

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

"МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН ПІД ЧАС ПЕРЕБУВАННЯ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ"

1. ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1 Загальні умови страхового продукту "Медичне страхування іноземних громадян під час перебування на території України" є пропозицією-офертою (далі – **ЗУСП-Оферта**), яка задовольняє потреби та інтереси споживачів в отриманні страхової послуги, та одночасно має силу договору. При чому, договір є **публічним**, тобто, згідно ст.633 Цивільного кодексу України, його умови є однаковими для всіх споживачів. Крім цього, договір є **договором приєднання**, а відповідно до ст.634 Цивільного кодексу України умови договору є стандартними і споживач може лише приєднатися до договору в цілому та не може запропонувати свої умови договору.

1.2 Страхування за цими ЗУСП-Офертою здійснюється в межах Класу страхування 2 "Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)", відповідно до Закону України "Про страхування" (далі – Закон), на підставі ліцензії Держфінпослуг України серія АВ №469859 від 28.07.2009 р. та внутрішньої політики з андеррайтингу та внутрішньої політики з розроблення та впровадження страхових продуктів, затверджених Наглядовою Радою Приватного акціонерного товариства "Страхова компанія "Еталон" (далі – **Страховик**).

1.3 Положення цих ЗУСП-Оферти поширюється на Договори медичного страхування іноземних громадян під час перебування на території України, укладені з **дати затвердження** цих ЗУСП-Оферти по дату, яку зазначає Страховик в назві гіперпосилання на ЗУСП-Оферту на веб-сайті Страховика в мережі Інтернет (**www.etalon.ua**) як кінцеву дату, або по поточну дату, якщо кінцева дата не зазначена, незалежно від строків дії таких Договорів.

1.4 Страховик в особі Голови Правління Кравченка Олега Олександровича, який діє на підставі Статуту, з однієї сторони, керуючись ст.ст.207, 633, 634, 641 та 642 Цивільного кодексу України, пропонує фізичній особі з повною цивільною правоздатністю та дієздатністю, нерезиденту (іноземець або особа без громадянства) (далі – **Страхувальник**) (далі – Сторони) укласти Договір медичного страхування іноземних громадян під час перебування на території України з усіма невід'ємними його частинами у вигляді додатків (далі разом - **Договір**) на нижчевикладених умовах:

- a. у відповідності до ст. 638, 642 Цивільного кодексу України, укладеним вважається Договір, якщо Сторони досягли згоди з усіх істотних умов Договору. Договір укладається шляхом пропозиції однієї Сторони укласти Договір і повним та безумовним прийняттям пропозиції (**акцептом**) другою Стороною. Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили клієнт набуває статусу Страхувальника.
- b. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину. Договір може бути укладений як у формі електронного, так і у формі паперового документу на підставі Заяви на страхування (далі – **Заява**) на умовах, визначених в Розділі 4 цих ЗУСП-Оферти. Страхувальник несе відповідальність за достовірність відомостей, наведених в Заяві. Договір складається з двох частин:
 - першою складовою є індивідуальна частина, що укладається в двох примірниках українською мовою, що мають однакову юридичну силу – по одному для кожної зі Сторін (у разі укладання Договору у формі паперового документу);
 - другою складовою частиною є ці ЗУСП-Оферта.

1.5 Підписанням індивідуальної частини Договору відповідно до умов, передбачених ЗУСП-Офертою, Страхувальник:

1.5.1 приймає (акцептує) ці ЗУСП- Оферту;

1.5.2 підтверджує та визнає, що до укладання Договору на виконання вимог законодавства України Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився:

- зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частинами 1 - 5 ст. 7 Закону України "Про

фінансові послуги та фінансові компанії”;

- з інформацією про стандартний страховий продукт "Медичне страхування іноземних громадян під час перебування на території України", що розміщена на веб-сайті Страховика за посиланням: http://www.etalon.ua/c39d355dc36f5a26d2fd1c7c4f9221f/zagalni_umovy/ingr/ у вигляді Інформаційного документу;
- з інформацією, що передбачена ст.87 Закону, в тому числі: про перелік послуг із страхування, що пропонуються Страховиком, про будь-які інші платежі, які клієнт зобов'язаний сплатити у разі укладання Договору; про вид винагороди, яку отримує працівник з реалізації, про порядок та умови її виплати тощо. Зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика за посиланням: <http://www.etalon.ua/infoclient> є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком;

1.5.3 підтверджує, що вся вищезазначена інформація та всі умови Договору є зрозумілими, не містить двозначних формулювань; укладання Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору;

1.5.4 на виконання вимог Закону України "Про захист персональних даних" добровільно надає свою безумовну та безвідкличну згоду:

- на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника та об'єкту страхування) з метою виконання Договору, а також в інших маркетингових цілях, включаючи пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним засобами зв'язку;
- на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;
- на здійснення Страховиком дій з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника.

1.6 Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг. Споживачі мають вільний доступ до інформації про страхові послуги, що надаються Страховиком на офіційному веб-сайті Страховика, а також безпосередньо у місцях надання послуг. Отримання вичерпної інформації також можливе через звернення до Інформаційного центру Страховика в телефонному режимі, а також через листування та електронну пошту.

У разі виникнення спірних питань споживач має право звернутись до Страховика особисто, на електронну пошту info@etalon.ua, (адреса для листування: м. Київ, 03067, а/с № 12) або за посиланням http://www.etalon.ua/off-line/press_centre/otziv/r.php. Порядок звернень, а також порядок і терміни їх розгляду передбачений в Порядку звернень (скарг) споживачів, розміщений за посиланням: <http://www.etalon.ua/infoclient>.

Споживач, не залежно від розгляду його звернення Страховиком, в будь-який момент має право звернутись до Національного банку України із відповідним зверненням щодо порушення його прав як споживача фінансових послуг за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>, або до суду.

Орган, що здійснює державне регулювання – **Національний банк України**. Місцезнаходження: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601. Тел.: **0 800 505 240**. E-mail: nbu@bank.gov.ua, Web-сайт: www.bank.gov.ua.

Орган з питань захисту прав споживачів – **Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів**. Місцезнаходження: 01001, м.Київ, вул.Б.Грінченка, 1. Тел.: **(044) 279 12 70**. E-mail: gu@dpss.gov.ua, Web-сайт: www.dpss.gov.ua

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ

В цих ЗУСП-Оферті терміни та визначення вживаються в такому значенні:

Застрахована особа – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі, життя, здоров'я та працездатність якої є об'єктом страхування за Договором.

Вигодонабувач – особа, яка має право на отримання страхової виплати. Якщо в Договорі не вказана конкретна особа, то у разі смерті Застрахованої особи Вигодонабувачем є спадкоємець(ці) за законом, заповітом або спадковим договором; у разі втрати нею дієздатності – опікун; у разі розладу здоров'я – Застрахована особа (опікун – до досягнення нею повноліття).

Страхова виплата – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі.

Страхова премія (страховий внесок, страховий платіж) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором.

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

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

Страховий захист – зобов'язання Страховика за Договором щодо здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку.

Асистуюча компанія – суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, зазначеним в Договорі, на умовах, передбачених таким Договором.

Асистуючі послуги - допомога (послуги), які відповідно до умов Договору можуть надаватися безпосередньо Страховиком, Асистуючою компанією або іншою особою, яка діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору та вимог законодавства, та можуть включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором, та/або осіб, що надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль надання такої допомоги/послуг, а також виконання Асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу/послуги, інших дій від імені, в інтересах та за дорученням Страховика.

Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

Екстрене стаціонарне лікування (екстрена госпіталізація) – здійснюється при стані здоров'я особи, що характеризується основними ознаками й симптомами, здатними поставити під загрозу життя особи або привести її до інвалідності, якщо не буде терміново надана медична допомога в умовах стаціонару. Здійснюється з урахуванням вільних місць у стаціонарі й профілю захворювання.

Обсервація - комплекс заходів, розроблених урядом країни заради попередження поширення інфекційного захворювання.

Медична допомога здійснюється на базі лікувальних закладів України із державною та відомчою формами підпорядкування.

Місце постійного проживання – населений пункт, в якому особа проживає не менше 183 днів протягом календарного року.

Невідкладна допомога – комплекс медичних заходів, що надаються при станах, які загрожують життю та здоров'ю особи, та при яких у разі ненадання допомоги можливий смертельний наслідок або коли безпосередньої загрози немає, але такий стан може виникнути в будь-який час (підвищення температури вище 40°C у дорослих (39°C – у дітей), втрата або затемнення свідомості, судоми, біль у області серця, гострий біль в області живота, різке підвищення артеріального тиску, головний біль, який не знімається знеболюючими засобами, утрата чутливості, кровотеча, травма, неспинна блювота тощо).

Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором, подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю, працездатності Застрахованої особи.

До зовнішнього впливу можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, отруйних комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.

Під заподіянням шкоди життю, здоров'ю та працездатності внаслідок нещасного випадку розуміють травматичне ушкодження здоров'я (травму, забій, рану, перелом, черепно-мозкова травму, розрив органів, зв'язок,

сухожилля тощо, в т.ч. отримані внаслідок дії іншої особи), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження (за виключенням простудного захворювання), тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу тощо); зараження інфекційним захворюванням, якщо інфекційна речовина потрапляє в тіло Застрахованої особи через поранення в результаті нещасного випадку, захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), вивихи, розтягнення, розриви органів, у тому числі розрив хребетного стовпа, тощо.

Програма страхування - строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються споживачу окремо в межах умов одного страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхової премії або страхового тарифу, видом та розміром франшизи. За цим продуктом Програмами страхування є "**Віза**" та "**Посвідка**".

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

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

Ідентифікація – встановлення особи Страхувальника на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів, під час його звернення до Страховика з метою укладання договору страхування та/або отримання страхового відшкодування.

Верифікація - заходи, що вживаються Страховиком з метою перевірки (підтвердження) належності Страхувальнику отриманих Страховиком ідентифікаційних даних.

3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

3.1 Об'єкт страхування – життя, здоров'я, працездатність Страхувальника (Застрахованої особи).

3.2 Страховим ризиком за Договором страхування є:

3.2.1 гостре захворювання (в т. ч. лабораторно підтвердженого інфікування вірусом COVID-19);

3.2.2 розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку;

3.2.3 примусове розміщення Страхувальника (Застрахованої особи) в обсерваторії, пов'язане з ризиком поширення COVID-19 (за Програмою страхування "Віза").

3.3 Страховий випадок – звернення Страхувальника (Застрахованої особи) під час дії цього Договору до Асистуючої компанії та/або відповідного державного медичного закладу з метою отримання медичної допомоги внаслідок настання страхових ризиків, передбачених в п.3.2 цього Договору.

3.4 При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує витрати на:

3.4.1 **невідкладну (швидку) медичну допомогу**, а саме: виїзд бригади швидкої медичної допомоги; експрес діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі; забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами; доставку каретою швидкої медичної допомоги до державного або відомчого медичного закладу для проведення подальшого лікування;

3.4.2 **екстрене стаціонарне лікування**, що передбачає лікування (в т.ч. перебування та харчування) в умовах стаціонару державних медичних закладів при наявності хвороб та станів, що потребують термінового стаціонарного лікування, а саме: консультації спеціалістів, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації; консультативно-діагностичне обслуговування; консервативне та оперативне лікування; забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;

3.4.3 **обсервацію, а саме:** витрати на перебування в обсерваторах, харчування, медичне обстеження у випадках, якщо згідно з діючим законодавством України обсервація Страхувальника (Застрахованої особи) є необхідною одразу після перетину кордону України (покривається за Програмою страхування "Віза").

3.5 Територія дії страхового покриття - територія України, яка на момент настання страхового випадку не є тимчасово окупованою територією та на якій присутні та функціонують місцеві органи влади та органи правопорядку України.

3.6 Строк дії страхового покриття - від 1 (одного) дня до 1 (одного) року.

3.6.1 Договір страхування набирає чинності з дати, зазначеної у Договорі як початок дії Договору, але не раніше 00 год. 00 хв. (за київським часом) дати, наступної за датою надходження страхового платежу.

3.6.2 У разі фактичної сплати страхового платежу у розмірі, меншому ніж передбачено Договором, страхова сума за Застрахованою особою встановлюється пропорційно відношенню фактично сплаченого страхового платежу до страхового платежу, що мав бути сплачений за цим Договором. У разі доплати несплаченої частки страхового

платежу, страхова сума збільшується з дня, наступного за датою сплати цієї частки платежу.

3.7 Безумовна франшиза може бути передбачена Договором, встановлена або у відсотках від страхової суми, або у грошовому виразі.

3.8 Страхова сума встановлюється залежно від обраної Страхувальником Програми страхування в національній валюті та зазначається в індивідуальній частині Договору.

4 ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1 Порядок укладання Договору у формі електронного документу.

4.1.1 Договір оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг" в порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію".

4.1.2 Договір та інші документи на виконання умов Договору, оформлені в електронному вигляді, є електронними документами (надалі - електронні документи), інформація в яких зафіксована у вигляді електронних даних, та які містять всі реквізити аналогічних паперових документів. При цьому, слова "укласти", "підписати", "надати", "передати", "вручити", які зустрічаються в тексті Договору, при використанні кваліфікованого електронного підпису (**КЕП**), удосконаленого електронного підпису (**УЕП**) (на період воєнного часу), або **одноразового ідентифікатору** передбачають, що такий документ буде укладений/ підписаний/ переданий/ наданий/ вручений за допомогою ІТС Страховика та/або через електронний документообіг.

4.2 Порядок укладання Договору із Страхувальником - фізичною особою.

4.2.1 Для укладання Договору Страхувальник, попередньо ознайомившись з інформацією, передбаченою п.1.5.2 цих ЗУСП-Оферти, надає Страховику Заяву про намір укласти Договір, а саме в усній формі:

– **повідомляє** представнику Страховика, що відповідальний за реалізацію страхових послуг (далі – **представник Страховика**), інформацію про себе (прізвище, ім'я, по батькові, адресу реєстрації, дату народження, реєстраційний номеру облікової картки платника податку, номер (та за наявності - серія) паспорта громадянина України (або іншого документа, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладання правочинів), дату видачі та орган, що його видав, номер мобільного зв'язку, адресу електронної пошти) та **надає документи**, які відповідно до законодавства необхідні для ідентифікації та верифікації Страхувальника;

– **інформує** про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків);

– **надає** йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладання Договору, у тому числі про наявність страхового інтересу до об'єкту страхування.

4.2.2 Страховик, на підставі отриманої Заяви приймає рішення про укладання Договору та формує проект його індивідуальної частини (надалі – Пропозиція), та надсилає її Страхувальнику засобами електронної комунікації. Пропозиція дійсна до вказаної в ній дати. Одночасно з Пропозицією, за допомогою ІТС Страховика, Страхувальнику надсилається **одноразовий ідентифікатор** на зазначений Страхувальником засіб електронного/мобільного зв'язку.

4.2.3 У відповідності до статей 207, 633, 981 Цивільного кодексу України та ст. 11, 12, 13 Закону України "Про електронну комерцію" безумовним прийняттям (**акцептом**) Страхувальником Пропозиції Страховика укласти Договір вважається підписання індивідуальної частини Договору шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором.

4.2.4 Страхувальник підтверджує свою згоду з умовами викладеними в Пропозиції та надає дозвіл на використання та обробку його персональних даних шляхом повідомлення представнику Страховика одноразового ідентифікатору. Представник Страховика перевіряє дані викладені в Пропозиції, після чого вносить отриманий ідентифікатор у спеціальне поле Договору в ІТС Страховика та активує/підтверджує його внесення. В результаті цього електронний підпис Страхувальника (одноразовий ідентифікатор) відображається в індивідуальній частині Договору.

4.2.5 Особа, уповноважена Страховиком на підписання договорів страхування, підписує зі своєї сторони Договір шляхом накладання КЕП (УЕП), із кваліфікованою електронною позначкою дати та часу підписання.

4.2.6 Підписана обома Сторонами індивідуальна частина Договору направляється Страхувальнику у формі електронного документу. Сторони домовилися, що відправка підписаної індивідуальної частини Договору у формі електронного документу є належним врученням Договору Страхувальнику. Дата, час, факт відправлення індивідуальної частини Договору Страхувальнику зберігається в електронній базі Страховика.

4.2.7 При оформленні електронних документів Сторони домовились дотримуватись наступних вимог:

– здійснювати обмін електронними документами за допомогою сервісів електронного документообігу, та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу з застосування КЕП (УЕП (на період воєнного часу) уповноважених осіб;

– кожна зі Сторін для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси;

– кожна зі Сторін самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього КЕП (УЕП (на період воєнного часу));

– якщо Стороною направлено електронний документ, який не підписано у строки, що встановлені Договором, або ж відхилено із зауваженнями, електронний документ вважається таким, що не прийнятий Сторонами.

4.3 На письмову вимогу Страхувальника копія індивідуальної частини Договору у формі електронного документу може бути відтворена на паперовому носії протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту отримання такої вимоги. Страховик здійснює вручення такої копії, завіреної підписом уповноваженого представника Страховика.

4.4 **Порядок укладання Договору у формі паперового документу.**

4.4.1 За цим Розділом діють п. 4.2.1 цих ЗУСП-Оферти.

4.4.2 На підставі даних, отриманих в Заяві, Страховик приймає рішення про укладання Договору.

4.4.3 Договір укладається у формі паперового документу з проставленням власноручних підписів Сторін.

4.5 Основні критерії, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику можуть бути:

4.5.1 наявність інших діючих договорів страхування щодо об'єкту страхування;

4.5.2 строк дії страхового захисту.

4.6 Індивідуальні ознаки об'єкта страхування, необхідні для оцінки страхового ризику:

4.6.1 вік Застрахованої особи, наявність ознак, передбачених п.12.1 цих ЗУСП-Оферти, які підпадають під обмеження страхування;

4.6.2 розмір страхової суми.

5 ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

5.1 **Страхувальник (Застрахована особа) має право:**

5.1.1 на етапі укладення і протягом дії Договору отримувати від Страховика необхідні консультації, інформацію та пояснення умов страхування, в т.ч. у письмовій формі;

5.1.2 отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку на умовах цих ЗУСП-Оферти;

5.1.3 ініціювати внесення змін до Договору та на дострокове припинення дії Договору з письмовим повідомленням Страховику про причини такого рішення в порядку, передбаченому цими ЗУСП-Офертою та лише у випадках, передбачених частиною 2 ст. 634 Цивільного кодексу України. Заміна Застрахованої особи можлива лише до настання страхового випадку з такою Застрахованою особою за наявності письмової згоди Застрахованої особи, що замінюється та Страховиком;

5.1.4 у випадку втрати Договору страхування у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката;

5.1.5 у разі настання страхового випадку отримувати медичну допомогу належної якості;

5.1.6 повідомити Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі;

5.1.7 оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або її розмір;

5.1.8 на проведення незалежної експертизи (розслідування) за власний рахунок в разі незгоди з висновком експертизи, комісії з розслідування страхового випадку.

5.2 **Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:**

5.2.1 сплачувати страхову премію у порядку і строки, встановлені Договором;

5.2.2 протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику відповідно до п.7.3 цих ЗУСП;

5.2.3 письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкту Договору, як на момент укладання так і під час дії Договору;

5.2.4 **інформувати Застраховану особу про укладений на їх користь Договір**, а також про дії Застрахованої особи при настанні події, що має ознаки страхового випадку;

5.2.5 вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

5.2.6 інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в строк, передбачений ЗУСП;

5.2.7 проходити лікування призначене лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

5.2.8 надавати на запити Страховика інформацію та документи, що мають суттєве значення для вирішення питання про страхову виплату;

5.2.9 повернути протягом 30 (тридцяти) календарних днів Страховику отриману страхову виплату (або його відповідну частину), якщо протягом строків позовної давності, виявиться така обставина, що за законом або за умовами Договору повністю або частково позбавляє Страхувальника (Вигодонабувача) права на страхове відшкодування;

5.2.10 дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам;

5.2.11 вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати Страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку.

5.3 Страховик має право:

- 5.3.1 перевіряти достовірність повідомлених Страхувальником відомостей, іншу інформацію, надану Страхувальником, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеня ризику;
- 5.3.2 у разі підвищення ступеня страхового ризику щодо об'єкту Договору вимагати від Страхувальника внесення змін в умови Договору відповідно до Розділу 7 цих ЗУСП;
- 5.3.3 направляти запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також можуть самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку. Укладення Договору звільняє працівників медичних закладів від дотримання таємниці щодо хвороби Страхувальника (Застрахованої особи) та обставин її виникнення та лікування, якщо таке лікування розпочалося під час дії Договору;
- 5.3.4 брати участь у заходах щодо зменшення розміру збитків, здійснюючи і вказуючи для цього способи та заходи, але ці дії Страховика або його представників не можуть розглядатися як визнання його обов'язку виплатити страхове відшкодування;
- 5.3.5 приймати участь в роботі відповідної компетентної комісії по розслідуванню нещасного випадку;
- 5.3.6 відмовити у страховій виплаті або зменшити її розмір у випадках, передбачених Договором;
- 5.3.7 відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати у випадках, передбачених ЗУСП та Законом;
- 5.3.8 на зміну умов Договору та на дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених цими ЗУСП;
- 5.3.9 вимагати повернення страхової виплати, що вже виплачена Страхувальнику (Вигодонабувачу) у разі виникнення відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, умовами цих ЗУСП.

5.4 Страховик зобов'язаний:

- 5.4.1 ознайомити Страхувальника з умовами Договору;
- 5.4.2 у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, передбачений цими ЗУСП;
- 5.4.3 видати Страхувальнику (Застрахованій особі) Договір за встановленою Страховиком формою, а в разі його втрати – дублікат Договору;
- 5.4.4 у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору рішення про визнання або невизнання випадку страховим;
- 5.4.5 за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або у разі збільшення страхової суми переукласти з ним Договір;
- 5.4.6 забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону.

6 ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

- 6.1 За невиконання або неналежне виконання умов цього Договору Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.
- 6.2 Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати пені у розмірі **0,01%** від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діє під час виникнення заборгованості від суми, що підлягає сплаті.

7 ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

- 7.1 Зміни до Договору в період його дії (зміни страхової суми, строку дії Договору тощо) за згодою Сторін вносяться шляхом укладення додаткового договору до Договору або його переукладення Договору.
- 7.2 Додатковий договір є невід'ємною частиною Договору і укладається у кількості примірників Договору (у разі укладання Договору в паперовій формі).
- 7.3 Страхувальник зобов'язаний якнайшвидше, але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо, письмово повідомити Страховика про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії.
- 7.4 Після отримання від Страхувальника заяви про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до умов Договору або про дострокове припинення його дії або про продовження строку дії Договору на попередніх умовах.
- 7.5 У разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення змін у Договір Страховик має право на отримання від Страхувальника сплати додаткового страхового платежу без зміни страхової суми за Договором.
- 7.6 У випадку відмови Страхувальника внести зміни до Договору та сплатити додаткову страхову премію, Страховик має право достроково припинити дію Договору на підставі невиконання Страхувальником умов Договору відповідно до цих ЗУСП та Закону.

- 7.7** Якщо ступінь ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то в разі настання страхового випадку Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування за цим випадком.
- 7.8** Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
- 7.8.1 закінчення строку дії Договору страхування;
 - 7.8.2 виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
 - 7.8.3 ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи, за винятком випадків, передбачених ст. 100 Закону;
 - 7.8.4 ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 7.8.5 виїзду Страхувальника (Застрахованої особи) на постійне місце проживання за межі України;
 - 7.8.6 набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;
 - 7.8.7 в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 7.9** Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою однієї зі Сторін. Порядок дострокового припинення дії Договору та розрахунків між Сторонами визначається згідно зі ст. 105 Закону.
- 7.10** У разі прийняття рішення Страховиком про дострокове припинення Договору, повернення страхової премії (її частини) здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком оригіналів документів (заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику, у випадку укладання Договору в паперовій формі). Залежно від обставин дострокового припинення Договору, Страховик може запросити додаткові документи, про що робиться обґрунтований запит.
- 7.11** При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником та Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

8 ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 8.1** Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:
- 8.1.1 договорів страхування, строк дії яких становить 30 календарних днів;
 - 8.1.2 випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором.
- 8.2** Про намір відмовитись від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.
- 8.3** Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.
- 8.4** У разі прийняття рішення Страховиком про повернення страхової премії повернення здійснюється впродовж 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання Страховиком оригіналу заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику (у випадку укладання Договору в паперовій формі).

9 ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 9.1** Якщо під час здійснення подорожі на території України у Застрахованої особи виникне потреба в отриманні невідкладних медичних послуг, Застрахована особа зобов'язана якнайшвидше, але не пізніше 24 годин, якщо цьому не перешкоджали об'єктивні причини:
- 9.1.1 звернутися до **Асистуючої компанії** за телефоном, зазначеним в Договорі.
Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, то Застрахована особа може самостійно звернутися до медичного закладу згідно умов Договору, що має відповідний дозвіл на здійснення медичної діяльності в Україні та пред'явити Договір. В цьому разі таке повідомлення передається Асистуючій компанії або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо;
 - 9.1.2 повідомити Асистуючій компанії: назву Страховика, номер Договору та строк його дії; точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон; прізвище та ім'я Застрахованої особи; опис того, що трапилось, та характер необхідної допомоги; розмір страхової суми та обрану Програму страхового продукту;
 - 9.1.3 після звернення до Асистуючої компанії виконувати його рекомендації щодо подальших дій. За вимогою представника Асистуючої компанії - надати документи, що підтверджують її особу;
 - 9.1.4 сприяти вжиттю Страховиком або Асистуючою компанією необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат;
 - 9.1.5 вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.
- У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин (відсутність діючих засобів телефонного зв'язку; непритомний стан Застрахованої (за відсутності інших осіб, які могли б представляти її інтереси) не зв'язалася з Асистуючою компанією для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна самостійно оплатити вартість наданих їй медичних послуг, вона зобов'язана узгодити надані їй послуги та виставлений

медичним закладом рахунок до моменту його оплати з Асистуючою компанією чи Страховиком протягом 24 годин після надання такої допомоги (послуг). Якщо Застрахована особа протягом 24 годин не узгодила з Асистуючою компанією чи Страховиком надання таких медичних послуг, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати за цим випадком.

10 ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

10.1 Страхова виплата за цими ЗУСП-Офертою здійснюється шляхом перерахування коштів на рахунок Асистуючої компанії, медичного закладу, який надав медичну допомогу, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги.

10.2 При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує витрати, передбачені п.п.3.4.1-3.4.3 цих ЗУСП-Офертою, понесені Страхувальником (Застрахованою особою) під час перебування на території України в межах лімітів відповідальності на один страховий випадок, передбачених Договором.

10.3 У випадку самостійної оплати Страхувальником (Застрахованою особою) медичних послуг, але за умови обов'язкового попереднього погодження з Асистуючою компанією, Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) на підставі документів, зазначених в п.10.10 цих ЗУСП-Оферти.

10.4 При здійсненні страхової виплати відповідна страхова сума (ліміт відповідальності) на конкретну Застраховану особу зменшується на розмір страхової виплати з дати настання страхового випадку.

10.5 Протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у п.10.10 цих ЗУСП-Оферти, Страховик складає страховий акт та приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у здійсненні страхової виплати.

10.6 У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (Вигодонабувачу) впродовж 10 (десяти) робочих днів з дня складення страхового акту.

10.7 У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

10.8 Страховик має право відстрочити прийняття рішення про виплату/відмову у страховій виплаті у наступних випадках:

– якщо правоохоронними органами відкрито кримінальне провадження за фактом настання страхового випадку і триває розслідування обставин, які призвели до збитку, — строк на прийняття рішення рахується з дати закриття кримінального провадження, одержання Страховиком вироку (рішення) суду, що набрав(-ло) законної сили, або визнання вини особисто Застрахованою особою (Вигодонабувачем);

– якщо об'єм і характер шкоди не відповідає причинам і обставинам страхового випадку — до з'ясування фактичного розміру (на період проведення страхового розслідування з письмовим повідомленням Страхувальника про таке рішення, але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання останнього з усіх необхідних документів, передбачених п. 10.10 цього Договору).

10.9 При здійсненні страхової виплати відповідна страхова сума (ліміт відповідальності) на конкретну Застраховану особу зменшується на розмір страхової виплати з дати настання страхового випадку.

10.10 Для підтвердження настання страхового випадку та розміру витрат, та у разі їх самостійної оплати, Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику наступні документи:

10.10.1 оригінали таких документів:

10.10.1.1 примірник Договору, що належить Страхувальник (у випадку укладання Договору в паперовій формі);

10.10.1.2 письмове повідомлення про настання події, що має ознаки страхового випадку;

10.10.1.3 письмова заява на виплату страхового відшкодування за формою Страховика;

10.10.1.4 висновок про наявність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Страхувальника (Застрахованої особи) в момент страхового випадку (якщо Застраховану особу було направлено на такий огляд працівниками Національної поліції або іншого компетентного державного органу)

10.10.2 оригінали (для копіювання), або належним чином посвідчені копії таких документів:

10.10.2.1 копія документу, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою;

10.10.2.2 документ, що посвідчує право перебування Страхувальника (Застрахованої особи) на території України;

10.10.2.3 довідка медичного закладу (виписку з медичної карти, виписного епікризу) про стаціонарне лікування Страхувальника (Застрахованої особи) із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причинами, що викликали захворювання, загальними висновками лікаря, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу;

10.10.2.4 оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних та медико-транспортних послуг;

10.10.2.5 квитанції про оплату наданих медичних та медико-транспортних послуг;

10.10.2.6 рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем;

10.10.2.7 чеки/квитанції про оплату придбаних медикаментів;

- 10.10.2.8 позитивний результат лабораторного тесту ПЛР щодо виявлення COVID-19;
- 10.10.2.9 документи, що підтверджують витрати, пов'язані з примусовим перебуванням Страхувальника (Застрахованої особи) в обсерваторії, пов'язане з ризиком поширення вірусу COVID-19: витрати на харчування, проживання в обсерваторах, медичне обстеження тощо (при страхуванні за Програмою "Віза");
- 10.10.2.10 інші документи на письмовий запит Страховика.
- 10.11** Неподання документів, зазначених у п.10.10 цих ЗУСП-Оферти, дає Страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати в частині, що не підтверджена такими документами.
- 10.12** Документи, що подаються для отримання страхової виплати, мають бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик (його представник), оформлені та засвідчені належним чином.
- 10.13** Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик (його представник) приймає рішення про необхідність надання окремих документів, визначених п.10.10 цих ЗУСП-Оферти, що підтверджується відповідним актом.
- 10.14** Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані не в повному обсязі та/або в належній формі, або оформлені з порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення щодо страхової виплати не здійснюється до усунення цих недоліків. Про наявність таких невідповідностей та/або порушень Страховик повідомляє одержувача страхової виплати в письмовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання відповідних документів.

11 ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1 Підставами для відмови у страховій виплаті є:

- 11.1.1 навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;
- 11.1.2 вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладений Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;
- 11.1.3 подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;
- 11.1.4 одержання Страхувальником повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків.
- 11.1.5 несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди;
- 11.1.6 наявність інших підстав, встановлених законодавством.

12 ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

12.1 На страхування не приймаються: особи, які були визнані у встановленому порядку недієздатними; є інвалідами I групи; страждають на тяжкі нервові захворювання (в т.ч. пухлини головного мозку, пухлини спинного мозку, ураження нервової системи, енцефаліт гострий), знаходяться на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись: онкологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному, наркологічному, психоневрологічному), центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом.

12.2 До страхових випадків не відносяться і страхова виплата не здійснюється, якщо звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до Асистуючої компанії або державного медичного закладу відбулося у зв'язку з:

- 12.2.1 подією, що не обумовлена як страховий ризик чи випадок в Договорі, та/або мала місце не під час його дії чи за межами території його дії;
- 12.2.2 прямою або опосередкованою дією військових та пов'язаних з ними ризиків та їх наслідків: війною, вторгненням, ворожими актами або військовими діями (незалежно від того оголошено війну чи ні), військовими маневрами, терористичними актами, громадянською війною, страйком чи громадським заворушенням; заколотом, військовим або народним повстанням, бунтом, революцією, громадським заворушенням у масштабах або з кількістю учасників, що може бути прирівняне до повстання, узурпацією влади, введенням військової влади або військового положення або стану облоги, або будь-якою подією або причиною, результатом якої стало оголошення військового положення або стану облоги; будь-яких військових маневрів, навчань або інших військових заходів, дії мін, торпед, бомб та/або інших знарядь війни, вибухових речовин;
- 12.2.3 прямої або опосередкованої дії ядерної зброї, енергії, радіації та/або радіоактивного забруднення.
- 12.2.4 свідомим знаходженням в місцях, заздалегідь відомими як такі, що небезпечні для життя (місця проведення вибухових робіт, військові полігони, стрільбища та т.ін.), якщо це не пов'язане з виробничою необхідністю або спробою рятування людського життя;

12.2.5 навмисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, скоєння самогубства, замаху на самогубство або їх наслідків за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб (на підставі рішення компетентних органів);

12.2.6 захворюванням або травмою, що стали наслідком скоєння Страхувальником (Застрахованою особою) дій у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння;

12.2.7 захворюваннями, пов'язаними з алкоголізмом, наркоманією, токсикоманією Застрахованої особи, незалежно від термінів встановлення таких діагнозів;

12.2.8 участю Застрахованої особи у страйках, заколотах, внутрішніх заворушеннях, несанкціонованих мітингах та демонстраціях, диверсіях, актах тероризму, бойових діях, за виключенням випадків примусової або випадкової участі; участю у громадянській війні чи війні з іншими державами;

12.2.9 подіями, що сталися під час затримання Страхувальника (Застрахованої особи) правоохоронними органами або ув'язнення;

12.2.10 злоякісними пухлинами, захворюваннями крові, туберкульозом;

12.2.11 захворюваннями, які потребують проведення лікування виключно в медичних установах закритого типу;

12.2.12 хворобами, що потребують постійного медикаментозного, замісного лікування, трансплантації, протезування (в т.ч. хвороби з'єднувальної тканини, ендокринної системи, хвороби судин, хронічна ниркова недостатність);

12.2.13 діагностикою та лікуванням захворювань, що передаються статевим шляхом;

12.2.14 лікуванням захворювання чи травм, що виникли внаслідок грубого порушення загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах тимчасового перебування, що рекомендовані інструкціями працівників місць тимчасового розміщення (готелів, хостелів тощо);

12.2.15 захворюваннями шкіри, в т.ч. дерматофітією та іншими поверхневими мікозами; кандидозами, atopічним дерматитом; алергічним дерматитом, екземою; псоріазом;

12.2.16 загостреннями хронічних хвороб;

12.2.17 уродженими аномаліями (вадами розвитку), деформаціями й хромосомними порушеннями, крім випадків, коли невідкладна медична допомога пов'язана із зняттям гострого болю;

12.2.18 патологіями з'єднувальної тканини, ревматизмом, ревматоїдними артритами, і т.ін (а саме такі, що належать до переліку M00 – M94 згідно з Міжнародним Класифікатором Хвороб (МКХ-10);

12.2.19 функціональними розладами психіки, що включають всі види розумових хвороб та станів, включаючи, але не обмежуючись такими: нейроінфекції, розсіяний склероз, дистрофічно-дегенеративні захворювання нервової системи, шизофренія, розлад особистості тощо;

12.2.20 нормальними або патологічними вагітністю, пологами, абортами (за винятком абортів за медичними показаннями та випадків, коли при зазначених станах медична допомога має бути надана для усунення загрози життю Застрахованої особи), контрацепцією, лікуванням безпліддя, імпотенції.

12.3 Страховик не відшкодовує витрати, що перевищують 20% ліміту відповідальності на один страховий випадок, якщо страховий випадок стався під час активного відпочинку. Під активним відпочинком слід розуміти: будь-які види польоту в якості пілота чи пасажера, використовуючи дельтаплан, параплан, планер, парашут тощо, включаючи авіаспорт; управління двухколесним моторним або водно-моторним видами транспорту; екстремальні види спорту (дайвінг, квадроцикли, альпінізм та скелелазіння, сафари, гірські лижи, воднолижний спорт, водний туризм, кінний туризм, могул, фрістайл, джампінг, стрибки з висоти у воду тощо); участь Застрахованої особи в автомобільних та інших спортивних заходах (включаючи випробувальні пробіги та ралі).

12.4 Дія страхового захисту не поширюється на звернення до Асистуючої компанії (Страховика) з метою відшкодувати вартість:

12.4.1 трансплантатів, протезів, ендопротезів, імплантатів та ряду інших аналогічних медичних виробів, а також витрати на придбання медичного устаткування, зорової оптики (окуляри, лінзи та інш.), слухових апаратів та медичних виробів, призначених для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях (протезів, стентів, милиць, колясок тощо);

12.4.2 самолікування, у тому числі придбання Застрахованою особою за власним бажанням лікарських засобів, медичного устаткування, перев'язних матеріалів, відвідування медкомісії: водіїв, для одержання дозволу на носіння зброї, відвідування басейну тощо;

12.4.3 хірургічної корекції зору, у тому числі із застосуванням лазера; маніпуляції з використанням апаратно-програмних комплексів в офтальмології; планових хірургічних операцій ока, метою яких є корекція короткозорості, далекозорості, астигматизму, лікування глаукоми, катаракти;

12.4.4 акупунктури, гомеопатії та інших народних та нетрадиційних методів діагностики та лікування;

12.4.5 експериментального лікування, застосування лазерних технологій;

12.4.6 діагностики, лікування, маніпуляцій, операцій та ін. по усуненню косметичних дефектів, у тому числі з метою поліпшення психологічного стану Застрахованої особи, із приводу захворювань шкіри й волосся (мозолі, бородавки, контагіозні молюски, невуси, папіломи, алопеція та ін.), а також склеротерапії вен; корекції ваги та лікування і профілактики целюліту, косметичних і пластичних операцій;

12.4.7 будь-яких стоматологічних послуг;

- 12.4.8 лікувально-оздоровчих заходів, призначених з метою профілактики захворювань і санаторно курортне лікування;
- 12.4.9 послуг з педикюру, остеопатії, психотерапевта, психолога, дієтолога, генетика, логопеда, вертебролога, імунолога, алерголога, лікаря ЛФК, фізіотерапевта;
- 12.4.10 алергологічних досліджень та тестів, в т.ч. скарифікаційних проб, алергологічних панелей, імунологічні та імуно-серологічні досліджень, діагностики ПЛР, за виключенням станів, що загрожують життю Страховальника (Застрахованої особи);
- 12.4.11 моральної шкоди та/або упущеної вигоди;
- 12.4.12 витрат за виклик бригади швидкої медичної допомоги Застрахованою особою чи особою, що діє від імені та/або в інтересах Застрахованої особи, за неповною чи невірною адресою, а також при відсутності Застрахованої особи за вказаною адресою;
- 12.4.13 лікування, послуг або товарів, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання, а також первинного чи повторного медичного обстеження Застрахованої особи за її власним бажанням, без медичних показань (при відсутності призначення лікаря).

13 ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

13.1 Спори, що виникають за Договором, вирішуються шляхом переговорів. У разі недосягнення згоди справа передається на розгляд суду за місцем знаходження Страховика у порядку, передбаченому законодавством України.

13.2 Питання, не обумовлені цими ЗУСП-Оферти, регулюються законодавством України.

14 КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

14.1 У разі настання події, що має ознаки страхового випадку Страховальник інформує Спеціалізовану службу Страховика (Асистуючу компанію) за телефоном:

(044) 238 69 70; 0 800 500 108;

viber +38 (097) 509 53 06 (смс)

help@lic.kiev.ua

Страховика за телефоном:

0 800 305 800 (цілодобово, безкоштовно по Україні з мобільних та стаціонарних телефонів);

(044) 392 03 16

Адреса для листування: м. Київ, 03067, а/с № 12