

## ДОГОВІР ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА МЕЖІ КРАЇНИ ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ

м. Київ

17 травня 2023 року

### 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Ця Оферта є офіційною пропозицією Товариства з додатковою відповідальністю «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЕКТА», («**Страховик**») укласти договір добровільного страхування медичних витрат для подорожуючих за межі країни постійного проживання («**Договір**», «**Договір страхування**») на умовах, викладених у цій Оферті.

- 1.1. Цей Договір укладено на підставі ліцензії Страховика на провадження господарської діяльності з надання фінансових послуг (крім професійної діяльності на ринку цінних паперів) у частині проведення добровільного страхування медичних витрат; а також «Правил добровільного страхування медичних витрат» («**Правила**»), із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис» та «Про електронну комерцію».
- 1.2. Сторонами Договору є:
  - 1.2.1. **Страховик** - ТДВ «СК «ЕКТА», Місцезнаходження: 03150, м. Київ, вул. Ділова буд. 5, корпус 2, літера В1; ідентифікаційний код 42509958; п/р UA 53 300119 0000 26502075502001 в АТ «Банк Альянс», МФО 300119, тел.: 0-800-305-222; сайт: <https://ekta.insure/>; електронна пошта: [info@ekta.insure](mailto:info@ekta.insure).
  - 1.2.2. **Страховальник** – дієздатна фізична особа, резидент або нерезидент України, який уклав зі Страховиком Договір страхування.
  - 1.2.3. **Застрахована особа** – фізична особа віком від 2 місяців (станом на дату початку подорожі), 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 Страховальника згідно з Договором страхування. Для Застрахованих осіб віком від 60 років застосовуються ліміти відповідальності та суми франшизи, зазначені в розділі 5 цієї Оферти.
- 1.3. Предметом страхування є майнові інтереси Страховальника (Застрахованої особи), що не суперечать чинному законодавству України, пов'язані з 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, передбаченому цим Договором, 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.
- 1.4. Договір складається із двох частин: цієї Оферти та Електронного полісу, який підтверджує факт укладення Договору.
- 1.5. Страховий захист за цим Договором надається відповідно до Рішення Ради ЄС 2004/17/EG щодо медичного страхування подорожуючих осіб.

- 1.6. Цей Договір страхування забезпечує Застрахованим особам можливість безперешкодного одержання необхідної медичної та інших видів допомоги під час перебування за межами Країни постійного проживання в разі настання страхових випадків, згідно з обраною Програмою страхування.
- 1.7. Цей Договір викладений українською мовою та перекладений англійською мовою, якщо мова сайту не є українською. У разі виникнення розбіжностей, перевагу має версія договору, викладена українською мовою і доступна за посиланням:  
[https://ekta.insure/wp-content/uploads/documents/terms\\_insurance\\_EKTA\\_START\\_GOLD\\_MAX+\\_U\\_A\\_USD\\_17\\_05\\_2023.pdf](https://ekta.insure/wp-content/uploads/documents/terms_insurance_EKTA_START_GOLD_MAX+_U_A_USD_17_05_2023.pdf)

## 2. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

- 2.1. Для укладення Договору в електронній формі, Страхувальник повинен до початку подорожі (за винятком випадків, передбачених цим Договором) самостійно або за допомогою Страхового агента зайти на веб-сторінку Страховика, оформити заявку, 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.
- 2.2. Договір укладається шляхом приєднання Страхувальника до договору, який розміщений на офіційному веб-сайті Страховика за посиланням:  
[https://ekta.insure/wp-content/uploads/documents/terms\\_insurance\\_EKTA\\_START\\_GOLD\\_MAX+\\_U\\_A\\_USD\\_17\\_05\\_2023.pdf](https://ekta.insure/wp-content/uploads/documents/terms_insurance_EKTA_START_GOLD_MAX+_U_A_USD_17_05_2023.pdf)
- 2.3. Заповнення Страхувальником даних про себе, оплата страхового платежу (премії) підтверджує прийняття Страхувальником умов Договору і є акцептом в розумінні ст.642 Цивільного кодексу України.
- 2.4. Відповідно до обраних Страхувальником умов та зазначених ним даних, після сплати Страхувальником страхового платежу (премії) формується Електронний поліс («Електронний поліс», «Поліс»). Електронний поліс є підтвердженням укладення Договору страхування і містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, дату укладення, строк дії Договору страхування та інші індивідуальні умови Договору страхування.
- 2.5. Сторони погодили, що Страховик надає Страхувальнику Поліс англійською мовою. На запит Страхувальника/Застрахованої особи Страховик протягом 2 робочих днів надсилає на електронну адресу, надану Страхувальником, Поліс українською мовою.
- 2.6. Сторони погодили, що Договір може бути укладений:
  - 2.6.1. Шляхом підписання Страхувальником Договору із використанням одноразового ідентифікатора (введення паролю, надісланого Страховиком на засіб мобільного зв'язку Страхувальника). Для підписання Договору/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 їх достовірність. Для підписання Електронного полісу одноразовим ідентифікатором Страхувальник вводить отриманий одноразовий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці на веб-сторінці в мережі Інтернет та підтверджує його введення.  
**або**

- 2.6.2. Якщо на веб-сайті Страховика відсутня опція підписання Договору шляхом використання одноразового ідентифікатора, підписання Договору Страхувальником здійснюється шляхом вчинення Страхувальником дій, що вказані на веб-сайті Страховика (зокрема, але не виключно, шляхом заповнення заяви із ідентифікаційними даними, погодження з умовами цього Договору та здійснення оплати). Незважаючи на все вищезазначене, оплата Страхувальником страхових платежів вважається належним підтвердженням підписання цього Договору Страхувальником.<sup>1</sup>
- 2.7. 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.
- 2.8. Поліс направляється Страхувальнику на адресу електронної пошти, зазначену Страхувальником під час оформлення заявки. Сторони домовились, що вчинення таких дій є належним врученням Договору страхування Страхувальнику.
- 2.9. 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.
- 2.10. Страхувальник має можливість відмовитися від укладення Договору страхування в будь-який момент до здійснення ним акцепту цієї Оферти.
- 2.11. Договір вважається укладеним з моменту після сплати Страхувальником страхового платежу (премії).
- 2.12. Страховик не несе відповідальності за шкоду або збитки, понесені будь-якою особою у результаті нерозуміння / помилкового розуміння умов цього Договору. Якщо Страхувальнику незрозумілі або не повністю зрозумілі умови цього Договору, до здійснення акцепту і оплати страхових платежів може звернутися до Страховика за його роз'ясненнями.
- 2.13. Здійсненням акцепту оферти Страхувальник підтверджує, що:
- 2.13.1. ознайомився із Правилами та Договором, повністю розуміє зміст їхніх положень і отримав всі необхідні роз'яснення від Страховика;
  - 2.13.2. що він/вона розуміє значення своїх дій і не перебуває під впливом помилки, обману, насильства, загрози тощо;
  - 2.13.3. надає згоду та право Страховику, безстроково, відповідно до законодавства отримувати, збирати, обробляти, реєструвати, накопичувати, зберігати, змінювати, поновлювати, використовувати і поширювати (розповсюджувати, передавати, включаючи транскордонну передачу) інформацію, яка, відповідно до вимог законодавства, становить персональні дані Страхувальника (включаючи персональні дані, що стосуються здоров'я) з метою виконання вимог законодавства, цього Договору та інших договорів, в тому числі перестраховання,

<sup>1</sup>

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;

- 2.13.4. надає згоду на отримання від Страховика інформаційних SMS повідомлень та повідомлень на адресу електронної пошти, вказану під час укладенні Договору;
- 2.13.5. 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», зміст вказаної інформації йому зрозумілий. Надана інформація є доступною на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет за посиланням <https://ekta.insure/> ;
- 2.13.6. 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.

### 3. ВИЗНАЧЕННЯ

- 3.1. **Активний відпочинок (Active leisure)** – нерегулярні заняття Страхувальником (Застрахованою особою) будь-яким видом спорту та фізичними вправами, за винятком вправ, зазначених в п.3.6 Договору, 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.  
У разі настання страхового випадку під час катання на велосипеді, квадроциклі, баггі, електричних самокатах, гіроскутерах, тощо, презюмується, що швидкість була більше 15 км за годину. Обов'язок доведення дотримання швидкості до 15 км за годину лежить на Страхувальнику.
- 3.2. **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).
- 3.3. **Асистанс (Асистуюча компанія)** – юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і здійснює організацію сервісного та медичного обслуговування у разі настання Страхового випадку для Страхувальника.
- 3.4. **Договір страхування** – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено договір страхування (надати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

Страховий захист за цим Договором надається відповідно до Рішення Ради ЄС 2004/17/EG щодо медичного страхування подорожуючих осіб. Цей Договір забезпечує Застрахованим особам можливість безперешкодного одержання необхідної медичної та інших видів допомоги під час подорожі за кордоном країни постійного проживання Застрахованої особи в разі настання страхових випадків.

- 3.5. **Екстрена медична допомога (невідкладна медична допомога)** – медична допомога, яка полягає у здійсненні 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. 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.
- 3.6. **Заняття спортом на професійному рівні (Professional sports/Extreme leisure)** – регулярні заняття Страхувальником (Застрахованою особою) будь-яким видом спорту, в том числі участь у тренуваннях, змаганнях, та/або нерегулярними фізичними вправами з екстремальними навантаженнями в тому числі: катання на сноуборді і лижах; рафтинг; серфінг; стрибки з висоти; альпінізм та скелелазіння; акробатика; стрибки у воду; дайвінг; катання на велосипеді, мопеді, мотоциклі, квадроциклі, баггі, електричних самокатах, гіроскутерах, тощо зі швидкістю більше 15 км за годину.
- 3.7. **Країна постійного проживання** – країна, під юрисдикцією якої знаходиться місце постійного проживання фізичної особи або країна, громадянином якої є фізична особа.
- 3.8. **Ліміт відповідальності (ліміт відшкодувань)** – граничний розмір страхової виплати визначений Договором за окремими видами витрат по страхових випадках.
- 3.9. **Медичні витрати** – витрати на амбулаторне, стаціонарне лікування та придбання ліків за призначенням лікаря, необхідність яких виникла внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання.
- 3.10. **Місце постійного проживання** – місце проживання на території будь-якої 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).
- 3.11. **Невідкладна медична допомога** – медична допомога, що надається Застрахованій особі в умовах поліклініки або дипломованим лікарем цілодобового стаціонару при станах, що виникають у Застрахованої особи внаслідок гострих захворювань, загострення хронічних хвороб, нещасних випадків, і спрямована на ліквідацію загрози життю та запобігання подальших пошкоджень.
- 3.12. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана та незалежна 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). Нещасними випадками також вважаються гостре отруєння отруйними



рослинами, грибами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), ліками (крім випадків самолікування), утоплення, асфіксія внаслідок попадання сторонніх тіл або рідин у дихальні шляхи, укуси тварин, у тому числі, змій, отруйних комах, захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), правцем, сказом, ботулізмом, опіки, ураження блискавкою або електричним струмом, обмороження, переохолодження.

- 3.13. **Період покриття (період дії страхового захисту)** - період часу в межах строку дії Договору, протягом якого Страховик несе зобов'язання по прийнятим на страхування ризикам.
- 3.14. **Подорож** – це виїзд за межі Країни/Місця постійного проживання з туристичною або іншою метою і передбачає повернення в Країну/Місце постійного проживання.
- 3.15. **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.
- 3.16. **Програма страхування** – перелік послуг, згідно з умовами Договору, що будуть організовані та/або оплачені Страхувальнику при настанні страхового випадку (Програма страхування для кожної Застрахованої особи визначена в Електронному полісі).
- 3.17. **Робота (Work)** – виконання оплачуваної фізичної роботи характерної для робітничих професій у галузях будівництва, промисловості, транспорту, добування корисних копалин, сільського та комунального господарства або в приватних домогосподарствах.
- 3.18. **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.
- 3.19. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. По 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. По всіх видах страхування зазначена у Договорі страхова сума є індивідуальною для кожної із Застрахованих осіб.
- 3.20. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.
- 3.21. **Страховий захист** — визначені Договором страхування обов'язки Страховика щодо здійснення страхової виплати та/або забезпечення надання медичних послуг у разі настання страхового випадку, який стався протягом дії Договору страхування.
- 3.22. **Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести згідно з Договором. Страховик має право застосовувати націнки або знижки до страхових платежів.

Націнки застосовуються у випадках страхування осіб у віці від 2 місяців до 3-х років, а також від 60 до 80 років, а також осіб, які під час дії Договору будуть займатися активним відпочинком, заняттями спорту на професійному рівні, роботою за винагороду.

- 3.23. **Страховий ризик** – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- 3.24. **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- 3.25. **Стаціонар** – лікувальний заклад для цілодобового перебування пацієнтів, безперервного нагляду за ними і надання необхідної та кваліфікованої медичної допомоги.
- 3.26. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. За окремими страховими послугами розміри франшизи зазначаються у Договорі. Франшиза зазначається як конкретна сума або відсоток від страхової суми. Якщо страховий випадок передбачає застосування декількох видів франшиз, вони застосовуються у вигляді суми франшиз.
- 3.27. **Члени сім'ї Застрахованої особи** – чоловік/дружина, діти, батьки, рідні брати та сестри Застрахованої особи.
- 3.28. Усі терміни, яким не дається визначення у Договорі страхування, вживаються у значенні, яке передбачено в Законі України «Про страхування».

#### **4. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ, ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ**

- 4.1. Договір набуває чинності з моменту перетину Застрахованою особою кордону Країни постійного проживання (під час виїзду з країни постійного проживання) або з 00 годин за UTC+ 2 дня, вказаного як початок дії Договору (за датою, що настала пізніше), але не раніше моменту сплати страхового платежу.
- 4.2. Дія договору закінчується в момент перетину Застрахованою особою кордону Країни постійного проживання (під час в'їзду до Країни постійного проживання) або о 24 годині за UTC+ 2 дня, вказаного як закінчення дії Договору (за датою, що настала раніше), якщо інші обставини, передбачені Договором не привели до дострокового припинення його дії.
- 4.3. Договір страхування може укладатися тільки до перетину Застрахованою особою кордону країни постійного проживання, за винятком випадків, зазначених у п.4.5, 4.6.
- 4.4. Строк дії Договору становить кількість днів страхування, зазначених в Полісі. У випадку спливу всіх днів страхування, Страховик вважається таким, що виконав свої зобов'язання перед Застрахованою особою, а дія договору припиненою у зв'язку з виконанням Сторонами своїх зобов'язань.
- 4.5. Якщо Страхувальник/Застрахована особа, перебуваючи поза межами Країни постійного проживання, бажає збільшити кількість днів Страхового покриття, вона повинна укласти новий Договір і, відповідно, придбати новий Поліс до закінчення строку дії попереднього Полісу.

- 4.6. Якщо особа перетнула кордон Країни/Місця постійного проживання за відсутності Договору страхування і бажає придбати Поліс, вона повинна зробити це протягом 24 годин з моменту перетину кордону/до закінчення доби після перетину кордону Країни/Місця постійного проживання. У разі укладення Договору (придбання Полісу) у строк, передбачений цим пунктом, до Страхувальник/Застрахованої особи застосовуються всі умови, передбачені для осіб, що уклали Договір до перетину кордону.
- 4.7. У разі придбання Страхувальником/Застрахованою особою Полісу поза межами Країни/Місця постійного проживання, страховий захист починається через три дні, починаючи з дня, наступного за днем укладення Договору страхування, що зазначений в Полісі.
- 4.8. Страхувальник/Застрахована особа, перебуваючи поза межами Країни/Місця постійного проживання, може укласти Договір страхування лише за програмами страхування «GOLD» або «MAX+» У разі відсутності зворотного квитка до місця, де розпочалася подорож, на дату настання страхового випадку, відповідальність Страховика визначається згідно з п.9.6 цього договору.
- 4.9. Якщо Поліс передбачає багаторазові подорожі, то Страховик несе відповідальність у межах сумарної кількості днів перебування за кордоном, яка зазначена в Договорі, за період страхування. При кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії Договору.
- 4.10. Територія дії зазначається в Полісі як окрема країна або одна із географічних зон:
- 4.10.1. «Європа» (EUROPE): Австрія, Азербайджан, Албанія, Алжир, Андорра, Бельгія, Болгарія, Боснія і Герцеговина, Ватикан, Великобританія, Вірменія, Угорщина, Греція, Німеччина, Данія, Єгипет, Ізраїль, Ірландія, Іспанія, Італія, Ісландія, Казахстан, Киргизія, Ліхтенштейн, Люксембург, Латвія, Литва, Мальта, Монако, Молдова, Нідерланди, Норвегія, Польща, Португалія, Румунія, Північна Македонія, Словаччина, Сан-Марино, Сербія, Словенія, Таджикистан, Туніс, Туреччина, Узбекистан, Україна, Франція, Фінляндія, Хорватія, Чорногорія, Чехія, Швейцарія, Швеція, Естонія.
- 4.10.2. «Цілий світ» (WORLDWIDE): всі країни світу.
- 4.11. Винятками з території дії Договору є:
- 4.11.1. Країна/Місце постійного проживання Застрахованої особи;
- 4.11.2. Окремі зони (адміністративно-територіальні одиниці) країн, зазначених у п. 4.10 Договору, на території яких відбуваються воєнні дії в період настання страхового випадку;
- 4.11.3. Території населених пунктів, що не перебувають під ефективним контролем органів державної влади України, території воєнного або збройного конфлікту або будь-якої місцевості, що підконтрольна терористам, незаконним збройним формуванням, збройним силам Російської Федерації, території населених пунктів, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження (Автономна Республіка Крим та місто Севастополь).
- 4.11.4. Території Білорусі, Російської Федерації.
- 4.12. Дія Договору достроково припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:
- 4.12.1. закінчення строку дії Договору, зазначеного в Полісі;



- 4.12.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі;
  - 4.12.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору;
  - 4.12.4. ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;
  - 4.12.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
  - 4.12.6. прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
  - 4.12.7. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 4.13. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за згодою сторін на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору. При цьому, сума до повернення розраховується як різниця між страховою премією по Договору, що припиняє дію, і вартістю Договору на строк, що діяв від дати укладення Договору до дати розірвання. Із суми, що повертається вираховуються нормативні витрати на ведення справи у розмірі 40%, фактичні виплати страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування (але не більше ніж визначено Правилами страхування).
- 4.14. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору Страхування, то Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 4.15. У разі дострокового припинення Договору страхування за згодою сторін на вимогу Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору. При цьому, сума до повернення розраховується як різниця між страховою премією по Договору, що припиняє дію і вартістю Договору на строк, що діяв від дати укладення Договору до дати розірвання. Із суми, що повертається вираховуються нормативні витрати на ведення справи у розмірі 40%, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування, але не більше ніж визначено Правилами страхування).
- 4.16. Зміни до Договору можуть бути внесені за згодою Сторін шляхом підписання Додаткової угоди до Договору. Зміни можуть бути внесені до початку дії Договору.

## 5. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА СТРОК ЙОГО СПЛАТИ, ФРАНШИЗА

- 5.1. Програма страхування, розмір страхової суми, додаткові опції обираються Страхувальником під час акцептування Оферти та зазначаються в Полісі. Страхувальник може укласти договір страхування за такими програмами:

Програма страхування	Ліміт відшкодування (USD)	Франшиза (загальна, окрім випадків, про які окремо зазначено в цій Оферті)
START	50 000	25%

GOLD	150 000	0%
MAX+	500 000	0%

- 5.2. Страховий платіж (премія) сплачується Страхувальником на рахунок Страховика або Страхового агента, у разі виявлення Страхувальником бажання приєднатися до цього Договору. Розмір страхового платежу залежить від програми страхування і відображається на веб-сайті Страховика після обрання Страхувальником програми страхування та додаткових опцій.
- 5.3. Сторони погодилися, що конкретний розмір страхового тарифу, страхова сума, франшиза визначається в Полісі.
- 5.4. 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.
- 5.5. Залежно від віку Застрахованої особи Ліміт відповідальності Страховика та розмір франшизи незалежно від програми Страхування становлять:

Вік Застрахованої особи, роки	Ліміт відповідальності (USD)	Франшиза
60-65	10 000	10%
65-70	9 000	20%
70-75	8 000	30%
75-80	7 000	40%
80-85	6 000	50%
85-90	5 000	60%
90-95	4 000	70%
95-100	3 000	75%
більше 100	2 000	80%

## 6. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 6.1. Страховими ризиками визнаються події, на випадок яких проводиться страхування і які мають ознаки ймовірності та випадковості настання, а саме:
- 6.1.1. звернення до медичного закладу та надання медичної допомоги Застрахованій особі під час дії Договору страхування у зв'язку з раптовим захворюванням, травмою, отруєнням, наслідком нещасного випадку, з метою отримання медичної допомоги та медичних послуг у межах та в обсязі визначених цим Договором;
- 6.1.2. звернення спадкоємців Застрахованої особи, у разі її смерті внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку під час дії Договору страхування, у зв'язку із необхідністю покриття витрат, пов'язаних із репатріацією Застрахованої особи.
- 6.2. Страховими випадками визнаються:

- 6.2.1. раптове захворювання Застрахованої особи, що загрожує життю та здоров'ю Застрахованої особи та вимагає надання їй невідкладної медичної допомоги, невідкладної (швидкої) медичної допомоги, яка не може бути відкладена до моменту повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання;
  - 6.2.2. ушкодження і травми, що сталися внаслідок нещасного випадку. Ліміт відповідальності Страховика у разі настання страхового випадку унаслідок нещасного випадку становить 10% (десять відсотків) від страхової суми, зазначеної в Полісі;
  - 6.2.3. невідкладна стоматологічна допомога(гострий зубний біль, що виник внаслідок гострого захворювання зуба чи прилеглих тканин або щелепної травми, спричиненої внаслідок нещасного випадку) - *у разі придбання страхування за програмами «GOLD» або «MAX+»* ;
  - 6.2.4. ускладнення вагітності до 27 тижня - *у разі придбання страхування за програмами «GOLD» або «MAX+»*;
  - 6.2.5. сонячні опіки першого та другого ступеню;
  - 6.2.6. захворювання Застрахованої особи на COVID-19, що є лабораторно підтвердженим (метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР));
  - 6.2.7. захворювання Застрахованої особи на ГРВІ;
  - 6.2.8. смерть Застрахованої особи внаслідок випадків, зазначених в п. 6.2.1-6.2.7 Договору;
  - 6.2.9. пошкодження частини або всього багажу, втрата багажу, якщо Договір із Застрахованою особою передбачає страхування багажу;
  - 6.2.10. подія, внаслідок якої Застрахована особа отримує претензії від третьої особи про відшкодування збитків та/або моральної шкоди якщо Договір із Застрахованою особою передбачає страхування цивільної відповідальності.
- 6.3. Обсяг послуг, згідно з умовами Договору, що будуть організовані та/або оплачені Страхувальнику/Застрахованій особі при настанні страхового випадку, залежить від Програми страхування, яка обирається Страхувальником під час укладення Договору і зазначається в Полісі.
- 6.4. **Згідно з Програмою страхування «START»** Застрахована особа має право на отримання наступних послуг:
- 6.4.1. відшкодування вартості тестування на COVID-19, проведеного що є методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) за умови, що ПЛР-тест є позитивним;
  - 6.4.2. організація та оплата вартості послуг екстреної медичної допомоги на місці виклику, проведення первинних діагностичних заходів, надання медичної допомоги з використанням медикаментів у необхідному для стабілізації стану Застрахованої особи обсязі;
  - 6.4.3. організацію та оплату вартості послуг з медичного обслуговування та лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах; обстеження в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу; консультації лікарів.
  - 6.4.4. організацію та оплату вартості послуг пов'язаних із стаціонарним лікуванням, що включають консультації лікарів, діагностику, лікування, невідкладне оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі. Страховик сплачує вартість лікування за кордоном у межах своєї відповідальності (страхової суми), встановленої Договором, лише до того часу, коли стан здоров'я Застрахованої особи за рішенням лікаря стане стабільним або Застрахована

особа може бути виписана або, її стан дозволить евакуювати її до країни постійного проживання;

- 6.4.5. відшкодування вартості медикаментів та витратних матеріалів, призначених для невідкладного лікування, або компенсацію витрат у разі самостійного придбання в аптеці призначених лікарем медикаментів у межах страхового випадку, окрім лікарських засобів та медичних виробів для лікування COVID-19;
- 6.4.6. послуги з транспортування наземним транспортом потерпілої Застрахованої особи до лікувального закладу, якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє пересуватися самостійно;
- 6.4.7. послуги з транспортування тіла (репатріація) Застрахованої особи до місця її попереднього постійного проживання. Необхідною умовою для організації репатріації є надання родичами померлої Застрахованої особи заяви-підтвердження про готовність забрати тіло після перетину державного кордону;  
 Страховик відшкодовує витрати на:  
 - оформлення документів на репатріацію;  
 - підготовку тіла до репатріації;  
 - транспортування тіла до аеропорту або найближчого митного пункту Країни постійного проживання. Страховик відшкодовує витрати з репатріації Застрахованої особи до аеропорту або найближчого митного пункту Країни постійного проживання, в межах встановленого ліміту відповідальності, що становить 5 (п'ять) відсотків від страхової суми. Вид транспорту, строки репатріації, спосіб транспортування тіла та маршрут визначається Страховиком.
- 6.4.8. організацію та оплату вартості комплексу послуг, пов'язаних із транспортуванням та медичним супроводом Застрахованої особи, що знаходиться на стаціонарному лікуванні, із-за кордону до лікувального закладу, найближчого до місця постійного проживання за наявності медичних показань про необхідність подальшого стаціонарного лікування.
- Медична евакуація Застрахованої особи здійснюється лише за письмовим погодженням із Страховиком. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування та реабілітацію Застрахованої особи після її повернення в країну постійного проживання. Якщо лікар, уповноважений Страховиком, вважає, що евакуація Застрахованої особи можлива, а Страхувальник (Застрахована особа) відмовляється від неї, Страховик негайно припиняє оплату вартості послуг з лікування Застрахованої особи. Під письмовим погодженням слід розуміти надсилання Страховику кошторису на транспортування на електронну пошту Страховика та отримання від Страховика письмової згоди тим самим шляхом;
- 6.4.9. Страховик відшкодовує витрати, що пов'язані із діагностуванням та/або лікуванням COVID-19 в межах встановленого ліміту відповідальності, що становить USD 1000 .
- 6.5. Згідно з **Програмою страхування «GOLD»** Застрахована особа має право на отримання наступних послуг:
- 6.5.1. послуги, передбачені програмою страхування **«START»** за умови, що вони не суперечать цій програмі;

- 6.5.2. медичні послуги, необхідні для лікування COVID-19 та ГРВІ в межах встановленого ліміту відповідальності – 10 000 USD за одним страховим випадком та сублімітом не більше 5 (п'ять) днів стаціонарного лікування або у разі амбулаторно-поліклінічної допомоги – не більше 5 прийомів спеціалістів;
- 6.5.3. невідкладна гінекологічна допомога у строк вагітності, що не перевищує 27 тижнів – у межах встановленого ліміту відповідальності – 5 000 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 27 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;

- 6.5.4. лікарські засоби та медичні вироби, необхідні для лікування COVID-19;
- 6.5.5. організація та оплату лікування Застрахованої особи у стаціонарі строком до 15 днів після закінчення періоду страхування, якщо це необхідно за медичними показаннями;
- 6.5.6. невідкладна стоматологічна допомога, що включає стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами. Страховик відшкодовує витрати невідкладної стоматологічної допомоги в межах встановленого ліміту відповідальності – 500 USD за одним страховим випадком.
- 6.5.7. Повна та стійка втрата працездатності лише внаслідок нещасного випадку та під час подорожі Застрахованої особи. Термін «стійка непрацездатність» слід розуміти як постійну непрацездатність, не пов'язану з працею або професією Застрахованої особи та викликану нещасним випадком. До цього пункту відносяться:
  - Абсолютний стан і невиліковний психічний розклад, який заважає застрахованій особі виконувати будь-яку роботу протягом решти його/її життя.
  - Невиліковний перелом спинного мозку, що спричинив повну та стійку втрату працездатності.
 Ліміт відповідальності вказано у вашому страховому полісі.

6.6. Згідно з **Програмою страхування «MAX+»** Застрахована особа має право на отримання наступних послуг:

- 6.6.1. Послуги, передбачені страховою програмою **«GOLD»**, за умови, що вони не суперечать цій програмі;
- 6.6.2. оплату витрат у сумі не більше 75 USD за добу, строком не більше 15 днів на перебування Застрахованої особи за медичними показниками на примусовій обсервації при захворюванні на COVID-19, якщо така обсервація/карантин є обов'язковими згідно з вимогами місцевого законодавства;
- 6.6.3. оплату вартості ритуальних послуг з поховання Застрахованої особи в країні за місцем смерті. Поховання за кордоном Застрахованої особи здійснюється лише



за погодженням із Страховиком. Страховик не відшкодовує витрати на отримання дозволу на поховання від адміністративних органів країни. Страховик відшкодовує витрати, що пов'язані із похованням тіла Застрахованої особи в країні за місцем смерті в межах встановленого ліміту відповідальності, що становить 5% (п'ять відсотків) від страхової суми.

- 6.6.4. організацію та оплату транспортування Застрахованої особи економ-класом в країну постійного проживання після лікування в стаціонарі по закінченню періоду страхування у сумі не більше 400 USD на Застраховану особу. При цьому Застрахована особа передає Страховику невикористаний квиток чи повернуті перевізником кошти за відмову від перевезення по причині захворювання;
- 6.6.5. організація та оплата витрат на дострокове повернення Застрахованої особи в Країну або до Місця постійного проживання, якщо це необхідно за медичними показаннями;
- 6.6.6. оплату витрат у сумі не більше 75 USD за добу строком не більше 5 діб на перебування Застрахованої особи за кордоном після закінчення строку дії Договору, якщо її повернення до країни постійного проживання неможливе відразу після виписки із лікарні;
- 6.6.7. оплату витрат у сумі не більше 75 USD за добу строком не більше 5 діб на проживання в готелі одного супутника Застрахованої особи за кордоном після закінчення строку дії Договору, якщо Застрахована особа перебуває на стаціонарному лікуванні, а супутник є Членом сім'ї Застрахованої особи або особою яка застрахована в одному страховому полісі із Застрахованою особою
- 6.6.8. оплата вартості проїзду економічним класом до країни постійного проживання Члена сім'ї Застрахованої особи або особи яка застрахована в одному страховому полісі із Застрахованою особою у випадку її госпіталізації або смерті;
- 6.6.9. Організація та оплата витрат на дострокове повернення до країни постійного проживання дітей до 14 (чотирнадцяти) років Застрахованої особи;

У разі необхідності Страховик відшкодовує супровід дітей 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 старше 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 USD за одним страховим випадком;

- 6.6.10. оплату витрат на пошук та рятування Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку під час руху туристичним маршрутом в горах, на морі, в джунглях або інших віддалених місцевостях, у разі якщо не було заборони місцевої влади,

включно із витратами на евакуацію гелікоптером з місця пригоди до лікувального закладу. Максимальний розмір страхової виплати (ліміт відповідальності) за цим пунктом становить до 10% від зазначеної у Договорі страхової суми по страхуванню медичних витрат

- 6.6.11. компенсацію вартості послуг телефонного зв'язку Застрахованої особи або особи, що представляє її інтереси, із Страховиком з приводу повідомлення про страховий випадок. Максимальна сума відшкодування – 100 USD.
- 6.6.12. відшкодування збитків (включаючи моральну шкоду), нанесених життю, здоров'ю та майну третіх осіб внаслідок дій Застрахованої особи. Суму збитків повинна довести Застрахована особа, надавши рішення суду, будь-який інший офіційний документ, який може підтвердити суму збитків. Ліміт відповідальності Страховика за відшкодування моральної шкоди, завданої Страхувальником/Застрахованою особою становить 1000 USD.
- 6.6.13. відшкодування збитків у зв'язку з пошкодженням або руйнуванням спортивного обладнання / інвентарю, взятого напрокат. Відшкодування здійснюється за умови, що в Полісі Застрахованої особи є відмітка «Спорт» та/або «Екстремальний відпочинок».
- 6.6.14. оплата юридичних послуг, послуг перекладача для отримання Застрахованою особою медичних послуг або забезпечення повернення до Країни постійного проживання. У цьому випадку ліміт відповідальності Страховика становить USD 500 доларів на кожну Застраховану особу.
- 6.6.15. внесення застави для звільнення Застрахованої особи з-під арешту. Сума застави не повинна перевищувати страхову суму.
- 6.6.16. відшкодування витрат на оформлення документів для повернення Застрахованої особи до Країни постійного проживання.
- 6.6.17. отримання медичного обслуговування, передбаченого цією програмою у разі настання страхового випадку внаслідок терористичних актів або стихійних лих.
- 6.6.18. відшкодування вартості втраченого багажу Застрахованої особи – здійснюється, якщо перевізник відмовив у відшкодування. Відшкодування здійснюється за умови дотримання Застрахованою особою правила перевезення багажу. Суму відшкодування повинна довести застрахована особа. Страховик відшкодовує вартість втраченого багажу в межах встановленого ліміту відповідальності – 500 USD за одним страховим випадком;
- 6.6.19. відшкодування вартості перебування у зоні очікування підвищеного комфорту у разі скасування рейсу або затримки рейсу на понад 4 години після запланованого часу вильоту. У цьому випадку ліміт відповідальності Страховика становить USD 100 на кожну Застраховану особу, але не більше USD 500 на один Поліс.
- 6.6.20. компенсацію витрат у сумі до 200 USD на перевезення легкового автомобіля Застрахованої особи, який став непридатним для подальшої експлуатації внаслідок раптової технічної поломки або дорожньо-транспортної пригоди (ДТП), до найближчої станції технічного обслуговування (СТО);

- 6.6.21. компенсацію вартості проїзду застрахованих водія та пасажирів до країни постійного проживання, якщо легковий автомобіль, на якому вони подорожують, викрадено, або пошкоджено внаслідок ДТП і подальша експлуатація його неможлива. Відшкодовується вартість проїзду економічним класом регулярним громадським транспортом, крім повітряного та таксі, але не більше 200 USD на кожну Застраховану особу;
- 6.6.22. компенсація витрат у сумі до 200 USD на усунення раптової технічної поломки чи пошкодження внаслідок ДТП легкового автомобіля Застрахованої особи, або вартості тимчасового зберігання на стоянці, що охороняється, якщо його відремонтувати неможливо;
- 6.6.23. умови страхування за пп. 6.6.20. – п. 6.6.22 Договору діють лише щодо Застрахованих осіб, які подорожують власним технічно справним легковим автомобілем, строк експлуатації якого не більше 5-ти років (визначається від дати випуску).
- 6.7. У разі самостійної оплати Страхувальником (Застрахованою особою) зазначених послуг, Страховик здійснює компенсацію таких витрат Страхувальнику (Застрахованій особі) в гривнях за курсом НБУ на дату настання страхового випадку у межах встановлених лімітів.
- 6.8. Страховий захист розповсюджується на страхові випадки визначені цим Договором, в т.ч. у разі вживання Застрахованою особою алкоголю.

Страховик відмовляє у страховій виплаті у разі перебування Застрахованої особи у стані алкогольного сп'яніння, якщо Застрахована особа придбала страхову програму «**START**».

У разі придбання Застрахованою особою програми «**GOLD**», Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами цього Договору, якщо ступінь алкогольного сп'яніння Застрахованої особи становить не більше 1 проміле у крові. У цьому випадку ліміт відповідальності Страховика не може перевищувати 1000 USD за одним страховим випадком, франшиза становить 200 USD.

У разі придбання Застрахованою особою програми «**MAX+**», Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами цього Договору, якщо ступінь алкогольного сп'яніння Застрахованої особи становить не більше 1,5 проміле у крові. У цьому випадку ліміт відповідальності Страховика не може перевищувати 2000 USD за одним страховим випадком, франшиза становить 100 USD.

Для підтвердження ступеню алкогольного сп'яніння Страховик має право звертатися до закладу охорони здоров'я, де перебуває Застрахована особа. У разі відсутності в закладу охорони здоров'я інформації про ступінь алкогольного сп'яніння Застрахованої особи, Страховик має право вимагати проведення тесту для його встановлення.

Відмова Застрахованої особи від проходження тесту на визначення ступеню алкогольного сп'яніння є підставою для відмови Страховиком у страховій виплаті.

У разі, якщо ступінь алкогольного сп'яніння не перевищує норми, передбачені програмами «**GOLD**» та «**MAX+**», а у випадку програми «**START**» показує відсутність

алкогольного сп'яніння, Страховик відшкодує вартість тесту у випадку дотримання Застрахованою особою умов цього Договору.

- 6.9. Ліміт відповідальності Страховика у разі настання будь-якого страхового випадку становить 10% (десять відсотків) від страхової суми для кожного випадку.

## **7. ВИНЯТКИ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

- 7.1. Страховик не оплачує і не відшкодує вартість діагностики, лікування та послуг, пов'язаних із такими захворюваннями і подіями:
- 7.1.1. медична допомога та лікування, що не пов'язані із необхідністю надання Застрахованій особі екстреної або невідкладної медичної допомоги;
  - 7.1.2. лікування хронічних або вроджених захворювань (аномалій), деформацій та хромосомних порушень і вад, ускладнень, загострень цих захворювань, які не загрожують життю, або наслідків, що існували у Застрахованої особи на момент укладання Договору і потребували лікування, крім випадків, коли існує гостра загроза життю Застрахованої особи або виникає необхідність у цілеспрямованих заходах по усуненню гострого болю
  - 7.1.3. новоутворення, хвороби ендокринної системи, цукровий діабет;
  - 7.1.4. нервові захворювання (крім невритів), психічні захворювання, в т.ч. діагностика та встановлення причини епілептичних припадків; лікування психо-соматичних розладів, а також пов'язані з ними травматичні пошкодження;
  - 7.1.5. онкологічні захворювання, цироз, хронічна ниркова недостатність, системні захворювання сполучної тканини, аутоімунні захворювання;
  - 7.1.6. лікування захворювань, відомих на момент укладання та/або початку дії Договору страхування, незалежно від того, здійснювалось лікування чи ні, крім випадків, коли медична допомога була необхідна в зв'язку з невідкладною медичною допомогою або порятунком життя Страхувальника/Застрахованої особи. Наявність такого захворювання має бути доведена Страховиком;
  - 7.1.7. венеричні захворювання, захворювання, що передаються статевим шляхом, імунодефіцитний стан, СНІД;
  - 7.1.8. хвороби крові та кровотворних органів;
  - 7.1.9. епідемічні та пандемічні хвороби за виключенням COVID-19;
  - 7.1.10. гостра та хронічна променева хвороба;
  - 7.1.11. планові консультації і обстеження під час вагітності, незалежно від терміну вагітності;
  - 7.1.12. консультації, обстеження і лікування, пов'язані з ускладненням вагітності після 27 тижня вагітності, акушерська допомога особам з терміном вагітності більше 27 тижнів, пологи;
  - 7.1.13. медичні послуги, пов'язані з проведенням абортів Застрахованій особі, за винятком невідкладного вимушеного переривання вагітності за медичними показаннями;
  - 7.1.14. діагностика та лікування чоловічої/жіночої безплідності, клімаксу, синдрому виснажених яєчників, порушень менструального циклу, передменструального синдрому, порушень гормонального стану (гіперпролактинемії, гіперандрогенемії, інших), еректильної та сексуальної дисфункцій, штучне запліднення, витрати по запобіганню вагітності;
  - 7.1.15. будь-які розлади здоров'я, ускладнення або смерть внаслідок невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічних дій ліків, що не були призначені лікарем, а також побічних дій харчових добавок;
  - 7.1.16. захворювання або наслідки (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз;

- 7.1.17. захворювання та розлади органів слуху, крім гострого захворювання органів слуху за медичними показаннями;
- 7.1.18. захворювання, ушкодження, запалення очей, повік, сльозового апарату, крім випадків, пов'язаних із наданням невідкладної допомоги, що загрожує життю Застрахованої особи;
- 7.1.19. грибкові та дерматологічні хвороби, алергічні дерматити будь-якого походження, сонячні опіки першого та другого ступеню, інші зміни шкіри, спричинені ультрафіолетовим випромінюванням;
- 7.1.20. захворювання, 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 захворювання, що виникли після повернення Застрахованої особи з подорожі;
- 7.1.21. подальше лікування за кордоном Застрахованої особи, якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання. Сторони погодили, що телефонний запис розмови або листування та обмін повідомленнями у месенджерах із Застрахованою особою або його родичами, здійсненого до асистуючої компанії або Страховику з приводу відмови від медичної евакуації прирівнюється до письмової відмови і може бути використаний Страховиком як доказ у разі виникнення суперечок;
- 7.1.22. медичний огляд, що не є наслідком гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження, надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування, а також надання таких спеціальних послуг, як окрема палата, телефон, телевізор тощо;
- 7.1.23. послуги та лікування, що можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до закінчення подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування і т.п.;
- 7.1.24. хірургічні (оперативні) втручання, пов'язані з доброякісними та злоякісними новоутвореннями (карцинома, ліпома, інше згідно до Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10);
- 7.1.25. проведення маніпуляцій і операцій на серці та судинах, у т.ч. ангіографія, ангіопластика, шунтування, стентування, встановлення штучного водія ритму і т.п.;
- 7.1.26. діагностичні послуги: консультації, лабораторні дослідження та інші заходи не призначені лікарем та асистуючою компанією, як необхідні для встановлення діагнозу для подальшого лікування;
- 7.1.27. проведення профілактичних вакцинацій, лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;
- 7.1.28. всі види пластичних та косметичних операцій і процедур, всі види протезування (включаючи зуби та очі), трансплантації органів;
- 7.1.29. стоматологічне лікування, за винятком зазначеного в підпунктах 6.2.3, 6.5.6 Договору (зняття гострого болю);
- 7.1.30. медичні послуги, що надаються юридичною або фізичною особою, яка не має відповідної ліцензії, або особою, що не має права займатися медичною практикою;
- 7.1.31. фізіотерапевтичне лікування, лікування нетрадиційними методами, лікування, яке вважається експериментальним або дослідницьким;
- 7.1.32. придбання або ремонт допоміжних засобів (таких як кардіостимулятори, окуляри, контактні лінзи, слухові апарати, інгалятори, протези, милиці, інвалідні візки, вимірювальні прилади тощо) придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування;
- 7.1.33. штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи по запобіганню вагітності;



- 7.1.34. лікування алкоголізму, наркоманії і т.п., у тому числі лікування абстинентного синдрому;
  - 7.1.35. медична евакуація, репатріація або поховання за кордоном, організовані без письмового узгодження із Страховиком;
  - 7.1.36. витрати, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;
  - 7.1.37. самолікування, а також лікування, що здійснюється подружжям, батьками, або дітьми;
  - 7.1.38. усунення наслідків самолікування;
  - 7.1.39. необхідність у індивідуальному догляді, патронажі та охороні;
  - 7.1.40. медичне обстеження із профілактичною метою;
  - 7.1.41. продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання, витрати, які покриваються за рахунок соціального, медичного страхування та іншого забезпечення;
  - 7.1.42. лікувальний відпочинок, реабілітаційне, санаторно-курортне та оздоровче лікування, а також спа-процедури; діагностичні послуги, консультації, лабораторні дослідження та інші заходи не призначені лікарем та асистуючою компанією, як необхідні для встановлення діагнозу для подальшого лікування;
  - 7.1.43. захворювання, які є наслідком психічної реакції на військові події, внутрішні заворушення, терористичний акт, авіакатастрофу або побоювань, пов'язаних із такими подіями;
  - 7.1.44. не відшкодовуються витрати, передбачені Договором, якщо вони здійснені Страхувальником (Застрахованою особою) без попереднього узгодження із Страховиком за винятком екстрених випадків, коли узгодження зі Страховиком неможливе у зв'язку з ризиком для життя та здоров'я Застрахованої особи;
  - 7.1.45. не відшкодовуються витрати за страховими випадками що сталися під час Заняттям спортом на професійному рівні, Активного відпочинку або Роботи за виключенням наявності у Договорі спеціальної відмітки (Sport/Extreme leisure та/або Active leisure та/або Work);
  - 7.1.46. не відшкодовуються витрати у разі не повідомлення/несвоєчасного повідомлення Страховика про настання випадку, що має ознаки страхового;
  - 7.1.47. не відшкодовуються витрати, пов'язані з нападом хижих або отруйних тварин чи комах, що сталися у водоймах природнього походження (ріки, моря, океани тощо) або під час туристичних прогулянок у ареалі їх проживання за межами місця тимчасового проживання Застрахованої особи;
  - 7.1.48. не відшкодовуються будь-які витрати у тому випадку, якщо Страхувальник/Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування.
- 7.2. Не підлягають страховому відшкодуванню також медичні витрати Застрахованої особи у випадках, якщо:
- 7.2.1. подорож була здійснена Застрахованою особою всупереч медичним протипоказанням для її здійснення;
  - 7.2.2. медичні послуги отримала інша особа, не застрахована згідно з Договором;
  - 7.2.3. Застрахована особа відмовилась від призначеного обстеження, лікування, медичного перевезення.
- 7.3. Страховик не відшкодовує штрафи, пені, неустойки, відсотки за прострочення платежів та інші непрямі збитки, упущену вигоду, яких зазнала Застрахована особа.
- 7.4. За страхуванням багажу страховими випадками не визнаються події, що виникли внаслідок:
- 7.4.1. впливу на багаж звичайної температури, нормальної атмосферної вологості, природних якостей багажу (нормальний знос багажу) і граничне розходження у

- визначенні маси нетто), корозія, гниття, природний знос, внутрішнє псування, втрати, іржі, плісняви та т. ін.);
- 7.4.2. внутрішніх властивостей або дефектів застрахованого багажу;
  - 7.4.3. протиправних дій третіх осіб, що не підтверджено правоохоронними органами;
  - 7.4.4. передача багажу до перевезення у пошкодженому стані;
  - 7.4.5. пошкодження багажу хробаками, гризунами, комахами;
  - 7.4.6. недостачі багажу при цілісності упакування і пломб, а також знецінення багажу внаслідок його забруднення при цілісності пакування і пломб та справності захисного устаткування;
  - 7.4.7. невідповідності технічного стану валіз/сумок для безпечного перевезення, навантаження, розвантаження або зберігання багажу;
  - 7.4.8. невідповідності упаковки багажу технічним умовам та стандартам;
  - 7.4.9. перевезення багажу перевізниками, що не мають ліцензії/дозволу на перевезення;
  - 7.4.10. конфіскації багажу митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;
  - 7.4.11. порушення Страхувальником/Застрахованою особою правил перевезення багажу, зокрема включення до зареєстрованого багажу, які згідно з правилами перевезення повинні перевозитись в ручній поклажі.
- 7.5. Щодо страхування цивільно-правової відповідальності не підлягають страховому відшкодуванню:
- 7.5.1. збитки, пов'язані з господарською діяльністю Застрахованої особи, її зобов'язаннями за договорами; збитки, пов'язані із вчиненням Застрахованою особою кримінального правопорушення;
  - 7.5.2. збитки, завдані навколишньому середовищу;
  - 7.5.3. збитки, завдані Застрахованою особою із використанням будь-якого виду транспорту, що має двигун;
  - 7.5.4. збитки, завдані Застрахованою особою членам її сім'ї;
  - 7.5.5. штраф, пеня або інші фінансові санкції, що не є прямим наслідком нанесеної шкоди здоров'ю чи збитку майну третіх осіб
  - 7.5.6. збитки понад зазначену у Договорі страхову суму;
  - 7.5.7. збитки, завдані під час участі в спортивних змаганнях та під час підготовки до них;
  - 7.5.8. збитки, пов'язані із виробничою, професійною діяльністю Застрахованої особи;
  - 7.5.9. збитки, що виникли у зв'язку із обставинами, що були відомі Застрахованій особі до укладення цього Договору або які Застрахована особа здатна була передбачити і уникнути;
  - 7.5.10. шкода, завдана репутації третіх осіб.
- 7.6. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:
- 7.6.1. навмисні дії або бездіяльність Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані необхідної самооборони (без перевищення її меж) або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
  - 7.6.2. порушення Застрахованою особою правил поведінки, безпеки або розпорядку на території/в місці тимчасового перебування; порушення законодавства країни тимчасового перебування;
  - 7.6.3. подання Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої має бути здійснена страхова виплата, завідомо неправдивих відомостей про предмет страхування, місцезнаходження Страхувальника (Застрахованої особи) на дату укладання договору страхування, або про факт настання страхового випадку та суму витрат. Доказом надання відомостей про місцезнаходження

- Страхувальника (Застрахованої особи) на дату укладання Договору є відповідні відмітки про перетин кордону в закордонному паспорті або авіаквитки, залізничні чи автобусні квитки у разі перетину Застрахованою особою кордонів країн, де відмітки не ставляться;
- 7.6.4. створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
  - 7.6.5. несвоєчасне повідомлення Страховика про настання страхового випадку без поважних причин, відсутність узгодження або порушення термінів узгодження самостійно понесених витрат діагностування або на лікування, а також невчасне подання/не подання (не в повному обсязі) документів Страховику, письмової заяви для отримання страхової виплати (страхового відшкодування) та інших документів, що долучаються до заяви згідно з цим Договором або запитуються Страховиком
  - 7.6.6. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором;
  - 7.6.7. невиконання вказівок Страховика/Асистанса в процесі врегулювання страхової події/настання страхового випадку;
  - 7.6.8. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;
  - 7.6.9. вживання алкоголю (у разі придбання страхової програми «**START**»), наркотичних, токсичних речовин;
  - 7.6.10. задокументоване медичною установою вживання алкоголю у дозах більше 1 проміле (у разі придбання страхової програми «**GOLD**») або 1,5 проміле у крові (у разі придбання страхової програми «**MAX+**»),
  - 7.6.11. страхування осіб у віці від 2 місяців до 3-х років, а також від 60 до 80 років без додаткового платежу (націнки);
  - 7.6.12. вчинення Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
  - 7.6.13. відмова Страхувальника/Застрахованої особи пройти повторну діагностику, отримати консультації на вимогу Страховика;
  - 7.6.14. придбання Страхувальником/Застрахованою особою Полісу на строк, менше ніж тривалість подорожі, за винятком випадків, коли Страхувальник/Застрахована особа продовжує строк перебування за кордоном або уклав Договір страхування, вже перебуваючи поза межами країни постійного проживання на умовах, передбачених Договором;
  - 7.6.15. отримання Страхувальником/Застрахованою особою юридичної (правової) допомоги, допомоги перекладача без попереднього узгодження із Страховиком;
  - 7.6.16. якщо Страхувальник/Застрахована особа є громадянином держави-агресора, держави-терориста або держави-спонсора тероризму згідно із локальним законодавством Страховика. У такому випадку Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі із вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40%;
  - 7.6.17. інші випадки, передбачені чинним законодавством України та Правилами страхування.
- 7.7. Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:
    - 7.7.1. громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану, іонізуючого випромінювання; застосування ядерної, хімічної чи біологічної зброї;
    - 7.7.2. вчинення самогубства або замаху на самогубство Застрахованою особою (за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб, що має бути доведено Страхувальником або Застрахованою особою);

- 7.7.3. здійснення або при спробі здійснення Застрахованою особою протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами;
  - 7.7.4. невиконання Страхувальником офіційних рекомендацій Міністерства закордонних справ України, тел.: +38 044 238 16 57, сайт: [www.http://mfa.gov.ua/](http://mfa.gov.ua/), та Страховика щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлені окремим додатком до договору;
  - 7.7.5. поїздки Страхувальника, або іншої особи, визначеної у договорі страхування Страхувальником, до країни чи місцевості визначеної Страховиком як зона бойових дій (war zone), окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами договору страхування, що письмово оформлені окремим додатком.
  - 7.7.6. активна участь у війні (оголошена чи неоголошена), громадянській війні, бойових або військових діях, служба в збройних силах та військових формуваннях;
  - 7.7.7. нараження Застрахованої особи на невинуватий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя);
  - 7.7.8. виконання Застрахованою особою будь-якого виду фізичної роботи, заняття професійним спортом або активним (спортивним) відпочинком, таким як: альпінізм та походи в гори, в т.ч. на висоту понад 3000 метрів без письмової заяви на укладення договору страхування, підводне плавання (дайвінг), спелеотуризм, спортивні стрибки у воду, будь-які форми польотів, зимові види спорту, участь в змаганнях, автоперегонах, а також відпочинком із підвищеним рівнем ризику, зокрема: з використанням механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, велосипедах, пішохідний туризм та інші аналогічні види відпочинку, якщо такі ризики не були оплачені додатковою страховою премією.
  - 7.7.9. нещасного випадку під час руху не туристичним маршрутом в горах, на морі, в джунглях або інших віддалених місцевостях, а також у разі наявних заборон місцевої влади на пересування в горах, на морі, тощо.
  - 7.7.10. участі у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту);
  - 7.7.11. керування Страхувальником/Застрахованою особою засобами наземного/водного/ повітряного транспорту без відповідного дійсного посвідчення або відповідної категорії, а також передачею Страхувальником/Застрахованою особою управління транспортним засобом особі, яка знаходилася в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, не має дійсного посвідчення водія або відповідної категорії;
  - 7.7.12. виконання будь-якої праці за трудовим договором (контрактом) чи виконанням роботи та/або наданням послуг за будь-яким цивільно-правовим договором, в тому числі з використанням інструменту, при завантаженні/розвантаженні транспортних засобів тощо, якщо в Полісі не було відмітки «Work»;
  - 7.7.13. надання стоматологічної допомоги, яка перевищує необхідну допомогу для зняття болю.
- 7.8. Страховик не здійснює страхові виплати, пов'язані з відшкодуванням моральної шкоди, окрім випадків, зазначених у цьому Договорі.
- 7.9. Страховик не відшкодовує адміністративний, сервісний збір лікувального закладу, моральні збитки та збитки, заподіяні внаслідок професійної помилки лікарів або інших осіб, які надавали допомогу Страхувальнику/Застрахованій особі.

7.10. Дія страхового захисту та обов'язки по оплаті вимог чи послуг, передбачених цим договором, можливі у тій мірі та до тих пір, поки це не суперечить економічним, торговельним або фінансовим санкціям чи ембарго, встановленим Європейським союзом або Україною, що безпосередньо застосовуються до сторін договору. Це також відноситься до економічних, торговельних та фінансових санкцій чи ембарго, встановлених Сполученими Штатами Америки у відношенні до Російської Федерації, Ісламської республіки Іран, Північної Кореї, Куби та Сирії в тій мірі, в якій вони не суперечать європейському та українському законодавству.

## **8. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

8.1. У разі настання випадку, що має ознаки страхового, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання випадку, що має ознаки страхового, повідомити Страховика про настання випадку, зателефонувавши на номер або надіславши повідомлення на адресу електронної пошти Страховика, що зазначені безпосередньо в Полісі, та надати наступну інформацію

- 8.1.1. Прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- 8.1.2. Номер контактного телефону;
- 8.1.3. Місцезнаходження (країну, місто, готель і т.п.);
- 8.1.4. Номер Договору страхування;
- 8.1.5. Короткий опис подій, що відбулись, і яка потрібна допомога;
- 8.1.6. Будь-яку іншу інформацію на вимогу Страховика.

8.2. Вартість наданої допомоги буде сплачена Страховиком, у відповідності з умовами Договору страхування.

8.3. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не має можливості зв'язатися зі Страховиком або ситуація вимагає прийняття негайного рішення, пов'язаного з необхідністю отримання термінової медичної або іншої допомоги, Страхувальник (Застрахована особа) повинна самостійно звернутися в найближчу медичну установу або до лікаря, що має ліцензію та право практикувати, за отриманням невідкладної допомоги та обов'язково:

- 8.3.1. пред'явити Договір страхування (Електронний поліс);
- 8.3.2. оплатити, якщо буде потрібно, надані невідкладні медичні та інші послуги;
- 8.3.3. одержати в лікаря чеки, квитанції і т.п. належним чином оформлені документи (вимоги до документів передбачені в розділі 9 Договору), що підтверджують факт захворювання й суму медичних витрат;
- 8.3.4. подати Страховику заяву про виплату страхового відшкодування й документи, передбачені Договором страхування.

8.4. У разі звернення за медичною допомогою або стаціонарного лікування Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повідомити Страховика та узгодити всі витрати протягом 24 годин з моменту звернення за необхідною допомогою, або госпіталізацією, до моменту отримання медичних послуг та оплати цих послуг. Якщо вартість медичних послуг, включаючи амбулаторне чи стаціонарне лікування перевищує 1000 USD Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний письмово узгодити витрати зі Страховиком до початку отримання медичних послуг або лікування. Під письмовим узгодженням слід розуміти надсилання повідомлення про лікування та кошторису на діагностування або лікування засобами електронної передачі інформації (електронних листів) та отримання від Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом.



- 8.5. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний подати Страховику протягом 30 календарних днів після настання випадку, що має ознаки страхового всі необхідні документи для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати.
- 8.6. У разі порушення строку повідомлення Страховика про настання випадку, що має ознаки страхового, без поважних причин, або порушення строку надання документів, необхідних для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, Страховик відмовляє у здійсненні страхової виплати/відшкодування. Визнання причин поважними здійснюється на розсуд Страховика.
- 8.7. У випадках самостійної оплати Страхувальником/Застрахованою особою медичних послуг, у медичному закладі Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний отримати:
  - 8.7.1. довідку-рахунок з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем та ім'ям пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості;
  - 8.7.2. рецепти, виписані Застрахованій особі лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;
  - 8.7.3. деталізовані рахунки за інші послуги з розбивкою їх за датами та вартістю;
  - 8.7.4. документи, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, банківські квитанції тощо); рахунки за телефонні розмови (факсимільні повідомлення), на яких зазначено номер телефону, дату, час та вартість кожної розмови;
  - 8.7.5. акт про неналежне перевезення багажу (PIR - Property Irregularity Report), акт пошкодження багажу (DBR - Damage Baggage Report) або будь-яку іншу довідку про втрату або пошкодження багажу, видану компетентною службою, документи, що підтверджують розмір збитків – для страхових випадків щодо втрати/пошкодження багажу;
  - 8.7.6. документи, що характеризують обставини страхового випадку (протокол про вчинення правопорушення, заява потерпілого, довідка із поліції, пропозиції досудового урегулювання, копії позовної заяви або будь-які документи, що свідчать про вимоги до Застрахованої особи і обґрунтовують розмір нанесеного збитку – у разі настання страхового випадку по страхуванню цивільної відповідальності).
- 8.8. Страхувальник/Застрахована особа може зв'язатися із Страховиком для отримання інформації та консультацій:
  - 8.8.1. з питань страхових випадків, що не вимагають надання медичної допомоги, з питань отримання страхових виплат;
  - 8.8.2. для отримання будь-яких інших консультацій щодо страхування;
  - 8.8.3. а також з інших питань, пов'язаних із укладеним договором страхування, за номером телефону, зазначеним у Полісі.
- 8.9. У разі настання випадку, що має ознаки страхового, по страхуванню багажу, окрім дій зазначених вище у цьому розділі, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана:
  - 8.9.1. негайно після виявлення пошкоджень/втрати, не покидаючи території вокзалу/станції повідомити про настання страхового випадку компетентні органи (служба «Lost and Found», служба розшуку багажу або інша служба, представник перевізника, поліція тощо);
  - 8.9.2. до огляду багажу представником компетентної служби залишити багаж у тому вигляді, в якому він був після настання страхового випадку, за винятком дій для

дотримання вимог безпеки та вжиття заходів для збереження багажу та зменшення збитків.

- 8.10. У разі настання випадку, що має ознаки страхового, по страхуванню цивільної відповідальності окрім дій зазначених вище у цьому розділі, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана у випадку пред'явлення претензії, позову, негайно, але не пізніше 24 годин з моменту отримання, відправити на електронну адресу Страховика, зазначену в цьому Договорі, копію листа, постанови суду, позовної заяви, судового виклику (повідомлення), повідомлення, повістки суду, будь яких інших документів, отриманих у зв'язку із претензією. Якщо справа по страховій події передається до суду, Застрахована особа на вимогу Страховика зобов'язана надати йому повноваження (зокрема, але не виключно нотаріально посвідчену довіреність) на ведення справи та представлення своїх інтересів у всіх судових інстанціях. Розгляд справи може здійснюватися лише за законами України або країни тимчасового перебування Застрахованої особи.

Страховик має право, але не зобов'язаний здійснювати захист Застрахованої особи по будь-якій претензії, пов'язаній із завданням збитків третій особі. Страховик у будь-який момент має право відмовитися представляти інтереси Застрахованої особи, про що Страховик повідомляє Застраховану особу шляхом повідомлення на надану Страхувальником/Застрахованою особою електронну адресу. У разі представництва інтересів Застрахованої особи Страховиком, Застрахованій особі за умовами цього Договору заборонено без узгодження із Страховиком проводити будь-які переговори з позивачем або його представниками щодо досудового врегулювання справи, здійснювати відшкодування, визнавати частково або повністю вимоги, пред'явлені йому у зв'язку із страховою подією, а також без згоди Страховика приймати на себе зобов'язання щодо врегулювання спору.

Обов'язок доводити факт настання страхового випадку та обґрунтовувати розмір своїх витрат або, якщо необхідно, неможливість встановлення зв'язку із Страховиком повністю покладається на Страхувальника/Застраховану особу.

## **9. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

- 9.1. Страхова виплата в рахунок оплати медичних, або інших передбачених Договором послуг, організованих Страховиком для Застрахованої особи, здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків.
- 9.2. У випадку самостійної оплати Страхувальником (Застрахованою особою) медичних чи додаткових послуг, Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) на підставі заяви на отримання страхової виплати, яка подається протягом 30 календарних днів від дати настання страхової події. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний подати Страховику протягом 30 календарних днів після закінчення подорожі або лікування всі необхідні документи зазначені в пункті 8.7 Договору для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати.
- 9.3. Для отримання страхової виплати Страховику надаються такі документи, що є загальними для будь-якого страхового випадку:
- 9.3.1. письмова заява за формою, встановленою Страховиком;
  - 9.3.2. оригінал Договору страхування (Полісу);
  - 9.3.3. копія закордонного паспорта з відмітками про перетин кордону країни перебування, у разі, якщо перетин кордону не передбачає проставлення відміток,

- копії авіаквитків, залізничних або автобусних квитків або інший документ, що підтверджує перетин кордону;
- 9.3.4. копія національного паспорта;
  - 9.3.5. копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера;
  - 9.3.6. рахунки за телефонні розмови із Страховиком, на яких зазначений номер телефону та вартість кожної розмови;
  - 9.3.7. копію зворотного квитка до Країни/Місця постійного проживання Застрахованої особи.
  - 9.3.8. документи, зазначені в пункті 8.7 Договору.
- 9.4. Заява на страхову виплату та інші документи надаються Страховику не пізніше ніж через 30 календарних днів після настання випадку, що має ознаки страхового. Документи направляються безпосередньо в офіс Страховика або на електронну пошту Страховика. Оригінали документів надаються за запитом Страховика.
  - 9.5. З урахуванням обставин події, що відбулась, Страховик має право вимагати додаткові документи для підтвердження факту та обставин настання страхового випадку, а також визначення розміру страхової виплати, які Страхувальник/Застрахована особа повинні надати протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту отримання вимоги Страховика. Вимога Страховика вважається отриманою в день надсилання листа електронною поштою або вручення рекомендованого листа.
  - 9.6. Страховик має право вимагати у Страхувальника/Застрахованої особи копію зворотного квитка до країни, з якої розпочалася подорож. У разі відсутності зворотного квитка на момент страхового випадку, ліміт відповідальності Страховика обмежується 1% (одним відсотком) від страхової суми, франшиза становить USD 250.
  - 9.7. Документи надаються Страховику українською або англійською мовами. Якщо документи складені іншою мовою, Страхувальник/Застрахована особа долучає до документів їх нотаріально засвідчений переклад українською мовою.
  - 9.8. Усі документи, що подаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати підписи посадових осіб з відповідними печатками, а також назву, адресу та контактний телефон установи (особи), що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери тощо) надаються в оригіналі. Усі документи, інформація та докази надаються Страховику безкоштовно.
  - 9.9. Страховик має право звертатися до медичних установ, в яких Страхувальник/Застрахована особа отримував медичну допомогу для отримання додаткових документів/роз'яснень.
  - 9.10. Страхувальник/Застрахована особа погоджуються на вимогу Страховика надати йому свою історію хвороби та/або медичну картку, засвідчену належним чином.
  - 9.11. У випадку травми, дорожньо-транспортної пригоди чи поломки легкового автомобіля, на якому подорожував Страхувальник (Застрахована особа), додатково Страховику надається:
    - 9.11.1. складений в країні тимчасового перебування офіційний протокол або довідка про подію, де обов'язково має бути вказана така інформація: посадкові особи, що засвідчують факт події, та їх повноваження на виконання таких дій;
    - 9.11.2. адреси та/або номери телефонів осіб, що засвідчили факт події;

- 9.11.3. детальний опис обставин події та ролі Страхувальника (Застрахованої особи) в ній; підтвердження перебування Застрахованої особи у тверезому стані або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- 9.11.4. копія посвідчення водія на право керування транспортним засобом. Обов'язок доведення права керувати транспортним засобом у країні, де трапилася дорожньо-транспортна пригода, покладається на Страхувальника/Застраховану особу.
- 9.12. У випадку звернення Страхувальника з приводу пошкодження внаслідок дорожньо-транспортної пригоди або поломки легкового автомобіля, додатково Страховику надається висновок автотоварознавчої експертизи.
- 9.13. Відшкодування витрат на медичну допомогу та інші передбачені Договором послуги третіх осіб здійснюється Страховиком безпосередньо цим третім особам в безготівковій формі на підставі виставлених рахунків у відповідності до чинного законодавства України. Оплата Страхувальником/Застрахованою особою медичних послуг самостійно здійснюється лише за наявності письмової згоди Страховика і у випадках, коли оплата потребується невідкладно, у такому випадку Страхувальник/Застрахована особа повинна довести невідкладність обставин.
- 9.14. Якщо вартість зазначених послуг сплатив Страхувальник (Застрахована особа) самостійно, то такі витрати підлягають відшкодуванню Страховиком відповідно до умов цього Договору.
- 9.15. Страхові виплати щодо відшкодування непередбачених самостійних витрат Страхувальника (Застрахованої особи) у разі, якщо вони передбачені цим Договором, здійснюються виключно в гривнях. Страхова виплата здійснюється в гривнях за курсом НБУ на дату настання страхового випадку.
- 9.16. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, наданих в порядку, передбаченому цим Договором.
- 9.17. Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) банківських днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати або страхового відшкодування.
- 9.18. За наявності підстав для сумніву щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати Страховик може відкласти рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин на строк не більше 45 (сорока п'яти) робочих днів.
- 9.19. Про відмову у здійсненні страхової виплати (страхового відшкодування) або прийняття рішення про відстрочку виплати Страховик письмово повідомляє Застраховану особу протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту прийняття рішення з викладенням мотивації прийнятого рішення або обґрунтуванням причин відмови.
- 9.20. Страхова виплата здійснюється Страховиком безготівково або іншим не забороненим чинним законодавством України способом на розсуд Страховика. Страхова виплата Застрахованій особі за послуги, надані за кордоном, здійснюється в національній валюті по курсу НБУ на дату здійснення витрат.
- 9.21. Страхова сума по виду страхування зменшується на суму здійсненої Страховиком страхової виплати. Сума всіх страхових виплат не може перевищувати страхову суму, розмір якої зазначений у Договорі окремо по кожному виду страхування.

## 10. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ ЗOBOB'ЯЗАНЬ

### 10.1. Страховик зобов'язаний:

- 10.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами, ознайомлення може здійснюватися шляхом розміщення Договору та Правил на веб-сайті Страховика і надання посилання на них в цьому Договорі;
- 10.1.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 10.1.3. у разі настання страхового випадку, здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений умовами даного Договору строк;
- 10.1.4. не розголошувати відомостей про Страхувальника за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;
- 10.1.5. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості майна переукласти з ним договір страхування.

### 10.2. Страховик має право:

- 10.2.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником для укладення Договору;
- 10.2.2. подавати запити в компетентні органи стосовно інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку;
- 10.2.3. у випадку порушення Страхувальником умов Договору вимагати дострокового припинення дії Договору;
- 10.2.4. проводити незалежну експертизу обставин страхового випадку, у разі необхідності призначати медичну комісію з метою обстеження Застрахованої особи, а також іншу експертизу стосовно страхової події;
- 10.2.5. здійснювати фіксацію технічними засобами телефонних переговорів стосовно страхових випадків;
- 10.2.6. використати квиток Застрахованої особи на зворотний шлях, у разі організації дострокового її повернення в країну постійного проживання;
- 10.2.7. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Договором та чинним законодавством України;
- 10.2.8. відмовити у відшкодуванні будь-яких непрямих збитків Застрахованої особи;
- 10.2.9. відмовити у здійсненні страхової виплати/відшкодування у разі, якщо Застрахована особа знаходиться на території країни, щодо якої є діюча рекомендація МЗС України утриматись від поїздок на дату перетину Застрахованою особою кордону;
- 10.2.10. самостійно обирати медичний заклад для лікування Страхувальника/Застрахованої особи. Якщо Страхувальника/Застрахованої особи відмовляється проходити лікування у медичному закладі, обраному Страховиком, і лікується у клініці, обраній самостійно, Страховик має право відмовити страховій виплаті;
- 10.2.11. передавати інформацію про Застраховану особу, зокрема, але не виключно персональні дані, що стосуються здоров'я Застрахованої особи (результати обстежень, висновки лікарів тощо), в самостійно обраній медичній заклад для перевірки діагнозу, призначеного лікування та будь-яких інших обставин, необхідних для прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у такій виплаті, проведення розслідування щодо правомірності здійснення страхової виплати.

### 10.3. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

- 10.3.1. своєчасно сплачувати страхові платежі;



- 10.3.2. ознайомити Застрахованих осіб із умовами цього Договору;
  - 10.3.3. при укладенні Договору надати Страховикові правдиву інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати про будь-яку зміну страхового ризику;
  - 10.3.4. надати Страховику інформацію про місце знаходження (країну перебування) Страхувальника або Застрахованої особи (якщо договір укладається на його користь іншою особою) на дату укладання Договору страхування.
  - 10.3.5. надати Страховику всі необхідні документи щодо страхового випадку для прийняття рішення про здійснення страхової виплати або страхового відшкодування;
  - 10.3.6. при укладенні договору страхування повідомити страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору;
  - 10.3.7. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
  - 10.3.8. виконувати вказівки Асистанса та Страховика і погоджувати з ними всі дії, пов'язані з наданням невідкладних медичних та інших послуг, передбачених Договором;
  - 10.3.9. дотримуватись вказівок лікуючого лікаря, дотримуватись розпорядку медичного закладу, в якому їй надається допомога;
  - 10.3.10. надати Страховику або його представнику можливість з'ясувати причини та обставини страхового випадку, перевірити всі представлені йому документи. Укладенням цього Договору Застрахована особа звільняє лікарів, адвокатів/юристів від дотримання лікарської та іншої таємниць при наданні інформації Страховику або Асистансу щодо страхового випадку.
- 10.4. Страхувальник (Застрахована особа) має право:**
- 10.4.1. у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та порядку, встановленому умовами даного Договору;
  - 10.4.2. звертатися до Страховика за вказівками щодо порядку отримання необхідної допомоги;
  - 10.4.3. у випадку порушення Страховиком умов Договору вимагати дострокового припинення дії Договору;
  - 10.4.4. на отримання дублікату Договору страхування у випадку його втрати (один раз за строк дії Договору) на підставі письмової заяви Страхувальника/Застрахованої особи про надання дублікату.
- 10.5. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.
- 10.6. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик зобов'язаний сплатити Страхувальнику пеню у розмірі 0,01% від суми, що підлягає виплаті, за кожен день прострочення, але не більше 3% (трьох відсотків) від суми страхової виплати (страхового відшкодування).
- 10.7. Якщо Страховик після здійснення страхової виплати виявить, що страхову виплату було здійснено на підставі підроблених документів та/або документів, що містять недостовірну інформацію та/або недостовірної інформації, наданої Страхувальником/Застрахованою особою під час укладення Договору, Страховик має право стягнути із Страхувальника та/або Застрахованої особи суму такої страхової виплати та звернутися до правоохоронних органів. У такому випадку Страхувальник і всі Застраховані особи згідно з Полісом несуть солідарну відповідальність перед Страховиком. Строк, протягом якого Страховик може ініціювати стягнення коштів є

необмеженим. Припинення дії Договору не впливає на право Страховика на звернення до правоохоронних органів і стягнення коштів.

## **11. ЗАСТОСОВНЕ ПРАВО ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

- 11.1. Цей Договір складений та має тлумачитися відповідно до чинного законодавства України.
- 11.2. У випадку виникнення розбіжностей з питань, що пов'язані з цим Договором, Сторони докладуть усіх зусиль для їх вирішення шляхом переговорів.
- 11.3. Спори, які Сторонам не вдалося вирішити шляхом переговорів, підлягають вирішенню в судах України відповідно до чинного законодавства України.
- 11.4. Сторони, керуючись ст. 27 Цивільного процесуального Кодексу України визначили, що позови до Страховика повинні розглядатися судом у місті Києві за місцезнаходженням Страховика.
- 11.5. Місцем територіальної підсудності є відповідний суд у м. Києві за місцезнаходженням Страховика.

## **12. ОБСТАВИНИ НЕПЕРЕБОРНОЇ СИЛИ (ФОРС-МАЖОРНІ ОБСТАВИНИ)**

- 12.1. Сторони звільняються від відповідальності за повне або часткове невиконання своїх зобов'язань за даним Договором, якщо таке невиконання стало наслідком дії обставин непереборної сили (форс-мажор), які мали місце під час дії даного Договору.
- 12.2. Під терміном «обставини непереборної сили» для цілей Договору Сторони мають на увазі надзвичайні події або обставини, що не могли бути передбачені і/або відвернені Сторонами доступними їм засобами, а саме: загроза війни, збройний конфлікт або серйозна погроза такого конфлікту, включаючи, але не обмежуючись ворожими атаками, блокадами, військовим ембарго, дії іноземного ворога, загальна військова мобілізація, військові дії, оголошена та неоголошена війна, дії суспільного ворога, збурення, акти тероризму, диверсії, піратства, безладу, вторгнення, блокада, революція, заколот, повстання, масові заворушення, введення комендантської години, експропріація, примусове вилучення, захоплення підприємств, реквізиція, громадська демонстрація, блокада, страйк, аварія, протиправні дії третіх осіб, епідемія, карантин, пожежа, вибух, тривалі перерви в роботі транспорту, регламентовані умовами відповідних рішень та актами державних органів влади, закриття морських проток, ембарго, заборона (обмеження) експорту/імпорту тощо, будь-якої заборони або обмеження грошових розрахунків Національним банком України, а також викликані винятковими погодними умовами та стихійним лихом, а саме: сильний шторм, циклон, ураган, торнадо, буревій, повінь, нагромадження снігу, ожеледь, град, заморозки, замерзання моря, проток, портів, перевалів, землетрус, блискавка, пожежа, посуха, просідання і зсув ґрунту, інші стихійні лиха тощо.
- 12.3. Сторона, яка неспроможна належним чином виконати свої зобов'язання за цим Договором у результаті дії форс-мажорних обставин, повинна в найкоротші строки, але не пізніше 3 (трьох) робочих днів, після того, як їй стало відомо про вплив таких форс-мажорних обставин і їхніх наслідків, письмово повідомити іншу Сторону про дію форс-мажорних обставин і їхній вплив на виконання зобов'язань за Договором. Розміщення Страховиком повідомлення про настання або припинення дії обставин

непереборної сили на своєму веб-сайті <https://ekta.insure/> вважається належним повідомленням Страхувальника/Застрахованої особи.

- 12.4. У випадку не надання такого повідомлення, Сторона, що не виконала свої зобов'язання, несе повну відповідальність за завдані іншій Стороні збитки.
- 12.5. Після припинення дії обставин непереборної сили, Сторона, яка була неспроможна належним чином виконати свої зобов'язання за Договором у результаті дії таких обставин, зобов'язана повідомити іншу Сторону про припинення дії обставин непереборної сили.
- 12.6. Доказом існування обставин непереборної сили та строку їх дії є відповідні документи, видані Торгово-промисловою палатою України.
- 12.7. У випадку настання обставин непереборної сили виконання Сторонами зобов'язань за цим Договором призупиняється на період існування таких обставин.
- 12.8. Якщо обставини непереборної сили будуть продовжуватися більше 30 (тридцяти) календарних днів, кожна зі Сторін в односторонньому порядку має право припинити дію Договору, письмово попередивши про це іншу Сторону не менш ніж за 10 (десять) днів до моменту припинення.

## СТРАХОВИК

Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «ЕКТА»  
Місцезнаходження: 03150, м. Київ, вул. Ділова буд. 5, корпус 2, літера В1  
Ідентифікаційний код юридичної особи 42509958  
п/р UA 53 300119 00000 26502075502001 в АТ «Банк Альянс», МФО 300119

Директор В. Спужук В.В. Спужук

