

ДОГОВІР ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА МЕЖІ КРАЇНИ ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ (ПРИЄДНАННЯ)

м. Київ

10 серпня 2020 р.

Дана Оферта є офіційною пропозицією Товариства з додатковою відповідальністю «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЕКТА»», (надалі іменується – Страховик), що адресується фізичним дієздатним особам, укласти Договір добровільного страхування подорожуючих за межі країни постійного проживання в електронній формі.

Цей Договір добровільного страхування майна та відповідальності (приєднання), надалі – Договір/Договір страхування, укладено на підставі ліцензії Страховика на провадження господарської діяльності з надання фінансових послуг (крім професійної діяльності на ринку цінних паперів) у часті проведення добровільного страхування медичних витрат та Правил добровільного страхування медичних витрат затверджених розпорядженням Нацкомфінпослуг №521 від 04.04.2019 р. (надалі – Правила), із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис» та «Про електронну комерцію».

Даний Договір складається з двох частин Електронного полісу та Оферти.

1. СТОРОНИ ДОГОВОРУ

1.1. Страховик - ТДВ «СК «ЕКТА», Місцезнаходження: 03150, м. Київ, вул. Ділова буд. 5, корпус 2, літера В1; код в ЄДРЮОФОПГФ 42509958; п/р UA 87 300346 0000026507061932201 в АТ «АЛЬФА-БАНК», МФО 300346, тел.: 0-800-305-122; сайт: <https://ic-ekta.com/>; електронна пошта: info@ic-ekta.com.

1.2. Страхувальник – дієздатні фізичні особи, як резиденти, так і не резиденти України, які приєдналися до цього Договору відповідно до умов і положень статей 634, 638 Цивільного кодексу України.

1.3. Застрахована особа – фізична особа віком від 2 місяців до 75 років, прізвище, ім'я та по-батькові і дата народження якої вказані в Електронному полісі та на користь якої укладено договір страхування і яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

2.1. Текст цього Договору підписується Страховиком та скріплюється його печаткою. Цей текст є офертою в розумінні частини 1 статті 634 Цивільного кодексу України.

2.2. Оферта складена в одному примірнику, оригінал якої зберігається у Страховика, а текст Оферти розміщений для вільного доступу в мережі Інтернет за адресою <https://ic-ekta.com/>. Оферта набирає чинності з 10 серпня 2020 року та діє до дати відкликання оферти Страховиком.

2.3. Перед укладенням Договору, Страхувальник самостійно ознайомлюється з умовами Договору на веб-сторінці Страховика за адресою <https://ic-ekta.com/>.

2.4. У відповідності до статей 207, 634, 638, 641, 642, 981, 982 Цивільного кодексу України та статей 11,12,13 Закону України «Про електронну комерцію» цей Договір вважається погодженим та укладеним Страхувальником шляхом вчинення ним дій, що свідчать про згоду дотримуватися умов Договору, в тому числі і без підписання письмового примірника Сторонами. Безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Оферти, діями Страхувальника, що свідчать про згоду дотримуватися умов Договору та згоду отримувати послуги зі страхування на встановлених Страховиком умовах є сплата страхового платежу (премії) на умовах цього Договору, на поточний рахунок Страховика, а також заповнення заявки (на підставі якої формується Електронний поліс) та підписання Електронного полісу одноразовим ідентифікатором. Виконання зазначених дій означає прийняття Страхувальником усіх умов цієї Оферти і є укладенням Договору страхування в електронній формі, яка відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» прирівнюється до письмової форми.

2.5. Для укладення Договору в електронній формі, Страхувальник повинен самостійно або за допомогою Страхового агента зайти на веб-сторінку Страховика, оформити заявку обравши бажані умови (Програму страхування), зазначивши інформацію про себе, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, іншу інформацію, необхідну для укладення Договору, а також обов'язково ознайомитись з умовами цієї Оферти, інформацією про фінансову послугу.

2.6. Відповідно до обраних Страхувальником умов та зазначених ним даних, після сплати Страхувальником страхового платежу (премії), формується Електронний поліс (акцепт). Акцепт складається в електронній формі за зразком, встановленим Страховиком. Електронний поліс містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, дату укладення, строк дії Договору страхування та інші індивідуальні умови Договору страхування. Для підписання Електронного полісу одноразовим ідентифікатором Страхувальнику надсилається такий одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону. Перед підписанням Електронного полісу Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність. Для підписання Електронного полісу електронним підписом одноразовим ідентифікатором Страхувальник вводить отриманий одноразовий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці на веб-сторінці в мережі Інтернет та підтверджує його введення.

2.7. Сторони приймають на себе зобов'язання за необхідності відтворити Договір (Електронний поліс) на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки. При відтворенні на папері Договору Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами.

2.8. Після здійснення акцепту та набрання Договором страхування законної сили особа набуває статусу Страхувальника.

2.9. Поліс направляється Страхувальнику на зазначену адресу по електронній пошті. Сторони домовились, що вчинення таких дій є належним врученням Договору страхування Страхувальнику.

2.10. Здійсненням акцепту оферти Страхувальник підтверджує:

- своє ознайомлення з Правилами та Договором. Прийняття умов Договору страхування є повним і беззастережним;

- підтверджує своє вільне волевиявлення стосовно прийняття умов Договору. Таке прийняття також свідчить про те, що Страхувальник розуміє значення своїх дій, всі умови цього Договору йому зрозумілі, Страхувальник не перебуває під впливом помилки, обману, насильства, загрози тощо.

- надає згоду та право Страховику, безстроково, відповідно до законодавства отримувати, збирати, обробляти, реєструвати, накопичувати, зберігати, змінювати, поновлювати, використовувати і поширювати (розповсюджувати, передавати) інформацію, яка, відповідно до вимог законодавства, становить персональні дані Страхувальника з метою: виконання вимог законодавства, цього Договору та інших договорів, в тому числі перестраховання, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором, забезпечення реалізації податкових відносин, відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Використання і поширення інформації, що становить персональні дані Страхувальника здійснюється виключно в межах, необхідних для забезпечення виконання Страховиком умов цього Договору та/або захисту його інтересів. Страховик звільняється від зобов'язання направляти на адресу Страхувальника письмове повідомлення про права, мету збору даних і осіб, яким передаються персональні дані Страхувальника;

- надає згоду на отримання від Страховика інформаційних SMS повідомлень;

- підтверджує, що до укладення цього Договору йому було доведено до відома інформацію, передбачену статтею 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12 липня 2001 року № 2664-III (із змінами), зміст вказаної інформації йому зрозумілий. Надана інформація є доступною на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, фінансових розрахунків, оподаткування, механізмів захисту фінансовою установою прав споживачів, порядку урегулювання спірних питань, реквізитів органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг, а також реквізитів органів з питань захисту прав споживачів;

- надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації повідомлень про подію, що має ознаки страхового випадку.

2.11. Договір вважається підписаним уповноваженим представником Страховика шляхом проставлення підпису та печатки на цій Оферті. При укладенні Договору страхування Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами. Договір страхування вважається підписаним Страхувальником шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (введення паролю, надісланого Страховиком на засіб мобільного зв'язку Страхувальника).

2.12. Страхувальник має можливість відмовитися від укладення Договору страхування в будь-який момент до здійснення ним акцепту цієї Оферти.

3. ТЕРМІНИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ

3.1. Асистуюча компанія - юридична особа, спеціалізована служба, яка, діючи від імені та за дорученням Страховика, координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та третіх осіб, що надають йому послуги при настанні нещасного випадку, раптового захворювання або інших подій, передбачених Договором страхування, під час перебування Страхувальника (Застрахованої особи) за межами країни постійного проживання, або безпосередньо забезпечує надання Страхувальнику (Застрахованої особи) передбачених договором страхування послуг під час перебування за межами країни постійного проживання.

3.2. Члени сім'ї Застрахованої особи – чоловік/дружина, діти, батьки, рідні брати та сестри Застрахованої особи.

3.3. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. По окремих видах страхування та окремих страхових послугах, що вказані у цьому Договорі, встановлені відповідні ліміти страхової суми (ліміти відповідальності), в межах яких здійснюються страхові виплати. Розміри та валюта страхових сум вказуються у Договорі.

3.4. Франшиза (безумовна) – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. За кожною Програмою страхування розміри франшизи зазначаються у Договорі.

3.5. Страховий платіж – (страховий внесок, страхова премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести згідно із Договором.

3.6. Електронний поліс — це частина Договору страхування в електронному вигляді, що підтверджує страховий захист за сплаченою Програмою страхування. Згідно з Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», роздрукований електронний поліс має таку саму силу, як і оригінал.

3.7. Країна постійного проживання – країна, під юрисдикцією якої знаходиться місце постійного проживання фізичної особи або країна, громадянином якої є фізична особа.

3.8. Медичні витрати - витрати на амбулаторне, стаціонарне лікування та придбання ліків за призначенням лікаря, необхідність яких виникла внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання.

3.9. Нещасний випадок - раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана та не залежна від волі Застрахованої особи зовнішня подія пов'язана з Активним відпочинком або протиправними діями третіх осіб, що фактично відбулась протягом строку дії Договору і призвела до тілесного ушкодження, а саме: травматичні ушкодження тканин і органів організму з порушенням їхньої цілісності та функцій, деформацією або порушенням опорно-рухового апарату, спричиненими зовнішнім впливом (травми).

3.10. Програма страхування – перелік послуг, згідно умов Договору, що будуть організовані або оплачені Страхувальнику при настанні страхового випадку (Програма страхування для кожної Застрахованої особи визначена в Електронному полісі).

3.11. Раптове захворювання - гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або гострим станом Застрахованої особи, що становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання негайної медичної допомоги. Під загрозою здоров'ю та/або життю Застрахованої особи в цьому Договорі розуміється стан Застрахованої особи, при якому ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання, або смерті Застрахованої особи.

3.12. Страховий платіж - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно умов Договору.

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

3.14. Страховий акт - документ, який складається Страховиком, що підтверджує факт настання страхового випадку і разом із заявою Страхувальника (Застрахованої особи) про здійснення страхової виплати є підставою для здійснення цієї виплати. Страховий акт складається на підставі документів про причини, обставини страхового випадку.

3.15. Страховий випадок – подія, передбачена Договором, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

3.16. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

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

3.18. Третя особа – фізична або юридична особа, яка не є стороною за Договором, однак приймає участь у правовідносинах, що регулюються даним Договором.

3.19. Активний відпочинок (Active leisure) – нерегулярні заняття Страхувальником (Застрахованою особою) будь-яким видом спорту та фізичними вправами в тому числі: катання на велосипеді, квадроциклі, баггі, електронних самокатах, гіроскутерах, тощо зі швидкістю не більше 15 км за годину. Катання на коні, верблюді, слоні; банджо-, роуп-джампінг; туристичні походи; аквапарк, сафари; пляжний футбол, волейбол; плавання в басейні і відкритих водоймах; риболовля, полювання.

3.20. Місце постійного проживання - місце проживання на території якої-небудь держави не менше одного року фізичної особи, яка не має постійного місця проживання на території інших держав і має намір проживати на території цієї держави протягом необмеженого строку, не обмежуючи таке проживання певною метою, і за умови, що таке проживання не є наслідком виконання цією особою службових обов'язків або зобов'язань за договором (контрактом).

3.21. Місце дії Договору- весь світ, окрім Країни постійного проживання Застрахованої особи.

3.22. Амбулаторно-поліклінічна допомога (медична допомога в амбулаторно-поліклінічних умовах) – медична допомога Застрахованій особі при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму, в т.ч. стійкій дисфункції якого-небудь органу або до виникнення загрози життю Застрахованої особи. Включає витрати на послуги лікаря, діагностичні дослідження, медикаменти та витратні матеріали (вата, бинт, шприци, перчатки), необхідні для лікування, засоби фіксації (гіпс, биндаж тощо).

3.23. Екстрена медична допомога (невідкладна медична допомога) – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я (згідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» зі змінами та доповненнями). Надається Застрахованій особі при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкій дисфункції якого-небудь органу), або до виникнення загрози життю Застрахованої особи.

3.24. Ліміт відповідальності (ліміт відшкодувань) – граничний розмір страхової виплати визначений Договором за окремими видами витрат по страхових випадках.

3.25. Період покриття (період дії страхового захисту) - період часу в межах строку дії Договору, протягом якого Страховик несе зобов'язання по прийнятим на страхування ризикам.

3.26. Пошуково-рятувальні роботи – комплекс заходів, який проводиться навченими та, за вимогою, технічно-оснащеними фахівцями з організації пошукових робіт та рятування в зоні стихійного лиха, природної або техногенної катастрофи, наслідків складних погодних або географічних умов з метою евакуації (вивезення, виведення) постраждалого (постраждалих, вцілілих, поранених тощо) з місця події до безпечного місця, а також надання ними екстреної медичної допомоги.

3.27. Стаціонар – лікувальний заклад для цілодобового перебування пацієнтів, безперервного нагляду за ними і надання необхідної та кваліфікованої медичної допомоги.

3.28. Страховий захист за цим Договором надається відповідно до Рішення Ради ЄС 2004/17/EG щодо медичного страхування подорожуючих осіб.

3.29. Цей Договір страхування забезпечує Застрахованим особам можливість безперешкодного одержання необхідної медичної та інших видів невідкладної допомоги під час перебування за межами Країни постійного проживання в разі настання страхових випадків, згідно обраної Програми страхування.

4. СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ ПІД ЧАС ПОДОРОЖІ.

4.1. Предметом страхування є майнові інтереси Страхувальника, що не суперечать чинному законодавству України, пов'язані необхідністю відшкодування медичних витрат та/або з приводу організації надання та оплати медичної

допомоги, медичної або посмертної репатріації Застрахованої особи в Країну постійного проживання, або поховання за кордоном, в обсязі та в порядку, передбаченими Програмою страхування, якщо ці події відбулися в період та у місці дії Договору та медичні, медико-транспортні витрати були своєчасно погоджені із Страховиком та/або Асистуючою компанією Страховика за кордоном, визнані ними доцільними та виправданими.

4.2. Страховим випадком згідно з умовами добровільного страхування медичних витрат є здійснення Застрахованою особою, Асистантом або Третьою особою непередбачених медичних та інших витрат під час та на території дії Договору, в межах та в обсязі Програми страхування, передбачених Договором.

4.3. Програма страхування «Basic» - страховий захист у випадку:

4.3.1. розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок інфікування вірусом COVID 19 (коронавірус), що є лабораторно підтвердженим (метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР))

4.3.2. розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок ОРВІ.

4.3.3. розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку.

4.3.4. У разі розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок захворювання на хворобу визначену підпунктом 4.3.1. або 4.3.2. Договору Програма «Basic» включає в себе такий перелік послуг:

4.3.5. Відшкодування вартості медикаментів призначених для невідкладного лікування та витратних матеріалів (вата, бинт, шприци, перчатки), необхідні для лікування, засоби фіксації (гіпс, бандаж тощо) або компенсація витрат у разі самостійного придбання в аптеці призначених лікарем медикаментів;

4.3.6. Відшкодування вартості послуг пов'язаних наданням невідкладної амбулаторно-поліклінічної допомоги в медичному закладі:

- лабораторні та інструментальні дослідження в обсязі необхідному для встановлення діагнозу.

- консультації спеціалістів, послуги медичного персоналу.

4.3.7. Відшкодування витрат, пов'язаних із стаціонарним лікуванням, а саме: необхідні консультації, діагностика, лікування, невідкладне оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу.

4.3.8. Відшкодування витрат, пов'язаних із Нещасним випадком:

Страховик відшкодовує витрати визначені підпунктами 4.3.5. – 4.3.7. Договору, що пов'язані із Нещасним випадком в межах встановленого ліміту відповідальності – 1 000 EUR/USD та сублімітом не більше 5 (п'ять) діб стаціонарного лікування або у разі амбулаторно-поліклінічної допомоги - не більше 5 прийомів спеціалістів.

4.4. Програма страхування «Standard» - страховий захист у випадку:

4.4.1. розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок інфікування вірусом COVID 19 (коронавірус), що є лабораторно підтвердженим (метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР))

4.4.2. розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок ОРВІ.

4.4.3. розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку.

4.4.4. отримання Застрахованою особою Невідкладної медичної допомоги.

4.4.5. Програма «Standard» включає в себе страховий захист Програми «Basic», що визначений підпунктами 4.3.1. та 4.3.2. - в межах встановленого ліміту відповідальності - 10 000 EUR/USD за одним страховим випадком та сублімітом не більше 5 (п'ять) діб стаціонарного лікування або у разі амбулаторно-поліклінічної допомоги - не більше 5 прийомів спеціалістів, а також:

4.4.6. Відшкодування витрат, пов'язаних із Нещасним випадком:

Страховик відшкодовує витрати визначені підпунктами 4.3.5 – 4.3.7. Договору, що пов'язані із Нещасним випадком в межах встановленого ліміту відповідальності – 15 000 EUR/USD та сублімітом не більше 5 (п'ять) діб стаціонарного лікування або у разі амбулаторно-поліклінічної допомоги - не більше 5 прийомів спеціалістів.

4.4.7. Відшкодування витрат, пов'язаних із невідкладною медичною допомогою:

- виїзд бригади швидкої медичної допомоги.

- експрес діагностика стану Застрахованої особи.

- медикаментозне забезпечення в межах невідкладної допомоги.

Страховик відшкодовує витрати на невідкладну медичну допомогу в межах встановленого ліміту відповідальності – 3 000 EUR/USD за одним страховим випадком.

4.5. Програма страхування «Premium» - страховий захист у випадку:

4.5.1. розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок інфікування вірусом COVID 19 (коронавірус), що є лабораторно підтвердженим (метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР));

4.5.2. розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок ОРВІ;

4.5.3. розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку;

4.5.4. отримання Застрахованою особою Невідкладної медичної допомоги.

4.5.5. розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок загострення хронічних захворювань, що потребують невідкладного лікування;

4.5.6. невідкладної стоматологічної допомоги;

4.5.7. медичне транспортування Застрахованої особи до Місця постійного проживання;

4.5.8. транспортування тіла (репатріація) Застрахованої особи до Країни постійного проживання;

4.5.9. поховання тіла Застрахованої особи або кремації тіла Застрахованої особи в країні за місцем її смерті;

4.5.10. Організація та оплата витрат на дострокове повернення до країни постійного проживання дітей до 14 (чотирнадцяти) років Застрахованої особи;

4.5.11. екстреної акушерської допомоги до 29-го тижня вагітності;

4.5.12. пошукової операції Застрахованої особи;

4.5.13. отримання Застрахованою особою послуг санітарною авіацією;

4.5.14. отримання Застрахованою особою послуг таксі при поїзді у лікарню;

4.5.15. придбання квитків, у разі якщо Застрахована особа перебувала у лікарні та не мала можливості потрапити на рейс.

4.5.16. Програма «Premium» включає в себе страховий захист Програми «Standard» передбачений підпунктами 4.5.1.- 4.5.3. Договору, в межах встановлених лімітів відповідальності Програмою «Standard», а також:

4.5.17. Відшкодування витрат, пов'язаних із екстремим лікуванням загострених хронічних захворювань:

Страховик відшкодовує витрати визначені підпунктами 4.3.5 – 4.3.7. Договору, що пов'язані із екстремим лікуванням загострених хронічних захворювань, в межах встановленого ліміту відповідальності – 5 000 EUR/USD та сублімітом не більше 5 (п'ять) днів стаціонарного лікування або у разі амбулаторно-поліклінічної допомоги - не більше 5 прийомів спеціалістів.

4.5.18. Відшкодування витрат невідкладної стоматологічної допомоги, а саме:

- стоматологічний огляд;
- рентгенівське дослідження;
- видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою отриманою внаслідок нещасного випадку.

Страховик відшкодовує витрати невідкладної стоматологічної допомоги в межах встановленого ліміту відповідальності – 500 EUR/USD за одним страховим випадком.

4.5.19. Організація (при необхідності) та оплата витрат на медичне транспортування Застрахованої особи, до Місця постійного проживання, а саме:

- транспортування Застрахованої особи із-за кордону до медичного закладу, найближчого до місця постійного проживання за наявності медичних показань про можливість медичної евакуації. Медична евакуація Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Асистансом (Страховиком). Рішення щодо транспортування Застрахованої особи та засобів транспортування мають право прийняти тільки лікарі, які уповноважені Асистансом (Страховиком) після консультації з лікуючими лікарями. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону. Залежно від стану здоров'я Застрахованої особи її можуть транспортувати: каретою швидкої допомоги, таксі, потягом (в купе першого класу, в плацкартному чи спальному вагоні), рейсовим літаком (в т.ч. на спеціально обладнаному місці), літаком санітарної авіації.

Страховик відшкодовує витрати на організацію (при необхідності) та медичне транспортування Застрахованої особи до Місця постійного проживання в межах встановленого ліміту відповідальності – 5 000 EUR/USD за одним страховим випадком.

4.5.20. Організація та оплата вартості послуг з транспортування тіла (репатріація) Застрахованої особи до Країни її постійного проживання. При цьому Страховик відшкодовує витрати на:

- оформлення документів на репатріацію;
- підготовку тіла до репатріації;
- транспортування тіла до аеропорту або найближчого митного пункту Країни постійного проживання. При цьому Страховик відшкодовує витрати з репатріації Застрахованої особи до аеропорту або найближчого митного пункту Країни постійного проживання, в межах встановленого ліміту відповідальності – 5000 EUR/USD. Необхідною умовою для організації репатріації є надання родичами померлої Застрахованої особи заяви-підтвердження про готовність забрати тіло після перетину державного кордону. Вид транспорту, строки репатріації та маршрут визначається Страховиком.

4.5.21. Оплата витрат на поховання тіла Застрахованої особи або кремації тіла Застрахованої особи в країні за місцем її смерті.

Максимальна сума страхової виплати, у випадку поховання тіла Застрахованої особи, кремації тіла Застрахованої особи в країні за місцем її смерті, в межах встановленого ліміту відповідальності – 5000 EUR/USD. Поховання тіла Застрахованої особи в країні за місцем її смерті здійснюється лише за погодженням із Страховиком. Страховик не відшкодовує витрати на отримання дозволу на поховання від адміністративних органів країни.

4.5.22. Організація (при необхідності) та оплата витрат на дострокове повернення до країни постійного проживання дітей до 14 (чотирнадцяти) років Застрахованої особи, та в разі необхідності їх супровід третьою особою, якщо Застрахована особа неспроможна це зробити внаслідок раптового захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку або смерті. Страховик відшкодовує вартість проїзду дітей, до місця їх постійного проживання тільки у випадку, якщо жодна із подорожуючих разом з ними осіб віком понад 18 років не в змозі про них піклуватись внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку або смерті. Маршрут, вид та клас транспортного засобу визначається Страховиком. Після виконання своїх зобов'язань Страховик має право використання зворотного квитка дитини (дітей) Застрахованої особи.

Страховик відшкодовує витрати на організацію (при необхідності) та дострокове повернення до країни постійного проживання дітей до 14 (чотирнадцяти) років Застрахованої особи в межах встановленого ліміту відповідальності – 5 000 EUR/USD за одним страховим випадком.

4.5.23. Організація та оплата екстреної гінекологічної допомоги у строк вагітності, що не перевищує 29 тижнів.

Страховик відшкодовує витрати визначені підпунктами 4.3.5 – 4.3.7. Договору, що пов'язані із екстерною гінекологічною допомогою у строк вагітності, що не перевищує 29 тижнів, в межах встановленого ліміту відповідальності – 5 000 EUR/USD та сублімітом не більше 5 (п'ять) днів стаціонарного лікування або у разі амбулаторно-поліклінічної допомоги - не більше 5 прийомів спеціалістів. При цьому відповідний стан Застрахованої особи повинен бути підтверджений медичним висновком. Якщо термін вагітності на момент настання страхового випадку перевищує 29 тижнів і 1 (один) день, медичні послуги та витрати Страховиком не відшкодовуються, а оплачуються Застрахованою особою самостійно. У будь-якому разі витрати на допомогу при пологах і післяпологовому догляді за дитиною не покриваються

4.5.24. Організація та оплата пошуково-рятувальних робіт Застрахованої особи - встановленого ліміту відповідальності – 3 000 EUR/USD за одним страховим випадком. Пошуково-рятувальні роботи здійснюється виключно у випадках попереднього узгодження із Страховиком.

4.5.25. Організація (при необхідності) та оплата послуг санітарної авіації. Транспортування Застрахованої особи санітарною авіацією здійснюється винятково у випадках підтвердження його необхідності висновком лікаря. Транспортування за допомогою санітарної авіації здійснюється виключно у випадках попереднього узгодження цих умов транспортування із Страховиком. Страховик відшкодовує витрати на організацію (при необхідності) та оплату послуг транспортування Застрахованої особи санітарною авіацією в межах встановленого ліміту відповідальності – 5 000 EUR/USD за одним страховим випадком.

4.5.26. Відшкодування витрат Застрахованої особи на таксі до лікарні.

Відшкодовується вартість проїзду на таксі економічного класу Застрахованої особи до лікарні, за умови документального підтвердження таких витрат.

4.5.27. Відшкодування вартості квитків, у разі якщо Застрахована особа перебувала у лікарні та не мала можливості потрапити на рейс - в межах встановленого ліміту відповідальності – 400 EUR/USD за одним страховим випадком.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ ВІД СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

5.1. До страхових випадків не відносяться і страхова виплата не здійснюється, якщо подія, що відбулась із Застрахованою особою:

5.1.1. Не обумовлена як страховий випадок в Договорі та/або мала місце до початку дії Договору чи після його закінчення.

5.1.2. Мала місце за межами території дії Договору.

5.1.3. Викликана обставинами, про які Страхувальник знав або повинен був знати, але не вжив усіх від нього залежних заходів для запобігання настанню страхового випадку.

5.2. В будь-якому випадку Страховик не несе відповідальності за Договором якщо випадок стався:

5.2.1. Внаслідок вчинення Застрахованою особою дій, в яких слідчими органами або судом встановлені ознаки умисного злочину, що призвів до заподіяння шкоди здоров'ю або смерті Застрахованої особи.

5.2.2. Внаслідок будь-яких дій вчинених Застрахованою особою, у стані алкогольного сп'яніння або під впливом наркотичних чи токсичних речовин, в т. ч. управління транспортним засобом, а також внаслідок передачі управління транспортним засобом особі, яка перебуває у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.

5.2.3. Внаслідок самогубства Застрахованої особи або спроби самогубства за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб. При цьому, вказані дії Застрахованої особи визнаються такими тільки на підставі рішення компетентних органів, що доводять вчинене.

5.2.4. Внаслідок навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень незалежно від її психічного стану, самолікування або лікування особою або закладом, що не має медичної освіти або ліцензії на здійснення лікувальної діяльності у країні тимчасового перебування, вживання ліків без призначення лікаря.

5.2.5. В результаті керування Застрахованою особою транспортним засобом, якщо вона не має відповідних документів на право керування даним транспортним засобом.

5.2.6. Під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні, або на території дії Договору а також під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, пучку, локауту або терористичного акту.

5.2.7. Внаслідок впливу ядерної енергії, дії іонізуючої радіації, хімічного, бактеріологічного, радіоактивного забруднення від будь-яких джерел, ядерного вибуху, впливу радіації, пов'язаних із застосуванням атомної енергії, використанням продуктів розщеплення.

5.2.8. В результаті протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів.

5.2.9. Якщо Застрахована особа навмисно надала неправдиву інформацію про ступінь страхового ризику або факт настання страхового випадку.

5.2.10. Неподання Застрахованою особою інформації Страховику про значні обставини, що необхідні для оцінки страхового ризику, при укладенні Договору страхування.

5.2.11. Несвочасне повідомлення Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розмірів збитків.

5.2.12. Отримання Застрахованою особою послуг, що належать до обмежень страхування та виключень із страхових випадків, зазначених у Договорі.

5.2.13. Невиконання вказівок Асистанса/Страховика в процесі врегулювання події.

5.2.14. Відмова від обстеження Застрахованої особи довіреним лікарем Страховика після настання страхового випадку.

5.3. Страховик не оплачує і не відшкодовує вартість консультування, діагностування, лікування та послуг, пов'язаних із такими захворюваннями і подіями:

5.3.1. лікуванням хронічних захворювань, вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень;

5.3.2. новоутвореннями, хворобами ендокринної системи, цукровим діабетом;

5.3.3. нервовими захворюваннями, психічними захворюваннями, а також пов'язаними з ними травматичними пошкодженнями;

5.3.4. венеричними захворюваннями, імунодефіцитним станом, СНІДом, окрім COVID 19 (коронавірус).;

5.3.5. хворобами крові та кровотворних органів;

5.3.6. епідемічними та пандемічними хворобами;

5.3.7. гострою та хронічною променевою хворобою;

5.3.8. акушерською допомогою особам з терміном вагітності більше 29 тижнів, пологи.

5.3.9. медичними послугами, пов'язаними з проведенням абортів Застрахованій особі, за винятком вимушеного переривання вагітності за медичними показаннями;

5.3.10. будь-якими розладами здоров'я, ускладненнями або смертю внаслідок невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічних дій ліків, що не були призначені лікарем, а також побічних дій харчових добавок;

5.3.11. захворюваннями або наслідками (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз;

5.3.12. захворюваннями та розладом органів слуху, крім гострого захворювання органів слуху;

5.3.13. грибковими та дерматологічними хворобами, алергічними дерматитами будь-якого походження, сонячними опіками першого та другого ступеню;

5.3.14. захворюваннями, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, що призвели до медичних чи додаткових витрат під час подорожі, а також захворюваннями, що виникли після повернення Застрахованої особи до Країни постійного проживання.

5.3.15. лікуванням Застрахованої особи закордоном, якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання. Сторони погодили, що телефонний запис розмови Застрахованої особи або його родичів, здійсненого до асистуючої компанії або Страховику з приводу відмови від медичної евакуації прирівнюється до письмового відмови і може бути використаний Страховиком як доказ у разі виникнення суперечок;

5.3.16. надання послуг, що не є обгрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування, а також надання таких спеціальних послуг, як окрема палата, телефон, телевізор тощо;

5.3.17. послуги та лікування, що можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до закінчення перебування закордоном можливо замінити курсом консервативного лікування і т.п.;

5.3.18. проведенням високотехнологічних маніпуляцій і операцій на серці та судинах, у т.ч. ангіографія, ангіопластика, шунтування, стентування, встановлення штучного водія ритму і т.п.;

5.3.19. діагностичними послугами: консультаціями, лабораторними дослідженнями та іншими заходами не призначеними лікарем та асистуючою компанією, як необхідні для встановлення діагнозу для подальшого лікування;

5.3.20. проведенням профілактичних вакцинацій, лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;

5.3.21. всі види пластичних та косметичних операцій і процедур, всі види протезування, трансплантації органів;

5.3.22. стоматологічне лікування, за винятком невідкладної стоматологічної допомоги;

5.3.23. фізіотерапевтичним лікуванням та лікуванням нетрадиційними методами;

5.3.24. придбанням або ремонтом допоміжних засобів (таких як кардіостимулятори, окуляри, контактні лінзи, слухові апарати, інгалятори, протези, милиці, інвалідні візки, вимірювальні прилади тощо) придбанням загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування;

5.3.25. штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, заходами по запобіганню вагітності;

5.3.26. алкоголізмом, наркоманією і т.п., у тому числі лікування абстинентного синдрому;

5.3.27. медичною евакуацією, репатріацією або похованням за кордоном організованим без письмового узгодження із Страховиком;

5.3.28. витрати, коли поїздка закордон була здійснена з наміром отримати лікування;

5.3.29. самолікуванням, фізіотерапевтичним лікуванням та лікуванням нетрадиційними методами;

5.3.30. необхідність у індивідуальному догляді, патронажі та охороні;

5.3.31. на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання, а також не відшкодовуються витрати, які покриваються за рахунок соціального, медичного страхування та іншого забезпечення;

5.3.32. не відшкодовуються витрати, передбачені підпунктами 4.7.20 - 4.7.23, 4.7.25, 4.7.26 якщо вони здійснені Застрахованою особою без попереднього узгодження із Страховиком.

5.3.33. захворюваннями, які в попередні 6 місяців до настання страхового випадку вимагали стаціонарного лікування.

5.3.34. погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи або смертю Застрахованої особи внаслідок захворювання або травмування, яке діагностовано до початку дії Договору, незалежно від того чи проводилось лікування чи ні.

5.3.35. захворюваннями, невилікуваних на день початку поїздки, які в тому числі з медичної точки зору є протипоказаними для поїздки.

5.3.36. послугами на лікування, що можна відкласти до повернення з-закордону, в тому числі проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можна замінити курсом консервативного лікування.

5.3.37. сонячними опіками або іншими гострими змінами шкіри внаслідок впливу ультрафіолетового випромінювання.

5.3.38. послугами, що перевищують помірні чи обгрунтовані розміри їх оплати в певному регіоні (визначається Асистансом) чи перевищують необхідні.

5.4. Страховик не оплачує також витрати:

5.4.1. не передбачені Програмою страхування, що обрана Застрахованою особою.

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

6.1. При настанні випадку, що може бути визнаний страховим, Страхувальник (Застрахована особа) в будь-якому разі не пізніше ніж протягом 48 годин, повинен:

6.1.1. Звернутися до Асистанса Страховика за телефоном, що зазначений в Електронному полісі та отримати інформацію щодо подальших дій.

6.1.2. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається Асистансу Страховика або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не

пізніше ніж протягом 48 годин з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу, тощо.

6.1.3. Повідомити Асистансу Страховика:

- прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- назву Страхової компанії, номер Договору страхування та термін його дії;
- точне місцезнаходження Застрахованої особи та Країну постійного проживання, контактний телефон;
- розмір страхової суми, франшизу та Програму страхування;
- опис того, що трапилось, та характер необхідної допомоги.

6.1.4. Після звернення до Асистанса Страховика виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій.

6.1.5. Документально підтвердити термін перебування Застрахованої особи за кордоном, шляхом направлення (у чат WhatsApp, Viber, Telegram або електронною поштою) Асистансу/Страховику копії сторінок закордонного паспорту з відмітками про перетин кордону починаючи з початку дії Договору.

6.1.6. Сприяти вживанню Страховиком необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат.

6.1.7. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення витрат, завданих внаслідок настання страхового випадку.

6.1.8. Передати Страховику невикористані авіа - або залізничні квитки в період їх чинності, а у разі неможливості це зробити за станом здоров'я – при першій нагоді.

6.1.9. У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин не зв'язалася із Страховиком для отримання необхідної допомоги та внаслідок цього повинна була самостійно оплатити вартість наданої їй медичної та/або іншої допомоги, вона зобов'язана узгодити це із Страховиком протягом 48 годин після надання такої допомоги.

6.1.10. Якщо Застрахована особа, за узгодженням зі Страховиком, сама сплатила вартість наданих медичних та інших послуг чи придбала медикаменти за виписаними довіреним лікарем Страховика рецептами, їй повертається витрачена сума на підставі наданих документів.

6.1.11. Якщо Застрахована особа має Договір для багаторазових поїздок (ліміт перебування за кордоном менший за строк дії Договору), вона зобов'язана надати Асистансу, як тільки з'явиться можливість документи (факсом, електронною поштою), що підтверджують термін перебування за кордоном (сторінки закордонного паспорту з відмітками про перетин кордону починаючи з початку дії Договору).

7. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА СТРОК ЙОГО СПЛАТИ. СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ. ФРАШИЗА

7.1. Програма страхування	7.2. Страхова сума, грн.	7.3. Безумовна франшиза	7.4. Страховий тариф, %	7.5. Страховий платіж	7.6. Страховий платіж на місяць (підписка)	7.7. Ліміт перебування за кордоном 180 календарних днів на рік (Період дії Договору)
Basic	3 000,00 EUR/USD	200 EUR/USD	0,06%	2	2	15 діб на місяць
Standard	30 000, 00 EUR/USD	100 EUR/USD	0,01%	3	3	15 діб на місяць
Premium	50 000, 00 EUR/USD	50,00 EUR/USD	0,01%	5	5	15 діб на місяць

7.8. Страховий платіж (премія) сплачується Страхувальником на рахунок Страховика або Страхового агента, у разі виявлення Страхувальником бажання приєднатися до цього Договору, в момент оформлення Електронного поліса відбувається разова оплата суми Страхового платежу, згідно п.7.5. Договору, в залежності від обраної Страхувальником Програми страхування.

7.9. Страхувальник під час приєднання до цього Договору за допомогою Страхового агента або самостійно на веб-сайті Страховика може оформити відновлювальну підписку на послуги зі страхування за обраною Програмою страхування шляхом прив'язки карти до свого акаунту. Кошти списуються з прив'язаної банківської карти Страхувальника автоматично, згідно п.7.6. Договору за кожний місяць, на умовах передплати, згідно обраної Програми страхування. У разі автоматичного продовження підписки за Програмою страхування на новий період, кошти списуються як аванс, до моменту початку надання послуг в новому розрахунковому періоді.

7.10. Даний Договір набуває чинності та вважається укладеним після оплати Страхувальником страхової премії в порядку, встановленому даним Договором.

7.11. Якщо при настанні Страхового випадку виплачене Страхове відшкодування виявиться менше розміру Страхової суми, визначеної Програмою страхування, то після здійснення виплати дія Договору страхування триває, а Страхова сума зменшується на розмір здійсненого страхового відшкодування.

8. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі заяви про здійснення страхової виплати та необхідних документів. Для отримання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) або Вигодонабувач (спадкоємці Застрахованої особи) повинні надати Страховику наступні документи:

- Заяву про страхову виплату за формою, встановленою Страховиком.
- Копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру особи, яка звернулася за страховою виплатою.
- Копію паспорту особи, яка звернулася за страховою виплатою.
- Копію закордонного паспорту Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону Країни постійного проживання та віза відповідної країни.
- Копію вітчизняного паспорту (свідоцтва про народження) Застрахованої особи або засвідчену нотаріально копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи.

8.2. Крім того, для отримання страхової виплати, у разі отримання Застрахованою особою медичних послуг надаються такі документи:

- Оригінал довідки медичного закладу (на бланку закладу або з відповідним штампом) про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням терміну лікування, діагнозу, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря: у випадку розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку додатково - довідка щодо перебування Застрахованої особи під час настання нещасного випадку у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння.
- Оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних послуг.
- Оригінали рахунків та документів, які підтверджують оплату здійсненого лікування (штамп про оплату, касовий чек, банківська квитанція з зазначенням суми на переказ тощо).
- Рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем.

8.3. Додатково до документів, перелічених в п. 8.1., п.8.2, надаються у разі отримання транспортних послуг:

8.3.1. При транспортуванні за медичними показаннями:

- Оригінали документів, що підтверджують оплату за надання спеціалізованого транспорту та/або іншого, яким користувалась Застрахована особа, внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку.

8.3.2. При медичній евакуації Застрахованої особи, репатріації тіла до аеропорту або найближчого митного пункту Країни постійного проживання:

- Оригінали документів, що підтверджують оплату за надання спеціалізованого транспорту та/або іншого, яким здійснювалась репатріація.
- У випадку оплати процедур оформлення документів на репатріацію тіла, підготовку тіла до репатріації або поховання за кордоном
- Оригінали фінансових документів про оплату даних послуг, із зазначенням виду послуги.

8.3.3. При евакуації дітей до 14 років (в тому числі з супроводжуючою особою) до місця постійного проживання, які залишилися без нагляду дорослої особи (віком понад 18 років), у зв'язку з погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи або її смертю:

- Документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду дітей до 14 років та, у разі необхідності, супроводжуючої особи до місця постійного проживання.
- Довідка про смерть Застрахованої особи у випадку смерті Застрахованої особи.
- Медичні документи, що підтверджують факт захворювання Застрахованої особи або нещасного випадку із Застрахованою особою та характеризують стан здоров'я Застрахованої особи на момент евакуації дитини (оригінал довідки (медичного звіту) з медичного закладу (на бланку Закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища Застрахованої особи, остаточного діагнозу).

8.3.4. Страховик може обґрунтовано запросити у Застрахованої особи додаткові документи, якщо з урахуванням конкретних обставин відсутність таких документів унеможливує встановлення факту, причин і обставин настання страхового випадку.

8.3.5. Перелічені у пунктах 8.1. – 8.3. цього Договору документи можуть бути надані польською, англійською, французькою, німецькою або іспанською, турецькою мовами. Якщо документи складені іншими мовами, Страхувальник (Застрахована особа) має надати офіційний переклад українською мовою.

8.3.7. Зазначені у пунктах 8.1. – 8.3. Договору документи надаються Страховику у формі оригінальних примірників, або нотаріально засвідчених копій, або копій, завірених органом, що видав відповідний документ, або простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення цих копій з оригінальними примірниками документів.

8.3.8. Документи, що перераховані у пунктах 8.1. – 8.3. цього Договору, повинні бути надані Страховику протягом 30 календарних днів після повернення в країну постійного проживання Страхувальником (Застрахованою особою або його представником). Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з обґрунтуванням причин затримки.

8.3.9. Якщо документи, зазначені у пунктах 8.1. – 8.3. Договору, надані Страховику не в належній формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), виплата Страхового відшкодування не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

9. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

9.1. Страховик здійснює страхову виплату шляхом:

9.1.1. Оплати наданих послуг, опосередковано через Асистанса, закладам, що надали допомогу Застрахованій особі в рамках Договору, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної або допомоги, що з нею пов'язана. Форма документів та строки розрахунків погоджуються Страховиком, Асистансом та закладом, що надав послуги Застрахованій особі.

9.1.2. Відшкодування Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних та інших послуг у разі, якщо Застрахована особа самостійно організувала та/або оплачувала послуги в рамках Договору, і це було попередньо погоджено з Асистансом/Страховиком або передбачено Договором, за умови надання всіх необхідних документів, що передбачені Розділом 8 Договору.

9.1.3. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, страхову виплату при настанні страхового випадку отримують її законні представники. У разі подання заяв на виплату страхового відшкодування декількома законними Вигодонабувачами, страхова виплата розподіляється між ними у рівних частинах.

9.1.4. Страховик відшкодовує витрати передбачені умовами Договору, на медичні та інші послуги, які були надані Застрахованій особі під час її перебування за кордоном в межах страхової суми або ліміту відповідальності Страховика по кожному страховому випадку, за вирахуванням франшизи.

9.1.5. При неможливості повідомлення Асистансу та/або Страховика про страхову подію проводиться компенсація понесених витрат на лікування в розмірі до 100 EUR/USD при наявності підтверджуючих документів.

9.1.6. Страхова виплата Застрахованій особі в Україні, за послуги надані за кордоном, здійснюється в національній валюті по курсу НБУ на день оплати витрат на лікування і додаткових витрат за надані послуги.

9.1.7. Страхова виплата Застрахованій особі за витрати на стаціонарне лікування здійснюється тільки у випадках, узгоджених зі Страховиком.

9.1.8. Страховик має право здійснити страхову виплату третій особі, що організувала та оплачувала послуги репатріації тіла Застрахованої особи або кремації тіла Застрахованої особи за кордоном (включаючи процедури, пов'язані з репатріацією та/або кремацією, а саме оформлення документів, підготовка тіла), у випадку, якщо такі витрати були узгоджені з Асистансом або Страховиком.

9.1.9. Для отримання страхової виплати Застрахована особа повинна звернутись до Страховика протягом 30-ти днів з моменту повернення із-за кордону.

9.1.10. Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15-ти робочих днів з моменту отримання Страховиком усіх необхідних та належним чином оформлених документів.

9.1.11. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Застрахованою особою/спадкоємцями Застрахованої особи документів, термін прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей термін не може перевищувати 90 (дев'яносто) днів.

9.1.12. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10-ти банківських днів з дня прийняття рішення про виплату (підписання Страхового акту).

9.1.13. Виплата страхового відшкодування Застрахованій особі здійснюється на картковий рахунок.

9.1.14. У випадку відмови у страховій виплаті Страховик протягом 5-ти робочих днів після прийняття рішення про відмову надсилає на адресу Застрахованої особи листа з письмовим повідомленням про відмову та причини відмови.

9.2. Сума страхового відшкодування, що належить до виплати, зменшується на суму відрахувань (податкових або інших), передбачених чинним законодавством України на дату виплати.

9.3. У разі виплати страхового відшкодування, Страхова сума зменшується на розмір виплаченого страхового відшкодування. Страхова сума вважається зменшеною з дати настання страхового випадку.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

10.1. Сторони зобов'язані дотримуватись умов Договору.

10.2. Страхувальник має право:

10.2.1. На дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених цим Договором.

10.2.2. Оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або розмір страхової виплати в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

10.2.3. Перевіряти виконання Страховиком умов Договору та вимагати від Страховика оплату витрат, пов'язаних з наданням медичної та медико - транспортної допомоги та послуг певного переліку і якості в обсязі, що передбачений Програмою страхування, Договором страхування.

10.2.4. Отримати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов укладеного Договору.

10.2.5. Звертатися до Страховика при настанні страхового випадку за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги та подальших дій.

10.2.6. У разі настання страхового випадку, якщо Страхувальник є і Застрахованою особою - на отримання страхових виплат в строки та в порядку, передбачені Договором.

10.2.7. Укладати Договір на користь третьої особи, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором, лише за її згоди.

10.3. Страхувальник зобов'язаний:

10.3.1. При укладанні Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

10.3.2. Повідомляти Страховику про всі договори страхування, що укладені раніше або укладаються щодо предмета страхування, який є предметом страхування згідно з умовами цього Договору.

10.3.3. Вчасно сплачувати страхові платежі в розмірі та порядку, що обумовлені Договором.

10.3.4. Повідомити Страховика про настання випадку, що може бути визнаний страховим, у порядку та у строки, що передбачені Договором.

10.3.5. Дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам.

10.3.6. В межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої особи та провадити усі можливі заходи, спрямовані на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

10.3.7. При зміні ступеня ризику протягом трьох робочих днів повідомити про це Страховика в письмовій формі.

10.3.8. Якщо Договір укладається на користь третьої особи, ознайомити її з умовами Договору.

10.3.9. На виконання Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» надати Страховику документи, що необхідні для проведення ідентифікації, верифікації та вивчення.

10.3.10. Передати Страховику право висунення вимог третім особам, винним у настанні страхового випадку.

10.4. Застрахована особа має право:

10.4.1. У разі настання страхового випадку, отримати страхову виплату, в порядку та на умовах, визначених Договором.

10.4.2. При настанні страхового випадку отримати відповідну медичну та медико - транспортну допомогу та інші послуги належної якості в обсязі та в межах лімітів страхування, які передбачені Договором страхування.

10.4.3. Повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі.

10.5. Застрахована особа зобов'язана:

10.5.1. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені Договором.

10.5.2. Турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги.

10.5.3. Достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику.

10.5.4. Проходити лікування, як призначено лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога.

10.5.5. На виконання Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» надати Страховику документи, що необхідні для проведення ідентифікації, верифікації та вивчення.

10.6. Страховик має право:

10.6.1. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) виконання обов'язків за Договором.

10.6.2. Перевіряти інформацію, надану Страхувальником та Застрахованою особою, а також виконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог і умов Договору страхування.

10.6.3. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку.

10.6.4. Робити запити у компетентні органи для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт і причину настання страхового випадку. Укладання Договору страхування звільняє працівників медичних закладів від дотримання таємниці щодо хвороби та обставин її виникнення та лікування, якщо таке лікування має ознаки страхового випадку за Договором страхування.

10.6.5. Повністю або частково відмовити у страховій виплаті у випадках зазначених у Договорі.

10.6.6. Після здійснення страхової виплати звернутись з позовом до особи, винної у настанні страхового випадку, в порядку, передбаченому чинним законодавством.

10.6.7. Пред'явити позов до Страхувальника на повернення фактично здійснених виплат у випадках, якщо після здійснення страхової виплати виявились обставини, які є причинами для відмови у здійсненні страхової виплати за даним Договором.

10.6.8. Відстрочити страхову виплату на умовах, передбачених Договором.

10.6.9. Достроково припинити дію Договору або ініціювати внесення змін до нього в порядку, передбаченому цим Договором.

10.6.10. Під час укладання Договору за необхідності вимагати медичного обстеження осіб, які мають бути застрахованими, та за його результатами приймати рішення щодо прийняття на страхування.

10.6.11. У разі настання страхового випадку за необхідності вимагати у Застрахованої особи або самостійно одержувати в медичних закладах країни її постійного проживання інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи до укладення договору страхування.

10.7. Страховик зобов'язаний:

10.7.1. 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 Страхувальнику/Застрахованій особі.

10.7.2. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. При несвоєчасному здійсненні страхової виплати, сплатити Страхувальнику пеню в розмірі 0,01 ставки НБУ, що діяла в період, за який сплачується пеня, від суми заборгованості за кожен день прострочення.

10.7.3. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майновий стан, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

10.7.4. Ознайомити Страхувальника з цим умовами та Правилами страхування, на підставі яких укладається Договір страхування, до його підписання.

10.7.5. У випадку відмови у здійсненні страхової виплати за вимогою Застрахованої особи, письмово сповістити про це Страхувальника/Застраховану особу з мотивованим обґрунтуванням причин відмови у порядку та строки, що зазначені у Договорі.

11. ТЕРИТОРІЯ І СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ, ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. СКАСУВАННЯ ПЕРЕДПЛАТИ

11.1. Територія дії Договору: весь світ, за винятком України постійного проживання Застрахованої особи.

11.2. Цей Договір діє помісячно, протягом проміжків часу, з урахуванням лімітів, відповідно до пункту 7.7. Договору, за умови сплати Страхувальником суми Страхового платежу у терміни, що зазначені пунктах 7.8., 7.9. Договору, при цьому Договір набирає чинності не раніше 00-00 дня, наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок або в

касу Страхового агента або Страховика або наступного за днем внесення Страхового платежу через інші платіжні системи дозволені законодавством України і які запроваджені у Страхового агента/Страховика.

11.3. Якщо Страхувальником порушено строк сплати чергового Страхового платежу, то дія Договору припиняється з 00-00 годин першого дня місяця, сплату Страхового платежу за який прострочено або внесено не вповному обсязі, в тому числі через недостатність коштів на карті Страхувальника. При цьому Страховик звільняється від обов'язку щодо:

11.4. Повідомлення Страхувальника про припинення дії Договору.

11.5. Здійснення виплати Страхового відшкодування по страховим Подіям, що мали місце в період прострочення Страхового платежу та припинення дії Договору.

11.6. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

11.6.1. закінчення строку його дії;

11.6.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

11.6.3. несплати/сплати не в повному обсязі Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки;

11.6.4. смерті Страхувальника чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування».

11.6.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

11.6.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

11.6.7. якщо можливість настання страхового випадку відпала, і наявність страхового ризику зникла через обставини інші, ніж страховий випадок.

11.6.8. відповідно до Розділу 12 Договору.

11.6.9. в інших випадках, передбачених законодавством України.

11.7. Дострокове припинення дії Договору за ініціативою Страхувальника або Страховика не передбачено, дострокове припинення дії Договору можливе лише за взаємною згодою Сторін, шляхом укладення сторонами відповідної додаткової угоди до Договору.

11.8. При достроковому припиненні дії Договору Страховик повертає Страхувальнику Страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних виплат Страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором. Повернення коштів за умови дострокового припинення Договору страхування здійснюється в безготівковій формі.

11.9. Щоб скасувати передплату Страхувальник заходить на веб-сайт Страховика в особистий кабінет, у розділі управління підпискою натискає кнопку «Відмовитися». Після чого Страхувальнику приходиться по його номеру телефону повідомлення з підтвердженням скасування підписки.

11.10. Зміни і доповнення до цього Договору здійснюються Страховиком в односторонньому порядку шляхом укладання додаткової угоди чи викладення Договору в новій редакції та набувають чинності з моменту оприлюднення таких змін на офіційному сайті Страховика.

11.11. У випадку необхідності внесення змін до Договору/відкликання Оферти Страховик не пізніше ніж за 10 (десять) календарних днів до запропонованої дати внесення таких змін вносить пропозицію на зміну умов Договору із зазначенням дати такої зміни шляхом розміщення відповідного повідомлення на офіційному сайті Страховика в мережі Інтернет за адресою: <https://ic-ekta.com/>. В разі, якщо Страхувальник протягом 10 (десяти) календарних днів не звернувся до Страховика за вирішенням розбіжностей стосовно зміни умов Договору, вважається, що пропозиція Страховика відносно зміни умов Договору прийнята Страхувальником відповідно до частини 3 статті 205 Цивільного кодексу України. Страхувальник приймає на себе обов'язок самостійно відстежувати наявність пропозицій Страховика на зміну умов Договору на офіційному сайті Страховика. Сторони погодили, що незгода Страхувальника з пропозицією Страховика на зміну умов Договору є розбіжністю, яка на підставі частини 2 статті 649 Цивільного кодексу України підлягає вирішенню у судовому порядку.

12. ОБСТАВИНИ НЕПЕРЕБОРНОЇ СИЛИ (ФОРС-МАЖОРНІ ОБСТАВИНИ)

12.1. Сторони звільняються від відповідальності за часткове або повне невиконання зобов'язань за Договором, якщо доведуть, що невиконання або неналежне виконання ними своїх зобов'язань є наслідком дії обставин непереборної сили, тобто надзвичайних і невідворотних за даних умов подій, в тому числі: стихійного лиха, аварій, пожеж, масових заворушень, епідемій, карантину, порушень громадського правопорядку, страйків, військових дій, протиправних дій третіх осіб, будь-якої заборони або обмеження грошових розрахунків Національним банком України, введення ембарго на імпорту (експорт) чи інших обставин, прийняття державними органами відповідних актів, що виникли (вступили в силу) після підписання Договору та не залежать від волевиявлення Сторін.

12.2. У випадку настання обставин непереборної сили Сторона, у якої виникли такі обставини, повинна протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня настання таких обставин письмово повідомити про них іншу Сторону. Належним письмовим повідомленням Страхувальника є розміщення Страховиком інформації на власному офіційному сайті, визначеному у п.1.1. Договору.

12.3. Неповідомлення Стороною, на яку впливають обставини непереборної сили, іншої Сторони та/або не надання іншій Стороні документів, виданих Торгово-промисловою палатою України або іншим уповноваженим державним органом, що підтверджують факт настання обставин непереборної сили, позбавляє Сторону, на яку впливають обставини непереборної сили, посилатися на них, як на підставу для невиконання та/або неналежного виконання нею своїх обов'язків за Договором.

12.4. Строки та/або терміни виконання зобов'язань за Договором автоматично продовжуються/переносяться на час дії обставин непереборної сили, за умови, що Сторона, у якої виникли обставини непереборної сили свчасно повідомила іншу Сторону про їх настання та надала документ(и), видані Торгово-промисловою палатою України або іншим державним органом, який підтверджує настання обставин непереборної сили.

12.5. У випадку, коли обставини непереборної сили або їх наслідки продовжуються більше 40 (сорока) календарних днів, або при настанні таких обставин стає очевидним, що вони будуть діяти 40 (сорока) календарних днів, Сторони проводять переговори з метою виявлення прийнятних для них способів виконання Договору або припинення його дії.

12.6. У разі припинення Сторонами дії договору внаслідок настання обставин непереборної сили жодна із сторін не несе відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за цим Договором.

13. ІНШІ УМОВИ ДОГОВОРУ

13.1. До даного Договору можуть приєднатися лише особи, що мають повну цивільну дієздатність. Приєднуючись до даного Договору, Страхувальник підтверджує свою правоздатність та дієздатність, включаючи досягнення 18-річного віку, а також усвідомлює відповідальність за зобов'язаннями, що покладаються на нього в результаті укладення даного Договору.

13.2. З усіх питань, не врегульованих Договором страхування, сторони керуються Законом України «Про страхування» та Правилами страхування.

14. РЕКВІЗИТИ СТРАХОВИКА

ТДВ «СК «ЕКТА»
 Місцезнаходження: 03150, м. Київ, вул. Дідова, буд. 5, корпус 2, літера В1
 Ідентифікаційний код юридичної особи 42509956
 п/р UA 87 300346 00000265 0703199221 ПАТ «АЛЬФА-БАНК»
 Директор *В. Сидорук* Ідентифікаційний код 42509956

