих збитків (здійснених витрат). У цьому випадку відстрочення продовжується до одержання необхідних додаткових документів або доказів. Граничний строк відстрочення здійснення страхової виплати в такому разі – не більше ніж 6 (шість) місяців з дати настання випадку. Якщо до завершення вказаного періоду відстрочення зазначені документи/докази не будуть надані або свідчитимуть про наявність підстав для відмови у страховій виплаті/виплаті страхового відшкодування, Страховик приймає рішення про відмову у виплаті;

– Якщо органами внутрішніх справ порушена кримінальна справа проти Страховальника (Застрахованої особи) і ведеться розслідування обставин, що призвели до настання страхового випадку, відстрочення відбувається до закінчення розслідування та ухвалення відповідного рішення у цій справі незалежно від тривалості такого розслідування.

23.2.4. Рішення про відмову у виплаті, або про продовження терміну розгляду справи та прийняття рішення, Страховик письмово повідомляє Страховальнику (Застрахованій особі), з обгрунтуванням причин такого рішення протягом 10 (десяти) робочих днів з дня його прийняття.

23.3. Датою страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного банківського рахунку Страховика.

23.4. Виплата страхового відшкодування визначається в національній валюті (гривні) за валютним курсом НБУ на дату настання страхового випадку.

23.5. Рішення Страховика про відмову в здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) може бути оскаржене у визначеному чинним законодавством порядку.

24. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ЗАГАЛЬНІ ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

24.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) є:

24.1.1. Навмисні дії Страховальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій зазначених осіб встановлюється згідно з чинним законодавством України;

24.1.2. Вчинення Страховальником – фізичною особою або Застрахованою особою умисного кримінального правопорушення, що призвів до настання страхового випадку;

24.1.3. Подання Страховальником або Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку, в тому числі приховування таких відомостей;

24.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страховальником або Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин, або створення Страховикові/Асистансу перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

24.1.5. Відсутність належних документів, що підтверджують факт, причини й обставини настання страхового випадку, на які посилається Страховальник або Застрахована особа;

24.1.6. Настання подій, що є виключеннями зі страхових випадків або підпадають під обмеження страхування, що визначені в цій Пропозиції (залежно від виду страхування та страхового випадку, що настав);

24.1.7. Невиконання Страховальником (Застрахованою особою) своїх зобов'язань, передбачених умовами цієї Пропозиції;

24.1.8. Отримання Страховальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні. Якщо збиток відшкодовано частково, виплата страхового відшкодування здійснюється з урахуванням суми, отриманої як компенсація заподіяного збитку.

24.1.9. Отримання Страховальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від іншого Страховика та/або за іншим договором страхування. Якщо збиток відшкодовано частково, виплата страхового відшкодування здійснюється з урахуванням виплати, отриманої від іншого Страховика та/або за іншим договором страхування.

24.1.10. Інші випадки, передбачені цим Договором та законом.

24.2. Страховик не несе відповідальності (страховими випадками не визнаються) та страхові виплати за Договором не здійснюються, якщо випадки сталися в результаті:

24.2.1. прямого або непрямого впливу іонізуючого випромінювання (дії радіації), ядерного вибуху, радіоактивного забруднення будь-якого походження;

24.2.2. самогубства Застрахованої особи, спроби самогубства, або навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

24.2.3. вживання алкоголю, наркотиків або токсичних речовин; при цьому стан алкогольного сп'яніння визначається на основі норм вживання спиртних напоїв, чинних в країні перебування;

24.2.4. участі Застрахованої особи у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту), повстаннях, бунтах, війнах, народних заворушеннях, якщо Застрахована особа була співучасником дій, що згідно з чинним законодавством країни перебування кваліфікуються як злочин проти громадського порядку та моральності, а також служби Застрахованої особи в збройних силах, військових структурах або формуваннях (офіційних, самоорганізованих, волонтерських) навіть за умови примусу, участі в бойових діях, спецопераціях тощо;

24.2.5. здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) протиправних дій, що знаходяться у прямому причинно-наслідковому зв'язку зі страховим випадком (з настанням розладу здоров'я) та/або інших подій (страхових ризиків), передбачених цим Договором страхування. Протиправні дії можуть бути кваліфіковані як такі згідно з законодавством, чинним як у країні тимчасового перебування, так і в країні постійного проживання Застрахованої особи;

24.2.6. свідомого нараження Застрахованої особи на невинуватну небезпеку або ризик (за винятком рятування життя людини);

24.2.7. виконання Застрахованою особою будь-якої фізичної роботи за наймом, крім випадків, коли це передбачено умовами Договору (в такому разі в Полісі зазначена відповідна група ризику Застрахованої особи);

24.2.8. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом: без наявності при собі посвідчення водія на право керування транспортним засобом відповідної категорії, яке визнається дійсним у країні перебування; у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також передавання керування іншій особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або особі, яка не мала посвідчення водія;

24.2.9. самолікування, надання послуг медичними закладами, що не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на здійснення медичної діяльності, лікування методами нетрадиційної або народної медицини;

24.2.10. свідомого порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху;

24.2.11. свідомого перебуванням Застрахованої особи в місцях, задалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя та здоров'я людини (місця проведення вибухових, будівельно-монтажних робіт, військові полігони, стрільбища тощо), якщо це не пов'язано з виробничою необхідністю або спробою порятунку людського життя;

24.2.12. польотів на будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа летить у якості пасажера у цивільному літаку, власник якого має ліцензію на пасажирські перевезення та коли це передбачено умовами Договору (в такому разі в Полісі зазначена відповідна група ризику Застрахованої особи);

24.2.13. дії сонячних променів, що призвело до сонячного опіку та/або теплового удару, крім виникнення гострої небезпеки для життя Застрахованої особи, що мало наслідком лікування її в стаціонарних умовах.

24.2.14. форс-мажорних обставин – обставин непереборної сили (стихійних лих, техногенних аварій або катастроф, пожеж тощо), військових дій, обмежень та/або заборонних чи обмежувальних розпоряджень або інших дій державних органів, військової влади або їх посадових осіб, дій осіб в політичних або терористичних цілях, при цьому не має значення, чи була шкода заподіяна в результаті цих дій навмисно, або випадково. У разі настання форс-мажорних обставин термін виконання зобов'язань за Договором вважається перенесеним до дати закінчення дії цих обставин. При настанні форс-мажорних обставин внаслідок терористичних дій, у разі, коли це було передбачено особливими умовами Договору і було сплачено додатковий страховий платіж - зобов'язання Сторін за Договором виконуються на звичайних умовах, передбачених Договором, або, при неможливості однією із Сторін виконати свої зобов'язання на умовах та у терміни, передбачені Договором, визначаються індивідуально і за згодою Сторін викладаються у Додатковій угоді до Договору.

24.2.15. Страховик не відшкодовує моральну шкоду та упущену вигоду.

24.3. За цим Договором Застрахованими особами не можуть бути особи: визнані у встановленому законом порядку недієздатними чи обмежено дієздатними; особи, що страждають такими захворюваннями: пухлина головного мозку; пухлини спинного мозку та хребетного стовпа; ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях; смерть мозку; травма хребетного стовпа та спинного мозку; гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), гострий енцефаліт; хворі на СНІД, алкоголізм, наркоманію, токсикоманію; психічно хворі.

24.4. Страховик не визнає подію страховою та не відшкодовує жодних витрат, якщо мета подорожі, зазначена в Договорі (групу ризику п.16 Пропозиції), не відповідає фактичній меті подорожі станом на дату настання події, а саме: праця за наймом, активний відпочинок, аматорський, професійний, екстремальний, зимовий спорт тощо.

25. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ

25.1. Дострокове припинення дії Договору за згодою Страховика і Страхувальника на умовах та у порядку, передбаченому статтею 28 Закону України "Про страхування", а також в інших випадках, передбачених цим Договором та чинним законодавством України. При достроковому припиненні Договору норматив витрат на ведення справи становить 40%.

25.2. Договір вважається недійсним у випадках, передбачених статтею 29 Закону України "Про страхування", а також в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

25.3. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона письмово зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж:

25.3.1. У разі укладення Договору страхування за варіантом "Багаторазові подорожі" – за 2 (два) робочих дні до дати початку запланованої чергової подорожі за межі України, але не пізніше ніж за 15 (п'ятнадцять) календарних днів до дати припинення строку дії Договору страхування та/або строку перебування за кордоном, визначеного Полісом).

25.3.2. У разі укладення Договору страхування на строк однієї подорожі – за 1 (один) робочий день до дати початку подорожі, зазначеної в Полісі.

25.4. Зміни та доповнення до умов цього Договору страхування вносяться за взаємною згодою Сторін на підставі заяви однієї із Сторін шляхом припинення діючого та укладення нового договору страхування, протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною.

25.5. Пропозиції Страховика про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування в частині істотних умов Договору, здійснюється шляхом направлення щонайменше за 5 (п'ять) робочих днів до дати запланованої зміни істотних умов, повідомлення, у формі що дає можливість встановити дату відправлення такого повідомлення, в тому числі на електронну адресу Страхувальника та/або у персональному кабінеті та/або мобільний телефон.

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

25.7. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору страхування не пізніше 10 (десяти) календарних днів з дати набрання чинності Договором страхування шляхом подання Страховику або його Страховому агенту, який представив інтереси Страховика при укладенні Договору страхування, електронної заяви та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі. Страховик повинен повернути платіж у разі відмови Страхувальника від укладеного договору страхування протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору страхування. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування Договір вважається неукладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна іншій все отримане за Договором страхування. Страхувальник може відмовитися від укладеного Договору страхування шляхом несплати страхового платежу. В такому випадку Договір страхування не набуває чинності.

25.8. В усіх питаннях, що не врегульовані цим Договором, Сторони керуватимуться Правилами, актами чинного законодавства України.

26. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

26.1. За невиконання або неналежне виконання умов цього Договору Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.

26.2. При порушенні передбаченого даним Договором строку здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) Страховик сплачує Страхувальнику пеню в розмірі 0,1 відсотка від належної до виплати суми за кожен день затримки, але не більше 10 (десяти) відсотків від несплаченої суми страхової виплати (страхового відшкодування).

26.3. Спори, що виникають у зв'язку з виконанням умов Договору страхування, вирішуються Сторонами шляхом переговорів, а у випадку недосягнення згоди – у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

РОЗДІЛ II. УМОВИ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

27. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ ЩОДО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

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

27.2. Відповідно до умов цього Розділу II Страховик зобов'язується за обумовлену Договором страхування плату (страховий платіж) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Страхувальником (Застрахованою особою) медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) подорожі (поїздки).

27.3. Страховий захист при страхуванні медичних витрат та додаткових витрат, пов'язаних із страховим випадком, здійснюється із врахуванням умов, зазначених у відповідній Програмі страхування, обраній Страхувальником (Застрахованою особою) та зазначеній в Полісі.

28. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ЗА СТРАХУВАННЯМ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

28.1. Страховим випадком при страхуванні медичних витрат є подія (страховий ризик), передбачена Договором та Програмою страхування, що сталася протягом періоду дії страхового захисту за Договором, та не є виключенням зі страхових випадків або обмеженням страхування згідно з цією Пропозицією, внаслідок якої Застрахована особа отримала медичні та (або) додаткові послуги, передбачені Програмою страхування та внаслідок чого виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату згідно з умовами Договору.

28.2. До подій (страхових ризиків), що покриваються страхуванням медичних витрат належать:

28.2.1. Раптовий розлад здоров'я Застрахованої особи, що стався під час дії Договору страхування (страхового захисту за Договором страхування) та на території його дії внаслідок:

- Гостре захворювання;
- Загострення хронічної хвороби, що загрожує життю Застрахованої особи та вимагає негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до країни свого постійного проживання;
- Смерть Застрахованої особи внаслідок непередбачуваного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку.

28.3. Опції страхування, на які поширюється страхове покриття за цим Договором, в разі їх обрання Страхувальником та відображення в Полісі, зазначаються в п.37 цієї Пропозиції.

28.4. Перелік Програм страхування, які може обрати Страхувальник, відображені в п.6 цієї Пропозиції. Щодо Застрахованої особи діє Програма страхування, вказана в Полісі.

29. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

29.1. При страхуванні медичних витрат не покриваються та не підлягають відшкодуванню Страховиком медичні та додаткові витрати Застрахованої особи на:

29.1.1. Лікування, яке Застрахована особа проходила до початку строку дії Договору страхування (страхового захисту за Договором страхування), а також у разі, якщо поїздка була протипоказана Застрахованій особі за станом здоров'я;

29.1.2. Медичну допомогу у разі загострення захворювання, з приводу якого Застрахована особа за попередні 6 (шість) місяців перед датою поїздки лікувалась або яке вимагало лікування. Винятками є випадки, коли загострення цієї хвороби пов'язане з гострою смертельною небезпекою для життя Застрахованої особи, або може спричинити стійку втрату працездатності. При цьому, обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком медичних витрат є підтвердження Асистансом критичного стану Застрахованої особи;

29.1.3. Лікування захворювання або травм, викликаних дією форс-мажорних обставин, включаючи стихійні лиха і їхні наслідки, епідемії, карантин, несприятливі метеорологічні умови за умови, що територія на якій знаходиться Застрахована особа, офіційно визнана компетентними державними органами (або має статус) зоною можливого стихійного лиха,

територією карантину тощо, якщо таке оголошення було зроблено до набрання чинності Договором страхування;

29.1.4. Надання стоматологічних послуг, крім витрат на огляд, екстрене лікування та медикаменти при гострому зубному болі та/або запаленні тканин, що його оточують, а також при травмі зуба в результаті нещасного випадку;

29.1.5. Проведення абортів, а також надання медичних послуг, пов'язаних з вагітністю (крім станів що загрожують життю Застрахованої особи), а також надання медичних послуг, починаючи з 28 (двадцять восьмого) тижня вагітності, пологами та післяпологовим доглядом за дитиною;

29.1.6. Штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи із запобігання вагітності;

29.1.7. Будь-яке протезування, в тому числі протезування очей та забезпечення зубними протезами або штучними зубами;

29.1.8. Придбання та ремонт допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, інвалідних візків, милиць, тростин тощо);

29.1.9. Діагностичні маніпуляції (у тому числі консультації і лабораторні/інструментальні дослідження) та лікування, що не є обов'язковими, необхідними у разі настання нещасного випадку та/або раптового розладу здоров'я, або не пов'язані з настанням страхового випадку;

29.1.10. Медичні та інші послуги, не передбачені Договором страхування (відповідною Програмою страхування) або понад ліміти, визначені відповідною Програмою страхування;

29.1.11. Медичні та інші додаткові послуги, які не були організовані Асистансом у порядку, визначеному цією Пропозицією та/або без попереднього погодження зі Страховиком;

29.1.12. Лікування, не призначене лікарем;

29.1.13. Будь-які планові операції; проведення операції, пов'язаної з реконструктивною та пластичною хірургією, в тому числі пов'язані з усуненням косметичних дефектів;

29.1.14. Проведення профілактичних заходів, вакцинацій, дезінфекцій будь-яких предметів, загальних медичних оглядів, лікарської експертизи, видача медичних довідок та свідоцтв;

29.1.15. Лікування та/або догляд за Застрахованою особою її родичами;

29.1.16. Проведення відновлювальної терапії, реабілітації, фізіотерапії, ЛФК;

29.1.17. Коригувальне та/або реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших курортних закладах;

29.1.18. Будь-які операції на серці, судинах та провідній системі серця, ангіографію, ангіопластику та шунтування, навіть за наявності медичних показань для їх проведення;

29.1.19. Лікування методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та іншими методами недоказової медицини;

29.1.20. Надання засобів та послуг додаткового комфорту, а саме: палати типу "люкс", радіоприймача, кондиціонера, зволожувача повітря, телевізора, телефону, а також послуг перукаря, масажиста, косметолога, перекладача тощо;

29.1.21. Лікування на території країни (місця) тимчасового перебування після дати, коли, на думку лікаря, призначеного Асистуючою компанією, медична репатріація є можливою за медичними показаннями, крім тих витрат, що були здійснені з метою медичної репатріації Застрахованої особи;

29.1.22. Лікування, проведення всіх планових досліджень, медичних процедур та діагностики, що за медичними показаннями можуть бути відкладені до повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання;

29.1.23. Медичну репатріацію (транспортування Застрахованої особи до країни постійного проживання для проведення подальшого стаціонарного лікування), якщо стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє доправити її до країни постійного проживання самостійно або в супроводі без застосування спеціальних видів транспортування, передбачених відповідною опцією Програми страхування; медичну репатріацію, що була призначена без погодження з Асистуючою компанією (Страховиком).

29.1.24. Медичні послуги, що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама або при супроводженні іншої особи може повернутися до країни або місця постійного проживання;

29.1.25. Транспортування Застрахованої особи з одного медичного закладу до іншого без участі Асистансу або без попереднього погодження з Асистансом або Страховиком, а також без наявності медичних показань;

29.1.26. Лікування захворювань та травм, пов'язаних з грубим порушенням загально прийнятих правил особистої гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, які рекомендовані представником туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів тощо).

29.1.27. Будь-які витрати, здійснені без погодження зі Страховиком та/або Асистансом (за винятком надзвичайних обставин, що становили загрозу життю Застрахованої особи за медичними показаннями);

29.1.28. Медичну евакуацію та/або медичну репатріацію у випадку, коли, на думку лікаря Асистансу, страхувальник (Застрахована особа) фізично спроможна повернутися у країну постійного проживання самостійно, у якості звичайного пасажера;

29.1.29. Проведення вакцинацій та щеплень;

29.1.30. Лікування хронічних захворювань (крім випадків загострення хронічної хвороби, що загрожує життю та вимагає надання негайної невідкладної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до країни свого постійного проживання);

29.1.31. Лікування психічних захворювань, депресій, розладів поведінки;

29.1.32. Лікування будь-яких побічних, супутніх захворювань та/або симптомів;

29.1.33. Медичне обслуговування або лікування Страхувальника (Застрахованої особи), що не є невідкладним і не призначене в результаті раптового розладу здоров'я та/або нещасного випадку;

29.1.34. Діагностика та лікування в разі, якщо оплата таких послуг передбачена чи фактично оплачена будь-якими іншими особами та/чи договорами, в тому числі договорами страхування, будь-яким іншим видом забезпечення (соціальні виплати, робочі контракти, державна допомога, благодійна допомога тощо);

29.1.35. Платне лікування у медичному закладі, а також будь-які витрати у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування.

29.2. Крім випадків, що потребують негайної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи, Страховик не відшкодовує медичні витрати на діагностику та лікування:

29.2.1. Онкологічних захворювань;

29.2.2. Нервових та психічних захворювань і розладів, судомних станів, неврозів (панічні атаки, депресії, істеричні синдроми тощо) та їхніх загострень;

29.2.3. Вроджених аномалій, хронічних захворювань, хвороб, що почалися під час перебування в країні постійного проживання, а також станів, за наявності яких існує реальний ризик швидкого погіршення стану здоров'я;

29.2.4. Захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, а також захворювань, що є їхнім наслідком;

29.2.5. Будь-якої хвороби або смерті, що спричинена ВІЛ-інфекцією, СНІДом та/або будь-якими формами гепатиту та їхніми наслідками;

29.2.6. Розладів слуху (наявністю сіркових пробок, ускладненнями внаслідок переохолодження та/або потрапляння води);

29.2.7. Мікозів, дерматитів, кропивниць, еритем, сонячних опіків, алергічних хвороб;

29.2.8. Будь-яких захворювань, що виникли поза межами строку та/або місця дії Договору.

29.3. Страховик не відшкодовує витрати, пов'язані з:

29.3.1. Обставинами, про які Страхувальник (Застрахована особа) знав або повинен був знати, але не вжив усіх заходів, що від нього залежать, щоб запобігти настанню страхового випадку;

29.3.2. Лікуванням на території місця постійного проживання Застрахованої особи;

29.3.3. Утриманням компаньйонів або членів родини Застрахованої особи під час стаціонарного лікування Застрахованої особи;

29.3.4. На платне лікування в приватному медичному закладі, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування в державних/відомчих медичних закладах.

29.3.5. Виникненням події, внаслідок якої у Застрахованої особи виникає потреба в отриманні медичних послуг та/або додаткових послуг, забезпечення надання яких передбачене Договором страхування, до початку дії Договору страхування або після завершення строку його дії або в період припинення дії страхового захисту згідно з Договором.

29.4. Якщо Застрахована особа здійснила поїздку з метою одержати лікування або передбачала одержати лікування, Страховик не відшкодовує медичні витрати на лікування, що є метою поїздки, або передбачуване лікування, а також витрати, викликані погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи у зв'язку із цим лікуванням.

29.5. Страховик не несе відповідальності за відшкодування моральної шкоди, заподіяної Застрахованій особі під час здійснення нею подорожі.

29.6. Страховик не відшкодовує витрати Застрахованої особи, понесені нею внаслідок незаконного проведення третіми особами транзакцій з використанням втраченої або викраденої у Застрахованої особи банківської картки.

29.7. Страховик залишає за собою право оплачувати лікування Застрахованої особи на території страхування у межах встановленої у Договорі страхування страхової суми до тих пір, доки стан здоров'я Застрахованої особи не дозволить перевезти його в Україну (країну постійного проживання, громадянства) для продовження лікування в умовах стаціонару.

29.8. В разі відсутності договірних відносин Асистуючої компанії (Страховика) з медичними закладами в за місцем перебування Застрахованої особи за кордоном, Застрахована особа самостійно оплачує медичні послуги при настанні страхового випадку і протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дати повернення її в Україну подає Страховику підтверджуючі документи для прийняття рішення за страховим випадком та компенсації понесених медичних витрат відповідно до умов цього Договору.

29.9. Визначені в цьому Розділі виключення є додатковими до загальних виключень, зазначених в п.24 цієї Пропозиції.

30. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ ЗА ВИПАДКОМ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

30.1. Документами, що підтверджують факт, обставини та причини настання страхового випадку, та розмір збитку (здійснених витрат), можуть бути:

30.1.1. Довідка медичного закладу про амбулаторне або стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря;

30.1.2. Документи Асистансу щодо вартості здійснених медичних та інших витрат;

30.1.3. Оригінали деталізованих рахунків щодо вартості наданих медичних послуг;

30.1.4. Оригінал медичного рапорту на фірмовому бланку та/або з оригінальною печаткою медичного закладу, у якій була надана допомога Застрахованій особі (або лікаря, який надавав допомогу), із зазначенням імені та прізвища Застрахованої особи, номеру договору, дати звернення Застрахованої особи до медичного закладу (лікаря), попереднього та клінічного діагнозу, переліку та вартості призначеного лікування; медичні висновки лікарів, які надавали медичні послуги, результати лабораторних та інструментальних досліджень. Медичний звіт або довідка лікаря повинна бути засвідчена підписом Застрахованої особи про отримання зазначених в ній послуг;

30.1.5. У разі надання стоматологічної допомоги – відповідна довідка із зазначенням зубів, що підлягали лікуванню, та деталізований опис проведеного лікування;

30.1.6. Оригінали рецептів з печаткою, де вказані прізвище лікаря, назви ліків, а також оригінали документів, що підтверджують оплату медикаментів, призначених лікарем у зв'язку з цим захворюванням;

- 30.1.7. Оригінали чеків, квитанцій про оплату придбаних медикаментів або витратних медичних матеріалів;
- 30.1.8. Оригінали телефонних рахунків, що підтверджують факт звернення до абонентів, зазначених у Договорі страхування, та вартість проведених переговорів;
- 30.1.9. Документи (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують оплату вартості інших здійснених витрат;
- 30.1.10. Інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитку, враховуючи особливості конкретного страхового випадку.
- 30.2. Якщо Страхувальник (Застрахована особа), в тому числі за погодженням із Асистансом (Страховиком) самостійно сплатив вартість отриманих Застрахованою особою медичних послуг та/або додаткових послуг та/або придбав медикаменти або витратні медичні матеріали, він повинен протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі надати Страховику такі документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків:
- 30.2.1. Заяву про здійснення страхової виплати за формою, встановленою Страховиком;
- 30.2.2. Договір страхування;
- 30.2.3. Паспорт країни громадянства Страхувальника (Застрахованої особи) батьків та Свідоцтво про народження, якщо Застрахованою особою є неповнолітня дитина;
- 30.2.4. Закордонний паспорт Страхувальника (Застрахованої особи);
- 30.2.5. Довідку про присвоєння індивідуального номера платника податку (ідентифікаційний номер) Страхувальника (Застрахованої особи);
- 30.2.6. Документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків згідно з умовами цієї Пропозиції;
- 30.3. Якщо, у разі смерті Застрахованої особи, вартість репатріації останків та/або кремації її тіла була сплачена третьою особою без участі Асистуючої компанії, то для отримання страхового відшкодування ця третя особа повинна надати Страховику протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після повернення останків або праху Застрахованої особи на територію України, письмову заяву на отримання страхової виплати за встановленою Страховиком формою, оригінал Договору страхування і копії наступних документів:
- 30.3.1. свідоцтво про смерть Застрахованої особи;
- 30.3.2. документ про кремацію або поховання останків Застрахованої особи на території країни перебування (в разі проведення третьою особою (отримувачем страхової виплати) таких дій);
- 30.3.3. документи про сплату послуг перевезення останків або кремації тіла Застрахованої особи;
- 30.3.4. паспорт країни громадянства отримувача страхової виплати;
- 30.3.5. довідку про присвоєння ідентифікаційного номера отримувача страхової виплати (за наявності).
- 30.4. Інші документи на вимогу Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, обсягу понесених збитків (здійснених витрат) та документи, необхідні для здійснення страхової виплати.
- 30.5. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик може зменшити перелік документів, визначений пунктами 30.1–30.3 цієї Пропозиції.

31. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

- 31.1. Розмір страхової виплати визначається Страховиком, виходячи з вартості фактично наданих Застрахованій особі медичних та (або) додаткових послуг в межах, встановлених Договором та Програмою страхування лімітів відповідальності Страховика з урахуванням франшизи (якщо вона встановлена у Договорі страхування) та інших умов Договору страхування.
- 31.2. Якщо в Договорі страхування передбачена франшиза, Страхувальник (Застрахована особа) повинна оплатити цю суму медичному закладові, лікареві або третій особі при наданні Застрахованій особі медичних та/або додаткових послуг, відшкодування вартості яких передбачене Договором страхування;
- 31.3. Страхова виплата здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та вартість фактично наданої (необхідної) медичної або іншої допомоги Застрахованій особі, шляхом:
- 31.3.1. Перерахування грошових коштів на банківський рахунок Асистансу – якщо медичні та/або інші послуги надавалися Застрахованій особі за посередництвом Асистансу, що від імені і за дорученням Страховика організував та оплачував надані Застрахованій особі послуги;
- 31.3.2. Перерахування грошових коштів на банківський рахунок медичного або іншого закладу, який за згодою Страховика/Асистанса надав послуги, оплата вартості яких передбачена Договором та Програмою страхування;
- 31.3.3. Страхувальнику (Застрахованій особі) – якщо за попереднім погодженням зі Страховиком/Асистансом Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатив вартість медичних та/або додаткових послуг, оплата вартості яких передбачена Договором та Програмою страхування;
- 31.3.4. Страхувальнику (Застрахованій особі) особі в межах 200 (двохсот) євро в перерахунку на гривні за курсом Національного Банку України на дату оплати послуг в країні перебування – у випадку коли Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатив вартість медичних та/або додаткових послуг без належного повідомлення Страховика/Асистанса та/або без попереднього погодження вказаних витрат Страховиком/Асистансом – така виплата здійснюється виключно на розсуд Страховика.
- 31.4. Страхова виплата Страхувальнику (Застрахованій особі) здійснюється за офіційним обмінним курсом Національного банку України, встановленим на дату оплати відповідних медичних послуг. У цьому ж порядку визначається розмір франшизи, встановленої Договором страхування.
- 31.5. Якщо за окремою опцією страхування (видом витрат), відшкодування яких передбачене Договором та Програмою страхування, страхові випадки (витрати) наставали неодноразово, то страхова виплата за такою опцією страхування (видом витрат) не може перевищувати відповідний ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика, встановлений Договором та Програмою страхування.

31.6. Якщо на дату закінчення строку дії Договору або максимального строку перебування за кордоном, визначених в Полісі, Застрахована особа ще перебуває за кордоном і її стан вимагає невідкладної медичної допомоги, але за медичним висновком Застрахована особа не може підлягати медичній репатріації в країну постійного проживання, то Страховик відшкодовує витрати на подальше невідкладне лікування Застрахованої особи за кордоном терміном не більше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів, за умови що такі витрати не виходять за межі страхової суми, визначеної Договором.

31.7. Ці умови добровільного страхування медичних витрат (Розділ II Пропозиції) визначають особливості здійснення страхування медичних витрат та додаткових витрат осіб, що подорожують за кордоном. Вони є доповненням до Загальних умов (Розділ I) цієї Пропозиції.

РОЗДІЛ III. УМОВИ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

32. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

32.1. Предметом Договору страхування при страхуванні від нещасних випадків є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника або Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі за згодою Застрахованої особи.

32.2. Якщо відповідно до Поліса дія Договору поширюється на страхування від нещасних випадків, то Страховик несе зобов'язання при здійсненні Застрахованою особою:

32.2.1. одноразової подорожі – з моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при виїзді з території України;

32.2.2. багаторазової подорожі – за кожною поїздкою з моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при виїзді з території України.

32.3. При настанні нещасного випадку із Застрахованою особою, що подорожує за кордоном, Страховик несе відповідальність та Договір не втрачає чинності до повного виконання Страховиком своїх зобов'язань, згідно з умовами Договору страхування, в частині страхової виплати (виплати страхового відшкодування).

33. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

33.1. Страховими випадками при страхуванні від нещасних випадків є підтвержені документами компетентних органів події, що пов'язані із раптовим розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору страхування із Застрахованою особою і з настанням яких виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування. До таких наслідків нещасного випадку відносяться:

33.1.1. Встановлення Застрахованій особі первинної інвалідності I, II, III групи в результаті настання нещасного випадку;

33.1.2. Смерть Застрахованої особи у результаті настання нещасного випадку;

33.1.3. Отримання Застрахованою особою травми.

33.2. Смерть Застрахованої особи або встановлення їй первинної інвалідності внаслідок нещасного випадку, що настав протягом періоду дії Договору, визнається страховим випадком, якщо вона сталася (встановлена) протягом строку, що не перевищує 6 (шість) місяців від дати настання нещасного випадку, незалежно від дати закінчення строку дії Договору страхування.

34. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

34.1. За цим Договором не можуть бути застраховані особи, визнані недієздатними у порядку, встановленому чинним законодавством України, а також особи, які страждають важкими нервовими захворюваннями, гострим енцефалітом, психічними захворюваннями, захворюваннями серцево-судинної системи з порушенням кровообігу важкого ступеня, діабетом у важкій формі, системними ураженнями опорно-рухового апарата.

34.1.1. Страхувальник зобов'язаний письмово повідомити про такі обставини Страховика при укладенні договору страхування щодо відповідних Застрахованих осіб. В разі неповідомлення про зазначені обставини, Договір щодо такої Застрахованої особи вважається укладеним під впливом обману та є недійсним. Як тільки Страховику (представнику Страховика) стане відомо, що ця Застрахована особа на дату укладення Договору страхування була такою, що не може бути застрахована з причин, зазначених у цьому пункті - це є підставою для відмови у виплаті страхового відшкодування.

34.2. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страхові випадки стосовно Застрахованої особи:

34.2.1. Сталася за межами території дії Договору (території страхування);

34.2.2. Виникли внаслідок порушення свідомості або погіршення психічного сприйняття Застрахованої особи під дією алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів або отруєння Застрахованої особи зазначеними речовинами, а також медикаментів, що застосовувалися не за призначенням лікаря, або за призначенням особи, яка не має відповідної кваліфікації, якщо це було причиною настання нещасного випадку;

34.2.3. Заподіяні тілесними або іншими ушкодженнями здоров'я при самолікуванні або лікуванні особою, яка не має відповідної медичної освіти та кваліфікації;

34.2.4. Сталася внаслідок перебування Застрахованої особи в транспортному засобі, якщо Застрахована особа задалегідь знала, що особа, яка керує таким транспортним засобом, не має прав на керування транспортними засобами, або прав на керування транспортними засобами відповідної категорії, або перебуває в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, або під впливом медикаментів, які вживалися не за призначенням лікаря, або за призначенням особи, яка не має на те відповідної кваліфікації.

34.3. Дія страхового захисту не поширюється на події, що сталася під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених Кримінально-процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними.

34.4. Страховик не відшкодовує витрати на пошук і рятування Застрахованої особи, яка постраждала від нещасного випадку, на лікування, на транспортування до лікарні або до місця проживання Застрахованої особи, яка постраждала від

нещасного випадку.

34.5. До страхових випадків при страхуванні від нещасних випадків не відносяться:

34.5.1. Загострення хронічного захворювання, інфекційні захворювання, харчова токсикоінфекція (за винятком правцю, сказу, кліщового енцефаліту та інших захворювань, що передаються через укуси тварин та комах);

34.5.2. Операційні та післяопераційні травми, що виникли внаслідок оперативного лікування будь-якого захворювання Застрахованої особи, крім наслідків нещасного випадку;

34.5.3. Зникнення Застрахованої особи безвісти;

34.5.4. Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи;

34.5.5. Інвалідність, травма, смерть Застрахованої особи внаслідок будь-якої хвороби або захворювання, що не є наслідком настання нещасного випадку.

34.6. Визначені в цьому Розділі виключення є додатковими до загальних виключень, зазначених в п.24 цієї Пропозиції.

35. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ ЗА ВИПАДКОМ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

35.1. Для одержання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) надають Страховику такі документи, необхідні для здійснення страхової виплати:

35.1.1. Договір страхування;

35.1.2. Копія паспорта або інший документ, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою, копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера;

35.1.3. Заяву про здійснення страхової виплати за встановленою Страховиком формою;

35.1.4. Виписку з карти амбулаторного або стаціонарного хворого з приводу лікування наслідків нещасного випадку, підписану відповідальною особою та завірену печаткою медичного закладу;

35.1.5. Висновок про наявність або відсутність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Застрахованої особи в момент настання нещасного випадку (страхового випадку) (якщо Застраховану особу було направлено на таке дослідження працівниками відповідного компетентного державного органу країни тимчасового перебування Застрахованої особи);

35.1.6. Довідку лікувального закладу встановленої форми, в якій повинні бути зазначені місце та час настання нещасного випадку, дата та час звернення до медичного закладу, діагноз і характер травми, опис події, що призвела до настання нещасного випадку;

35.1.7. Документ відповідного компетентного державного органу (поліції тощо) про факт та обставини настання нещасного випадку, якщо представника зазначеного компетентного органу було викликано на місце події.

35.1.8. Інші документи на вимогу Страховика.

35.2. Крім того, настання страхового випадку (в залежності від його характеру) та розмір страхових виплат додатково підтверджують такі документи:

35.2.1. При встановленні Застрахованій особі I–III групи інвалідності – розширений висновок медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) про встановлення групи первинної інвалідності із зазначенням причини, що її спричинила (захворювання тощо);

35.2.2. У разі отримання Застрахованою особою травми - акт про нещасний випадок або документи медичних закладів (виписки з карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, інші документи про отримання медичної допомоги при настанні травми);

35.2.3. У разі смерті Застрахованої особи – нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть; довідка лікувального закладу про причину смерті; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; оригінал свідоцтва або нотаріально засвідчена копія про право на спадщину.

35.3. При невиконанні вимог, передбачених п.34.1 цієї Пропозиції, в частині дотримання строків надання документів, Страховик має право відмовити в страховій виплаті.

36. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

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

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

- для I групи інвалідності – 90 % страхової суми за страхуванням від нещасного випадку;
- для II групи інвалідності – 70 % від страхової суми за страхуванням від нещасного випадку;
- для III групи інвалідності – 50 % від страхової суми за страхуванням від нещасного випадку;
- в разі встановлення статусу дитини-інваліда – 50 % від страхової суми за страхуванням від нещасного випадку.

36.1.2. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку виплачується 100 % страхової суми за страхуванням від нещасного випадку.

36.1.3. У разі отримання Застрахованою особою травми – згідно з Таблицею травм, що визначена Додатком № 1 до Правил добровільного страхування від нещасних випадків Страховика, розміщених на Веб-сайті Страховика <https://opika.org/pravyla-strahuvannya/>.

36.2. Страхова виплата зі страхування від нещасного випадку здійснюється в національній валюті України.

36.3. Ці умови добровільного страхування від нещасних випадків (Розділ III Пропозиції) визначають особливості здійснення страхування від нещасних випадків осіб, що подорожують за кордоном. Вони є доповненням до Загальних умов

(Розділ I) цієї Пропозиції.

РОЗДІЛ IV. ОПЦІЇ СТРАХУВАННЯ ТА ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

37. ОПЦІЇ СТРАХУВАННЯ

37.1. Страховик (за допомогою Асистуючої компанії) забезпечує надання Застрахованій особі медичних та інших послуг у разі настання страхових випадків, визначених цією Пропозицією, відповідно до обраного Страхувальником у Полісі страхового покриття, в межах лімітів відповідальності за відповідними опціями страхування.

37.2. За цим Договором Страхувальник (Застрахована особа) може обрати опції страхування з переліку, зазначеного в п.п.37.3 – 37.4 Пропозиції, про що має міститись відповідна відмітка в Полісі.

37.3. Зі страхування медичних витрат Програма страхування може включати такі опції страхування:

37.3.1. **"Швидка медична допомога"** – медична допомога при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму Застрахованої особи. Опція включає:

- Виїзд бригади невідкладної медичної допомоги на місце події;
- Виїзд спеціалізованої бригади невідкладної медичної допомоги, якщо симптоми захворювання однозначно потребують надання спеціалізованої невідкладної медичної допомоги;
- Реанімаційні заходи;
- Діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі;
- Медикаментозне забезпечення в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі;
- Транспортування каретою невідкладної медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

37.3.2. **"Екстрений стаціонар"** – передбачає надання невідкладної медичної допомоги в умовах стаціонару за життєвими показниками, коли розміщення в стаціонар має бути здійснено невідкладно, а рішення про екстрену госпіталізацію приймається лікарем швидкої/невідкладної допомоги або лікарем поліклініки та триває до моменту, коли стан Застрахованої особи за рішенням лікаря не потребує цілодобового спостереження медичного персоналу або дозволяє евакуювати її до країни постійного проживання. Опція включає:

- Консультація лікаря, лікарів-спеціалістів;
- Проведення невідкладних діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень, що необхідні для надання невідкладної медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару;
- Терапевтичне лікування, оперативне втручання, анестезіологічна допомога, що не можуть бути відкладені до повернення Застрахованої особи з-за кордону;
- Вартість перебування у палаті стандартного типу та/або реанімаційній палаті в державних/відомчих медичних закладах країни перебування за кордоном;

37.3.3. **"Амбулаторна допомога"** – невідкладна медична допомога Застрахованому, стан якого не потребує постійного перебування його в медичному закладі та постійного контролю медичного персоналу протягом усього призначеного курсу лікування. Опція включає:

- Консультація лікаря, лікарів-спеціалістів;
- Проведення невідкладних діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень, що необхідні для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторії;
- Лікувальні процедури та маніпуляції – консервативне лікування, оперативне втручання, анестезіологічна допомога.

37.3.4. **"Медикаментозне забезпечення"** – забезпечення Застрахованої особи медичними препаратами та засобами медичного призначення, що призначені лікарем з лікувальною метою, для лікування захворювання або травм. Опція включає:

- Оплата ліків, придбаних за рецептом лікаря, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану (не більше одного препарату однієї фармакологічної групи) та засобами медичного призначення, що призначені лікарем з лікувальною метою, необхідні для лікування основного захворювання в умовах стаціонару;
- Забезпечення медикаментами та засобами медичного призначення в межах надання невідкладної медичної допомоги при лікуванні в амбулаторних умовах на строк не більше 10 (десяти) календарних днів.

37.3.5. **"Екстрена стоматологія"** – невідкладна стоматологічна допомога, що спрямована на ліквідацію гострих станів (гострого зубного болю). Опція включає стоматологічний огляд, рентген, видалення або пломбування тільки природних зубів (в межах ліміту, передбаченою Програмою страхування для цієї опції). В разі, якщо надання екстреної стоматологічної допомоги пов'язано з настанням нещасного випадку – медична допомога надається в межах, визначених опціями швидкої медичної допомоги, екстреної стаціонарної допомоги, медикаментозного забезпечення в межах, передбачених Програмою страхування для цих опцій.

37.3.6. **"Лікування COVID"** – медична допомога в зв'язку з захворюванням Застрахованої особи на COVID, яка захворіла на COVID під час подорожі за кордоном, що підтверджується позитивним ПЛІР-тестом сертифікованої лабораторії. Опція включає надання швидкої медичної допомоги, амбулаторної допомоги, екстреної стаціонарної допомоги, медикаментозного забезпечення в межах, передбачених Програмою страхування для цих опцій, а в разі смерті Застрахованої особи внаслідок COVID – репатріацію згідно з Програмою страхування.

37.3.7. **"Медична евакуація"** – транспортування Застрахованої особи до країни постійного проживання для проведення подальшого стаціонарного лікування, якщо стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє її транспортування згідно з рішенням лікаря та якщо Застрахована особа не може пересуватись самостійно. Рішення про необхідність і можливість

транспортування Застрахованої особи, а також про вибір засобу його здійснення, маршруту та кінцевого пункту призначення приймає медичний заклад разом із Асистуючою компанією за погодженням зі Страховиком. В залежності від медичних показань та стану здоров'я Застрахованої особи її транспортування здійснюється спеціальним або придатним транспортним засобом, включаючи медичний супровід (якщо такий супровід необхідний за рекомендацією лікаря): автомашиною „швидкої допомоги”; таксі або орендованим автомобілем; поїздом (в купе першого класу, в плацкартному чи спальному вагоні); рейсовим літаком (в тому числі на спеціально обладнаному місці); засобом санітарної авіації. Опція включає:

- витрати на транспортування до митного пункту в Україні;
- витрати на медичний супровід лікаря та/або середнього медичного персоналу Асистансу/Страховика за умови, якщо медичний супровід рекомендований лікарем;
- витрати на оплату додаткової ваги багажу переносного медичного обладнання;
- оплату вартості використання реанімаційного/нереанімаційного обладнання під час медичної евакуації;
- адміністративні витрати (консульські збори, державне мито, інші).

37.3.8. "Медична репатріація" – посмертна репатріацію останків Застрахованої особи у разі її смерті внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку під час здійснення подорожі за кордон.

Опція включає витрати, санкціоновані Асистансом за погодженням зі Страховиком на посмертну репатріацію останків Застрахованої особи до країни її постійного проживання, а саме:

- -оплату послуг похоронного бюро та/або Асистансу;
- витрати на труну для міжнародного перевезення;
- адміністративні витрати (консульські збори, мито, інші);

Кінцевий пункт маршруту репатріації (згідно з обраною Програмою):

- аеропорт у країні постійного проживання, або
- митний пункт у країні постійного проживання, найближчий до її кордону, або
- за адресою місця постійного проживання Застрахованої особи.

Витрати на поховання (кремацію) останків Застрахованої особи на території країни тимчасового перебування у разі відсутності родичів у Застрахованої особи або за їхньої письмової згоди:

- витрати на послуги похоронного бюро та/або Асистансу;
- витрати на труну або кремацію тіла;
- витрати на перевезення до місця поховання;
- витрати на ритуальні послуги;
- адміністративні витрати.

Не відшкодовуються витрати на ритуальні послуги на території країни постійного проживання Застрахованої особи.

Для організації репатріації останків родичі померлого (опікуни тощо) повинні в найкоротший строк, не більш ніж 3 (три) робочих дні, надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують їхній родинний зв'язок із Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло (прах) померлого після перевезення труни (урни) на митну територію України або на територію, погоджену зі Страховиком.

37.4. Зі страхування від нещасних випадків Програма страхування може включати такі опції страхування:

37.4.1. "Травма внаслідок нещасного випадку" – отримання Застрахованою особою травми - % від страхової суми за страхуванням від нещасних випадків залежно від виду травми - що передбачені згідно з Таблицею травм (Додаток №1 до Правил добровільного страхування від нещасних випадків Страховика, розміщених на сайті Страховика <https://opika.org/pravya-strahuvannya/>).

37.4.2. "Інвалідність внаслідок нещасного випадку". Опція передбачає такі страхові виплати залежно від тяжкості наслідків:

- Встановлення I групи інвалідності - 90% страхової суми за страхуванням від нещасних випадків
- Встановлення II групи інвалідності - 70% страхової суми за страхуванням від нещасних випадків
- Встановлення III групи інвалідності - 50% страхової суми за страхуванням від нещасних випадків
- Встановлення статусу дитини-інваліда - 50% страхової суми за страхуванням від нещасних випадків.

37.4.3. "Смерть внаслідок нещасного випадку". Опція передбачає виплату 100% страхової суми за страхуванням від нещасних випадків. Ліміт виплат в даному випадку покриває всі витрати, в тому числі, пов'язані з «Репатріацією останків» в межах, передбачених Договором.

38. ІНШІ УМОВИ ЗА ЗГОДОЮ СТОРІН

38.1. Цей Договір страхування укладено із дотриманням вимог Законів України "Про страхування", "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг" та "Про захист прав споживачів".

38.2. Обмеження щодо інших діючих договорів:

38.2.1. Якщо при настанні страхового випадку зі Страхувальником одночасно діють два і більше договорів за цією Пропозицією, то виплата здійснюється по одному з таких договорів на вибір Страхувальника, а після здійснення страхової виплати по такому договору його дія припиняється.

38.2.2. По одному окремому страховому випадку страхова виплата може здійснюватися лише по одному договору обраному Страхувальником і вказаному у Заяві про страховий випадок, по інших діючих договорах страхова виплата по одному й тому ж страховому випадку не здійснюється.

38.2.3. Страхувальник не має права звертатися за страховою виплатою до Страховика по одному і тому самому випадку амбулаторного або стаціонарного лікування по будь-якому іншому договорі або за декількома договорами, що були випущені за цією Пропозицією раніше.

38.3. Ця Пропозиція дійсна з "08" жовтня 2021 року та діє до оприлюднення на сайті Страховика повідомлення про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції. Строк дії Договору страхування щодо конкретної Застрахованої особи зазначається в Полісі.