



ДОГОВІР / TRAVEL INSURANCE POLICY
комплексного страхування подорожуючих
за межі України (індивідуальна частина)
у формі електронного документу

"Подорож"		
місце укладення	Київ	дата укладення
№	– 37	. .20 р.
Програма страхування		

Спеціалізована служба Страховика (Асистанс):
Ensuria Assistance (по всіх країнах світу, окрім Єгипту та Туреччини): +38-044-390-00-10; care@ensuria.com
Асистанс: Egypt Assistance: EGYPT +20-2-241-373-00, TURKEY +90-242-310-28-30

1. СТРАХОВИК

Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Еталон"
03067, м. Київ, вул. Гарматна, буд. 8, прим. 6, код ЄДРПОУ 20080515, office@etalon.ua
IBAN UA23 305299 00000 26506000100344 в АТ КБ "ПриватБанк"
тел. 0-800-305-800, 0(44) 392-03-16 (цілодобово); <http://www.etalon.ua>

2. СТРАХУВАЛЬНИК

		РНОКПП/ЄДРПОУ	
П.І.Б./назва		дата народж.	. . р.
адреса		паспорт	
e-mail		тел.	

далі разом по тексту – Сторони, а кожен окремо – Сторона, відповідно до Закону України "Про страхування", ліцензії на здійснення діяльності зі страхування (Витяг Національного банку України із державного реєстру фінансових установ від 04.06.2024 р. щодо переліку фінансових послуг, які може надавати небанківська фінансова установа, а саме: "Діяльність із страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування)" та Загальних умов страхового продукту "Комплексне страхування подорожуючих за межі України "Подорож", що є пропозицією-офертою (далі – ЗУСП-Оферта), затверджених Рішенням Правління №Р-03/25-12/44 від 31.12.2025 р. з датою початку дії з 15.01.2026 р. та розміщених на веб-сайті Страховика: http://www.etalon.ua/c39d355dc36f5a26d2fd1c7c4f9221f/zagalni_umovy/podorozh/ уклали цей Договір комплексного страхування подорожуючих за межі України у формі електронного документу (далі – Договір) за **Класом страхування 1** "Страховання від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)" (далі – Клас 1, нещасні випадки (НВ), **Класом страхування 18** "Страховання витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі" (далі – Клас 18, медичні витрати (МВ) та інші витрати (ІВ):

3. ЗАСТРАХОВАНІ ОСОБИ			кількість Застрахованих осіб					
№	П.І.Б.	дата народж.	паспорт	адреса	код мети	страховий платіж, UAH		
			РНОКПП			МВ	ІВ	НВ
3.1.		. . р.						
3.2.		. . р.						
3.3.		. . р.						
3.4.		. . р.						

Страховальник зобов'язується повідомити Застрахованих осіб про укладений на їх користь Договір.

4. УМОВИ СТРАХУВАННЯ

Клас	страхове покриття	на одну Застраховану особу			страховий платіж
		страхова сума	еквівалент у валюті на дату уклад. Договору	франшиза	
18	медичні витрати (МВ)	UAH			UAH
	інші витрати (ІВ)	UAH			UAH
1	нещасні випадки (НВ)	UAH		СТ* %	UAH
* – страховий тариф по нещасним випадкам		Загальний страховий платіж			UAH
		Страховий платіж має бути сплачений одноразово в повному розмірі до			. .20 р.

5. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ

6. СТРОК ДІІ*	з 00 ⁰⁰	. .20 р.	по 24 ⁰⁰	. .20 р.	7. Період страхування, днів	
---------------	--------------------	----------	---------------------	----------	-----------------------------	--

*Договір набирає чинності з моменту перетинання Застрахованою особою кордону України та/або країни постійного проживання, але не раніше дати та часу початку дії строку Договору, зазначеної в п.6 цього Договору, за умови надходження страхового платежу на рахунок Страховика або страхового посередника в строк та обсязі, передбаченим цим Договором.

8. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК (СТРАХОВІ РИЗИКИ)

8.1. **За Класом 18 – понесення Асиансом (Застрахованою особою), третьою особою медичних та інших витрат**, пов'язаних з наданням Застрахованій особі допомоги в межах та в обсязі обраної Програми страхування, в тому числі у зв'язку із зверненням під час дії Договору до Асиансу або медичного закладу через скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон, внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я внаслідок настання нещасного випадку, смерті внаслідок захворювання або нещасного випадку, затримки/арешту Застрахованої особи, позбавлення волі, загрози виникнення таких випадків, а також будь-яких ускладнень, викликаних офіційними претензіями третіх осіб; незручності використання авіаційного транспорту; втрати або викрадення документів Застрахованої особи у країні тимчасового перебування; смерті близького родича Застрахованої особи.

8.2. **За Класом 1 – смерть** Застрахованої особи або отримання нею **травматичних ушкоджень** внаслідок настання нещасного випадку із Застрахованою особою під час дії Договору.

9. ДОДАТКОВІ УМОВИ	Відсутній чинний договір страхування щодо об'єкту страхування за цим Договором, якщо в цьому пункті не зазначено інше.	
--------------------	--	--

10. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ ДЛЯ ВИПЛАТИ

10.1. При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує в межах лімітів відшкодування та відповідно до умов, зазначених в Договорі такі медичні та інші витрати, передбачені обраною Програмою страхування:

		Програми страхування	A	B	C	D
Витрати						
МЕДИЧНІ ВИТРАТИ	1. Невідкладна (швидка) допомога		ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
	2. Стаціонарне лікування		ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
	3. Амбулаторне лікування		ні	ТАК	ТАК	ТАК
	4. Стоматологічна допомога		ні	100	150	200
	5. Медична евакуація		ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
	6. Перевезення між медичними закладами		ні	ТАК	ТАК	ТАК
	7. Репатріація останків		ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
	8. Відвідування близьким родичем		ні	ні	ТАК	ТАК
	9. Повернення додому дітей		ні	ні	ТАК	ТАК
	10. Приїзд замісника		ні	ні	ні	ТАК
ІНШІ ВИТРАТИ	11. Продовження перебування за кордоном		ні	ні	ні	500
	12. Проживання батьків дитини		ні	ні	ні	500
	13. Зв'язок зі Страховиком/Асиансом		ні	50	50	100
	14. Послуги адвоката		ні	ні	500	1000
	15. Внесення застави		ні	ні	ні	3000
	16. Відкладення відправлення літака		ні	ні	ні	350
	17. Недоставка багажу		ні	ні	ні	150
	18. Втрата, пошкодження, знищення багажу авіаперевізником		ні	ні	ні	500
	19. Втрата документів		ні	ні	100	300
	20. Повернення до України		ні	ні	ні	1500

10.2. Протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини настання страхового випадку та розмір шкоди, Страховик приймає рішення про здійснення виплати та складає страховий акт або приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

10.3. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (Вигодонабувачу) впродовж 7 (семи) робочих днів з дня складення страхового акту.

10.4. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик впродовж 7 (семи) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Застраховану особу (Вигодонабувача, Страхувальника) в письмовій формі з обґрунтуванням причини.

10.5. Для отримання страхової виплати Застрахована особа (Вигодонабувач) зобов'язана надати Страховику:

10.5.1. оригінали таких документів:

- заява про страхову виплату;
- примірник Договору, що належить Страхувальнику (при укладенні Договору в паперовій формі);

10.5.2. оригінали (для копіювання) або належним чином посвідчені копії таких документів:

- внутрішній паспорт (свідоцтва про народження) Застрахованої особи;

- закордонний паспорт Застрахованої особи (з відмітками про перетин кордону країни перебування);
 - довідка про присвоєння ідентифікаційного номеру особи, яка звернулася за страховою виплатою;
- 10.5.3. документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат (за Класом 18):**
- документи Асистансу щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком;
 - довідка медичного закладу про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу, причин, що викликали захворювання, висновки лікаря, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу; у випадку розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку додатково – довідка про рівень алкоголю у крові;
 - оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних та інших послуг;
 - оригінали квитанцій про оплату наданих медичних, медико-транспортних та супутніх послуг;
 - рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем;
 - документи (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують розмір понесених витрат;
 - оригінали проїзних документів;
- 10.5.4. документи, що підтверджують розмір витрат (за Класом 1):**
- у випадку **Травми**: довідка медичного закладу або виписка з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу;
 - у випадку **Смерті**: свідоцтво про смерть Застрахованої особи; свідоцтво про право на спадщину; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; довідка лікувального закладу про причину смерті.
 - інші документи на обґрунтований письмовий запит Страховика.

11. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ СТРАХОВИКОМ

11.1. 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.

11.2. 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>.

11.3. 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.

11.4. 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.

11.5. 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

12. ІНШІ УМОВИ

12.1. Частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору становить **40%** від страхової премії. Продовження строку дії Договору не передбачається.

12.2. Договір укладається відповідно до вимог, передбачених законодавством України про електронну комерцію, з урахуванням особливостей, визначених нормативно-правовими актами НБУ та в порядку, передбаченому **розділом 2.3. ЗУСП-Оферти**. Договір укладається за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика чи страхового посередника та/або через електронний документообіг. Електронний підпис (кваліфікований електронний підпис (**КЕП**), удосконалений електронний підпис (**УЕП**) (на період воєнного часу) або одноразовий ідентифікатор), міститься в **розділі 13** цього Договору.

12.3. При оформленні електронних документів Сторони домовились здійснювати їх обмін за допомогою сервісів електронного документообігу, та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу з застосування **КЕП (УЕП)** (на період воєнного часу) уповноважених осіб як це передбачено **розділом 2.3 ЗУСП-Оферти**. Підписаний обома Сторонами Договір направляється Страхувальнику у формі електронного документу на зазначений Страхувальником засіб електронного зв'язку.

12.4. Зміни до Договору надаються Страхувальнику у тому самому порядку, що і Договір, до якого зміни вносяться відповідно до **розділу 2.6 ЗУСП-Оферти**. Будь-які пропозиції Страховика Страхувальникові щодо зміни умов Договору здійснюються шляхом направлення Страховиком Страхувальникові повідомлення в письмовій формі засобами електронного зв'язку протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття рішення про внесення змін до Договору.

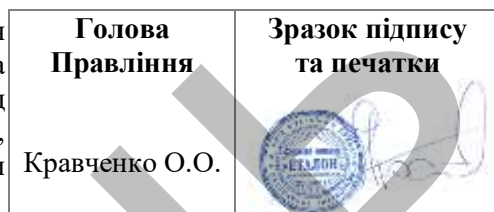
12.5. Відповідно до вимог Закону України "Про запобігання та протидію легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення" Страховик має право витребувати, а Страхувальник зобов'язаний надати документи і відомості, необхідні для здійснення належної перевірки та виконання інших вимог вищезазначеного Закону. Порядок ідентифікації та верифікації споживача частково передбачений **розділом 2.3. ЗУСП-Оферти**.

12.6. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує та визнає, що на виконання вимог законодавства:

- до укладання Договору Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився з інформацією про страховий продукт, в тому числі у вигляді Інформаційного документу про страховий продукт, розміщеної на веб сайті Страховика за посиланням: http://www.etalon.ua/insurance_in_life/tourist/abroad/;
- до укладання Договору Страховий посередник, що зазначений в Договорі надав, а Страхувальник отримав та ознайомився з усією інформацією, що передбачена **ст. 88** Закону України "Про страхування";
- вся інформація, надана до та під час укладення Договору є повною і достовірною, приєднується до ЗУСП-Оферти та погоджується дотримуватися умов, викладених в них, в тому числі Страхувальник надає згоду на обробку Страховиком його персональних даних.

12.7. Договір, що є першим, основним або яким встановлюються ділові відносини, укладається у формі паперового документа з проставленням власноручних підписів Сторін або у формі електронного документа з проставленням **КЕП (УЕП)** (на період воєнного часу) особи, уповноваженої Страховиком на підписання Договорів, та електронного підпису Страхувальника.

В подальшому Сторони дійшли згоди щодо можливості використання Страховиком факсимільного відтворення підпису та печатки Страховика за допомогою засобів механічного чи іншого копіювання, КЕП (УЕП) (на період воєнного часу) чи іншого аналогу власноручного підпису на умовах, передбачених законодавством. Зразок підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитка печатки Страховика:



12.8. 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.

12.9. Цей Договір не є додатковим до інших товарів, робіт та послуг, що не є страховими.

12.10. Страховий захист надається згідно з "РІШЕННЯМ РАДИ ЄС 2004/17/EG ВІДНОСНО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА КОРДОН". Інші істотні умови цього Договору, передбачені ст.982 Цивільного кодексу України та ст.89 Закону України "Про страхування", містяться в ЗУСП-Оферті. Порядок зміни умов і припинення дії Договору передбачений **розділом 2.6** ЗУСП-Оферти, права та обов'язки Сторін передбачені **розділом 2.4** ЗУСП-Оферти, відповідальність Сторін за невиконання або неналежне виконання умов Договору передбачені **розділом 2.5** ЗУСП-Оферти, порядок та умови відмови від Договору передбачені **розділом 2.7** ЗУСП-Оферти.

12.11. Цей Договір містить інформацію, що становить таємницю страхування відповідно до Закону України "Про страхування", Закону України "Про фінансові послуги та фінансові компанії", інших нормативно-правових документів чинного законодавства України. Страхувальник підтверджує факт добровільної передачі Страховику (страховому посереднику) інформації, що належить до таємниці фінансової послуги, в тому числі потрібної для створення електронних документів. Страховик, страховий посередник та інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування (перестрахування), забезпечують збереження інформації, що становить таємницю страхування, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб та у випадку її розголошення несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України. Страхувальник надає дозвіл Страховику на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, в обсязі відповідно до чинного законодавства України та на використання Страховиком (страховим посередником) відкритих мережевих сервісів для отримання інформації, що належить до таємниці фінансової послуги.

12.12. Положення **п.12.11** Договору не поширюються на інформацію, що підлягає обов'язковому оприлюдненню, та публічну інформацію у формі відкритих даних відповідно до Закону України "Про доступ до публічної інформації".

12.13. Інформація про Страховика внесена до Державного реєстру фінансових установ та реєстру осіб, які не є фінансовими установами, але мають право надавати окремі фінансові послуги 21.08.2004 року.

12.14. Договір укладено за участю **страхового посередника** (при наявності):

Назва/ПІБ				
Місцезнаходження/місце проживання/місце перебування				
ЄДРПОУ/РНОКПП (за відсутності серія та номер паспорту)		e-mail		тел.
на підставі Договору-доручення №			від	. .20 р
номер запису в Реєстрі для посередників			від	. .20 р
номер запису в ЄДР			від	. .20 р

13.ПІДПИСИ СТОРІН

СТРАХУВАЛЬНИК (*The Insured*)
Підпис за допомогою одноразового ідентифікатору

СТРАХОВИК (*The Insurer*)
довіреність № від . .20 р.

КЕП (УЕП на період воєнного часу) із кваліфікованою електронною позначкою на час укладення Договору:

Підписант:

Сертифікат:

Дійсний до:

Дата та час підписання Договору:

*Примітки: перевірку кваліфікованого електронного підпису слід здійснювати перейшовши на офіційний веб-сайт Центрального засвідчувального органу Міністерства цифрової трансформації України за посиланням <https://czo.gov.ua/verify>, після чого необхідно завантажити файли з розширенням *.pdf та *.p7s у вікно для перевірки КЕП. У разі, якщо документи налічують два файли з розширенням *.p7s, то до сторінки необхідно додавати по чергово лише один з цих файлів разом з документом у форматі *.pdf*

Взіреться

РЕЄСТР ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ

за Договором комплексного страхування подорожуючих за межі України від __.__.20__ р. № -37

№ з/п	прізвище, ім'я, по батькові	дата народж.	паспорт	адреса	код мети	страховий платіж, UAH			
			РНОКПП			МВ	ІВ	НВ	Всього
1.		. .							
2.		. .							
3.		. .							
4.		. .							
5.		. .							
6.		. .							
7.		. .							
8.		. .							
9.		. .							
10.		. .							
Загальний страховий платіж									UAH

СТРАХУВАЛЬНИК

Підпис за допомогою одноразового ідентифікатору

П.І.Б.

СТРАХОВИК

довіреність №

від . .20 р.

П.І.Б.

М.П.

підпис

КЕП (УЕП на період воєнного часу) із кваліфікованою електронною позначкою на час укладення Договору:

Підписант:

Сертифікат:

Дійсний до:

Дата та час підписання Договору: