



УМОВИ КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ УКРАЇНОЮ

Ці Умови комплексного страхування подорожуючих Україною (далі – **Умови**) є пропозицією – офертою (далі – **Оферта**), яка адресована невизначеному колу осіб та 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. Якщо Ви згодні з нижчевикладеними умовами, Вам необхідно лише здійснити оплату послуг шляхом, що вказано нижче. У цьому випадку договір буде вважатися укладеним на зазначених умовах.

Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Еталон" (код ЄДРПОУ – 20080515, надалі – **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, на підставі ліцензії Держфінпослуг України серії АВ №№ 469868, 469864 від 28.07.09 та Правил добровільного страхування медичних витрат № 21 від 18.03.20, Правил добровільного страхування від нещасних випадків № 02 від 24.11.09 (надалі разом – **Правила**) пропонує будь-якій фізичній особі з повною цивільною правосдатністю та дієздатністю чи юридичній особі (надалі – **Клієнт**) укласти **Договір комплексного страхування подорожуючих Україною** (надалі – **Договір**) шляхом попередньої оплати страхового платежу на нижчевикладених умовах:

1. ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ ОФЕРТИ

- 1.1. Сторонами цих Умов є Страховик та Страхувальник (Клієнт).
- 1.2. Ці Умови мають характер публічної оферти, що є пропозицією укласти Договір та відповідно до чинного законодавства України мають належну юридичну силу і містять всі істотні умови договору страхування, передбачені законодавством України. Ці Умови розміщуються Страховиком на веб-сайті www.etalon.ua.
- 1.3. У відповідності до статей 638, 642 Цивільного кодексу України, повним та безумовним, беззастережним прийняттям (**акцептом**) умов цієї Оферти Клієнтом вважається сплата страхового платежу в повному обсязі в касу чи на поточний рахунок Страховика. Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили Клієнт набуває статусу **Страхувальника**.
- 1.4. Повноцінний договір страхування складається з двох складових частин:
 - 1.4.1. **першою складовою частиною** є бланк **Договору** (далі – **Договір**, **Бланк Договору**), що укладається в письмовому вигляді у трьох примірниках українською мовою, що мають однакову юридичну силу – два для Страхувальника та один для Страховика, після отримання страхового платежу;
 - 1.4.2. **другою складовою частиною** є ці Умови.
- 1.5. Сторони дійшли згоди щодо можливості використання Страховиком факсимільного відтворення підпису та печатки Страховика за допомогою засобів механічного чи іншого копіювання, електронного цифрового підпису чи іншого аналогу власноручного підпису.

- 1.5.1. У такому випадку Страхувальник підтверджує, що до моменту укладення Договору, він ознайомлений зі зразками підписів уповноважених осіб і печатки Страховика.
- 1.6. Умови цієї Оферти поширюються на Договори, укладені з **01.05.2021 р.** по дату, яку зазначає Страховик в назві гіперпосилання на 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.
- 1.7. Прийняттям Оферти Клієнт (Страхувальник):
 - 1.7.1. підтверджує, що вся інформація, надана йому під час укладення Договору є повною і достовірною;
 - 1.7.2. підтверджує, що з Правилами та Договором він ознайомлений і згоден;
 - 1.7.3. підтверджує, що вся інформація, надана йому під час укладення Договору, є повною і достовірною;
 - 1.7.4. приєднується до "Публічної пропозиції Приватного акціонерного товариства "Страхова компанія "Еталон" щодо порядку укладення договорів страхування", що є невід'ємною частиною Договору, яка розміщена на веб-сайті Страховика www.etalon.ua, та погоджується дотримуватися умов, викладених в ній. Зокрема, але не обмежуючись, Страхувальник надає згоду на обробку Страховиком його персональних даних, погоджується та підтверджує, що до укладення Договору йому надана вся інформація, визначена в ч.2 ст.12 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг".

2. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ

- 2.1. **Терміни та визначення.**
 - 2.1.1. **Вигодонабувач Застрахованої особи** – у разі її смерті – 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).
 - 2.1.2. **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.
 - 2.1.3. **Гострий біль** – реакція нервової системи людського організму на зовнішній чи внутрішній подразник, що у випадку не надання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю особи.
 - 2.1.4. **Екстрена медична допомога** – комплекс медичних заходів, що направлений на усунення всіх гострих патологічних станів, що призводять до різкого погіршення здоров'я та становлять загрозу життю особи. Допомога вважається наданою, якщо загроза життю або здоров'ю особи усунена, і вона може бути виписана з лікувального закладу, або можлива її медична евакуація для подальшого лікування за місцем проживання. За надану в подальшому медичну допомогу (що розцінюється як планова), Страховик відповідальності не несе, і витрати, понесені особою, на медичні та медико-транспортні послуги не відшкодовує.
 - 2.1.5. **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.
- 2.1.6. **Застраховані особи** – особи, зазначені у відповідному пункті Бланку Договору, а також Страхувальник, якщо кількість зазначених застрахованих осіб на одиницю менша числа осіб у відповідному пункті Бланку Договору.
- 2.1.7. **Загострення хронічного захворювання** – стадія перебігу хронічної хвороби, що характеризується посиленням наявних симптомів або появою нових.
- 2.1.8. **Місце постійного проживання** – населений пункт, в якому особа проживає не менше 183 днів протягом календарного року.
- 2.1.9. **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).
- 2.1.10. **Нещасний випадок** – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі особи подія, що сталася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до розладу здоров'я особи (втрати працездатності) та/або її загибелі (смерті).
- 2.1.11. **Розлад здоров'я** внаслідок нещасного випадку – травматичне ушкодження здоров'я (травма, забій, рана, перелом, черепно-мозкова

травма, 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 особи через поранення в результаті нещасного випадку, захворювання кліщовим енцефалітом або поліомелітом, вивихи, розтягнення, розриви органів, у т.ч. розрив хребетного стовпа тощо.

2.1.12. Спеціалізована служба Страховика (Асистанс) – юридична або фізична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи та осіб, що надають послуги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика.

2.1.13. Хронічне захворювання – захворювання особи, що виникло поступово і самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання, та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто з безсимптомністю та повільним перебігом, з періодами загострення та ремісії.

2.1.14. Медична допомога здійснюється на базі лікувальних закладів України із муніципальною (комунальною), державною та відомчою формами підпорядкування.

2.1.15. Позначення кодів мети подорожі:

П – фізична праця за наймом. Страховий захист надається в т.ч. під час виконання виробничих та професійних обов'язків з застосуванням фізичних навантажень.

АС – активний відпочинок, аматорський спорт. Страховий захист надається в т.ч. під час: – заняття активними водними видами відпочинку (скутер, банан тощо); – перебування на додаткових екскурсіях з активним відпочинком та підвищеним ризиком травматизму, управління велосипедним транспортом тощо; – участі у спортивних змаганнях та тренуваннях аматорського типу.

ПС – професійний, екстремальний спорт. Страховий захист надається в т.ч. під час: – заняття будь-якими видами польотів в якості пілота чи пасажера, використовуючи дельтаплан, парашут, планер, парашут тощо, включаючи авіаспорт (за винятком здійснення Застрахованою особою рейсового польоту за вказаним маршрутом та за умови оплати вартості проїзду, а також за винятком здійснення Застрахованою особою на території країни тимчасового перебування роботи за наймом в якості пілота чи члена екіпажу повітряного транспорту); – заняття дайвінгом, альпінізмом та скелелазінням, гірським велосипедним спортом, воднолижним спортом, водним туризмом, кінним туризмом, джампінгом, стрибками з висоти тощо; – участі в автомобільних та мотоспортивних заходах (включаючи випробувальні пробіги та раллі); – участі у спортивних змаганнях та тренуваннях на професійному рівні.

ЗС – зимові види спорту. Страховий захист надається в т.ч. під час заняття гірськолижним спортом, сноубордом, могулом, фрістайлом, катання на санах, ковзанах тощо.

"---" – інша мета подорожі, не зазначена вище (звичайний туризм, діловий туризм, не пов'язаний з фізичною працею тощо).

2.2. Загальні положення.

2.2.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з:

2.2.1.1. життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, а саме з непередбаченими витратами, що виникають у зв'язку з необхідністю надання медичної та медико-транспортної допомоги (страхування медичних витрат);

2.2.1.2. життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи (страхування від нещасних випадків).

2.2.2. Страховим випадком за Договором є:

2.2.2.1. при «страхуванні медичних витрат» – здійснення Застрахованою особою, Асистансом або третьою особою непередбачених витрат, пов'язаних з наданням медичних та медико-транспортних послуг Застрахованій особі у межах та в обсязі послуг та страхових сум, передбачених цими Умовами та обраною Програмою страхування, у зв'язку зі зверненням під час дії Договору до Асистансу або медичного закладу з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я внаслідок настання нещасного випадку чи смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання або нещасного випадку під час подорожі територією України.

2.2.2.2. при страхуванні від нещасних випадків – тимчасова втрата працездатності (травматичне ушкодження чи інший розлад здоров'я) Застрахованої особи та/або смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку під час подорожі територією України.

2.2.3. Страхова сума на медичні та медико-транспортні послуги є єдиною на всі послуги, якщо Програмою страхування не передбачені окремі ліміти відповідальності за окремими послугами відповідно до п.2.2.4 цих Умов.

2.2.4. Страховик відшкодовує такі витрати на медичні та медико-транспортні послуги, передбачені обраною Програмою страхування,

що включає:

Медичні та медико-транспортні послуги	програми страхування			
	A	B	C	D
НЕВІДКЛАДНА (швидка) допомога	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Екстрене СТАЦІОНАРНЕ лікування	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Екстрене АМБУЛАТОРНЕ лікування	ТАК	ТАК	ТАК	ні
Екстрена СТОМАТОЛОГІЧНА допомога	ТАК	ТАК	ні	ні
Медичне ТРАНСПОРТУВАННЯ	ТАК	ТАК	ні	ні
РЕПАТРІАЦІЯ останків	ТАК	ні	ні	ні

2.2.4.1. Невідкладна (швидка) допомога, що передбачає:

– виїзд бригади швидкої медичної допомоги державного (комунального) або відомчого медичного закладу;

– експрес діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;

– забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;

– доставку каретою швидкої медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

Можливе надання невідкладної допомоги на базі комерційних медичних закладів у випадках, коли відсутня можливість організації допомоги в державних (комунальних) або відомчих медичних закладах, виключно за рішенням Страховика та/або Асистансу. При цьому застосовується франшиза 30% вартості отриманих послуг на кожний страховий випадок.

2.2.4.2. Екстрене стаціонарне лікування Застрахованої особи в державному (комунальному) або відомчому медичному закладі до поки стан її здоров'я за рішенням лікаря не дозволить евакуювати її до місця постійного проживання. Екстрене стаціонарне лікування передбачає лікування (в т.ч. перебування та харчування) в умовах стаціонару 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 (оперативне лікування, що проводиться негайно або в найближчі години з моменту надходження у стаціонар);

– забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

Страховик оплачує медичні витрати в зв'язку з екстреною госпіталізацією на термін, що не перевищує 14 (чотирнадцять) календарних днів.

2.2.4.3. Екстрене амбулаторне лікування Застрахованої особи в державному (комунальному) або відомчому медичному закладі, що передбачає термінове консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторії, поліклінік, а саме:

– консультації спеціалістів, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації;

– проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;

– проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;

– забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

Можливе надання екстреної амбулаторної допомоги на базі комерційних медичних закладів середнього рівня (за виключенням закладів високого цінового рівня та брендівих клінік, таких як: МЦ "Борис", клініка "Медіком", МЦ "Добробут", МЦ Святої Параскеви, Універсальна клініка "Обері", ТОВ "Свята Катерина – Одеса") у випадках, коли відсутня можливість організації допомоги в державних (комунальних) або відомчих медичних закладах, виключно за рішенням Страховика та/або Асистансу. При цьому застосовується франшиза 30% вартості отриманих послуг на кожний страховий випадок.

2.2.4.4. Екстрена стоматологічна допомога, що передбачає термінове терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини (за виключенням проведення косметичних процедур, протезування, ортодонтичних операцій), пов'язані з:

– гострим зубним болем;

– травмами внаслідок нещасного випадку;

– ремонтом зубних протезів, пов'язаним з усуненням ускладнень, що виникають при прийнятті їжі.

Ліміт відповідальності Страховика на екстрену стоматологічну допомогу за Програмою А та Програмою В становить 500 грн.

2.2.4.5. Медичне транспортування Застрахованої особи, що передбачає перевезення до медичного закладу відповідно до рішення лікуючого лікаря, а саме:

– перевезення Застрахованої особи з одного до іншого спеціалізованого медичного закладу на території України, якщо цього вимагає стан її здоров'я;

– медичну евакуацію Застрахованої особи до медичного закладу за місцем її постійного проживання (для громадян України) або до державного митного кордону України (для іноземців) у разі необхідності проведення подальшого стаціонарного лікування, якщо стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє її транспортування.

Залежно від стану здоров'я Застрахованої особи її можуть транспортувати: каретою "швидкої допомоги", таксі, поїздом, рейсовим літаком (в т.ч. на спеціально обладнаному місці). Рішення щодо транспортування та засобів транспортування Застрахованої особи мають право прийняти тільки лікарі, які уповноважені Асистансом, після консультації з лікуючими лікарями.

2.2.4.6. Репатріація останків Застрахованої особи, що передбачає: – транспортування останків Застрахованої особи до місця її постійного проживання (для громадян України) або до державного митного кордону України для передачі родичам (для іноземців) у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок непередбаченого гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку. Страховик не оплачує витрати на похорон і заупокійну службу; **або**

оплату Страховиком витрат на поховання Застрахованої особи на території місця тимчасового перебування. При цьому, такі витрати на поховання не повинні перевищувати вартості перевезення останків. Страховик не визнає подію страховою та не відшкодовує жодних витрат, якщо мета подорожі, зазначена в Бланку Договору (код мети подорожі), не відповідає фактичній меті подорожі станом на дату настання події.

2.2.5. При страхуванні від нещасних випадків (програма НВ) розмір страхової виплати визначається таким чином:

2.2.5.1. у випадку смерті – 100% відповідної страхової суми;

2.2.5.2. у випадку тимчасової втрати працездатності (травматичне ушкодження чи інший розлад здоров'я) – у розмірах, визначених у Таблиці 1 страхових виплат (п.22.1 Правил №02) відповідної страхової суми.

2.2.6. Якщо, при страхуванні від нещасних випадків, стався розлад здоров'я і була здійснена страхова виплата, а надалі за наслідками цього ж нещасного випадку настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата здійснюється в розмірі, передбаченому п.2.2.5.1 цих Умов за вирахуванням раніше проведеної страхової виплати.

2.2.6.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що мав місце в період дії Договору, визнається страховим випадком протягом 6 (шести) місяців з дня настання такого нещасного випадку незалежно від дати закінчення строку дії Договору.

2.2.7. Місцем дії Договору є територія України, крім території зон військових дій та конфліктів, території проведення антитерористичних операцій, тимчасово окупованих територій. Страховик може надавати страховий захист на тимчасово окупованих територіях, якщо це окремо передбачено додатковим договором/угодою до Договору.

2.3. Виключення зі страхових випадків та обмеження страхування. Підстави для відмови у страховій виплаті.

2.3.1. Страховик не здійснює страхову виплату особам, які на момент укладення Договору: були визнані у встановленому порядку недієздатними; являлися інвалідами I групи; страждали на тяжкі нервові захворювання (в т.ч. пухлини головного чи спинного мозку, ураження нервової системи, гострий енцефаліт), знаходилися на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись при страхуванні медичних витрат: онкологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному, наркологічному, психоневрологічному; при страхуванні від нещасних випадків: наркологічному, психоневрологічному), центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом) та свідомо повністю чи частково приховали це від Страховика та/або надали йому недостовірні відомості, що мали суттєве значення при укладенні Договору.

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

2.3.2.1 вчиненням Застрахованою особою дій, в яких слідчими органами або судом встановлені ознаки умисного злочину;

2.3.2.2 будь-якими діями Застрахованої особи, здійсненими нею у стані алкогольного сп'яніння (в т.ч. за умови вживання будь-яких речовин з метою сп'яніння) або під впливом наркотичних чи токсичних речовин, в т.ч. управління транспортним засобом, а також внаслідок передачі управління транспортним засобом особі, яка перебуває у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

2.3.2.3 отруєнням Застрахованої особи алкоголем або іншими психоактивними речовинами;

2.3.2.4 самогубством Застрахованої особи, замахом на самогубство або навмисним заподіянням собі тілесних пошкоджень, за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб. При цьому вказані дії Застрахованої особи визнаються такими тільки на підставі рішення компетентних органів, що доводять вчинення;

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

2.3.2.6 ядерним інцидентом, дією іонізуючого випромінювання;

2.3.2.7 скоєнням Застрахованою особою незаконного заволодіння та використання транспортних засобів або знарядь праці, що належать підприємству (організації) або будь-якій особі з будь-якою власною корисною метою та/або без дозволу адміністрації, будь-яким способом та всупереч їх волі;

2.3.2.8 подіями, що сталися під час затримання правоохоронними органами або ув'язнення;

2.3.2.9 подіями, що сталися за межами території дії Договору;

2.3.2.10 випадками звичайної життєдіяльності особи за місцем постійного проживання;

2.3.2.11 з подією, що не обумовлена як страховий ризик (випадок) в Договорі, та/або мала місце не під час його дії;

2.3.2.12 обставинами, про які Страховальник (Застрахована особа) знав або повинен був знати, але не вжив усіх від нього залежних заходів для запобігання страхового випадку;

2.3.2.13 свідомим знаходженням в місцях, заздалегідь відомими як такі, що небезпечні для життя (місця проведення вибухових робіт, військові полігони, стрільбища тощо), якщо це не пов'язане з виробничою необхідністю або спробою врятування людського життя;

2.3.2.14 самолікуванням або іншим медичним втручанням, що здійснюється самою Застрахованою особою або іншими особами, які не мають медичної освіти та/або ліцензії (без медичного призначення лікаря);

2.3.2.15 лікуванням травми, одержаної в результаті керування Застрахованою особою транспортним засобом, якщо вона не мала права керувати ним;

2.3.2.16 лікуванням хвороб, що передаються переважно статевим шляхом;

2.3.2.17 лікуванням будь-якої хвороби чи смертю, що спричинена СНІДом;

2.3.2.18 доброякісними та злроякісними онкологічними захворюваннями, в т.ч. онкогематологічної природи, захворюваннями крові, туберкульозом;

2.3.2.19 лікуванням захворювання чи травм, викликаних форс-мажорними обставинами: включаючи, але не обмежуючись війною, вторгненням, терористичними актами, громадянською війною, повстанням, революцією, діями військової влади чи узурпаторських режимів або активною участю Застрахованої особи у воєнних, насильницьких діях чи будь-яких громадських заворушеннях;

2.3.2.20 захворюваннями, пов'язаними з особливо небезпечними інфекціями та епідеміями (згідно з Наказом МОЗ України), незалежно від проведення внаслідок комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;

2.3.2.21 лікуванням розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або поладання води);

2.3.2.22 лікуванням хвороб шкіри та підшкірної клітковини, пов'язаних з дією сонячного випромінювання;

2.3.2.23 лікуванням дерматитів (контактних, алергічних тощо), кропивниці та еритем, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

2.3.2.24 лікуванням захворювання чи травм, що виникли внаслідок грубого порушення загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками Страховальника, туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів тощо);

2.3.2.25 подією, що сталася під час здійснення діяльності, яка не підпадає під мету подорожі, передбачену в Бланку Договору;

2.3.2.26 відшкодуванням будь-якої моральної шкоди, пов'язаної з дією Договору.

2.3.3. Додатково при страхуванні від нещасних випадків не є страховим випадком:

2.3.3.1. смерть Застрахованої особи від захворювань, що не були наслідком нещасного випадку;

2.3.3.2. розлади, стани, загострення хронічного захворювання, раптове захворювання, інфекційні захворювання, харчова токсикоінфекція (за винятком правцю, сказу, кліщового енцефаліту та інших хвороб, що передаються через укуси тварин та комах).

2.3.4. Страховик не відшкодовує понесені витрати:

2.3.4.1. після того, як стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама чи у супроводі іншої особи може повернутися до місця постійного проживання;

2.3.4.2. на отримання медичних та медико-транспортних послуг у випадках, що сталися під час поїздки (подорожі), яку було здійснено всупереч порадам лікуючого лікаря, або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування;

2.3.4.3. на усунення косметичних дефектів, реконструктивні та пластичні операції, за умови відсутності загрози для життя Застрахованої особи;

2.3.4.4. високотехнологічні операції та маніпуляції на серці та судинах, в т.ч. стентування, шунтування, ангіографію, ангіопластику, лікування ускладнень після таких операцій;

2.3.4.5. на проведення планового оперативного лікування (не термінові, відкладені операції) та консервативного лікування (повторні консультації, комплексну діагностику, перев'язки (окрім перших двох), маніпуляції в плановому порядку);

2.3.4.6. на коригуюче або реабілітаційне лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших закладах;

2.3.4.7. на будь-яке протезування, в т.ч. забезпечення зубними протезами або штучними зубами (крім екстреної допомоги з метою запобігання ускладнень при прийнятті їжі);

2.3.4.8. на стоматологічні послуги, крім екстреної допомоги у випадку гострого зубного болю або допомоги, необхідної для лікування наслідків страхового випадку;

2.3.4.9. якщо вони пов'язані з діагностикою вагітності, лікуванням

ускладнені вагітності, за умови відсутності загрози для життя Застрахованої особи;

2.3.4.10. на обстеження і лікування, пов'язані з абортами або пологами та їх наслідками, за умови відсутності загрози для життя Застрахованої особи;

2.3.4.11. на лікування в місці постійного проживання Застрахованої особи;

2.3.4.12. на лікування на території тимчасового перебування після дати, коли після висновку лікаря, призначеного Асистансом, медичне транспортування є можливим за медичними показаннями, крім тих витрат, що були понесені з метою здійснення медичного транспортування Застрахованої особи;

2.3.4.13. на лікування Застрахованої особи, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання;

2.3.4.14. на лікування психічних розладів, станів та захворювань, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

2.3.4.15. на діагностику та лікування вроджених, хронічних розладів, станів, захворювань та хвороб, що почалися ще під час перебування в місці постійного проживання Застрахованої особи, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

2.3.4.16. на вакцинації, медичні довідки і свідчення, допоміжні медичні засоби (окуляри, лінзи, слухові апарати, медичні термометри, милиці, інвалідні коляски тощо);

2.3.4.17. на обстеження і лікування за допомогою методів недоказової медицини, а також медичні маніпуляції, що не відповідають затвердженям на Україні медичним стандартам;

2.3.4.18. на послуги, що перевищують помірні чи обґрунтовані розміри їх оплати в певному регіоні (визначається Асистансом) чи перевищують необхідні;

2.3.4.19. на репатріацію або лікуванням травм, станів та захворювань, які Застрахована особа отримала внаслідок вживання алкоголю (в т.ч. з метою сп'яніння), наркотичних чи токсичних речовин або будь-яких дій, здійснених нею у стані алкогольного сп'яніння (в т.ч. за умови вживання будь-яких речовин з метою сп'яніння) або під впливом наркотичних чи токсичних речовин;

2.3.4.20. якщо медичне транспортування Застрахованої особи здійснювалося з одного медичного закладу в інший без участі Асистансу або без попереднього погодження з ним чи зі Страховиком;

2.3.4.21. якщо Застрахована особа або особа, яка представляє її інтереси, без поважних на те причин не узгодила оплату медичних та медико-транспортних послуг та/або протягом 24 годин після звернення за медичною допомогою не повістила Асистанс чи Страховика про таке звернення;

2.3.4.22. пов'язані з лікарською помилкою, неправильними або недостатніми медичними маніпуляціями;

2.3.4.23. на медичне транспортування або репатріацію останків, якщо вони організовані без узгодження з Асистансом;

2.3.4.24. на медичне транспортування, якщо хвороба або тілесне ушкодження не є серйозними за медичними показаннями і лікування може бути здійснене за місцезнаходженням Застрахованої особи, та/або якщо захворювання не перешкоджає продовженню поїздки (подорожі).

2.3.5. Підставами для відмови у страховій виплаті є:

2.3.5.1. навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням такою особою громадянського чи службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій такої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

2.3.5.2. вчинення Страхувальником, Застрахованою особою чи її Вигодонабувачем умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

2.3.5.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору, ступінь страхового ризику або факт настання страхового випадку;

2.3.5.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем про настання події, що має ознаки страхового випадку, без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин настання страхового випадку та розміру збитку;

2.3.5.5. несвоєчасна сплата або несплата страхового платежу в розмірі, зазначеному в Бланку Договору;

2.3.5.6. невиконання Страхувальником, Застрахованою особою своїх обов'язків, передбачених цими Умовами;

2.3.5.7. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я;

2.3.5.8. настання обставин, передбачених п.п.2.3.1-2.3.4 цих Умов;

2.3.5.9. інші випадки, передбачені законом.

2.4. Права та обов'язки Сторін та Застрахованої особи.

2.4.1. Страхувальник має право:

2.4.1.1. отримати страхову виплату при настанні страхового випадку в рамках обраної Програми страхування та згідно цих Умов;

2.4.1.2. на зміну умов Договору та на дострокове припинення його дії

згідно з його умовами. Заміна Застрахованої особи можлива лише до настання страхового випадку з такою Застрахованою особою;

2.4.1.3. оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому законодавством України;

2.4.1.4. у випадку втрати оригіналу Бланку Договору у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката. Після видачі дублікату втрачений Бланк Договору вважається недейсним і страхові виплати за ним не здійснюються;

2.4.1.5. одержати будь-які роз'яснення за Договором;

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

2.4.2. Страхувальник зобов'язаний:

2.4.2.1. при укладенні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

2.4.2.2. проінформувати Застраховану особу про умови Договору, а також про її дії при настанні події, що має ознаки страхового випадку;

2.4.2.3. надати Застрахованим особам копію Бланку Договору для отримання ними медичної допомоги;

2.4.2.4. при укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування, щодо предмета Договору;

2.4.2.5. внести страховий платіж в повному розмірі до початку строку дії Договору;

2.4.2.6. якнайшвидше, але не пізніше 48 годин, як тільки йому стане відомо, письмово повідомити Страховика про збільшення ступеня ризику;

2.4.2.7. повідомити Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, та подати всі необхідні документи в строки, передбачені цими Умовами;

2.4.2.8. при настанні страхового випадку діяти відповідно до п.2.5 цих Умов;

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

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

2.4.2.11. у разі дострокового припинення дії Договору у будь-якому випадку повернути Страховику власний його примірник.

2.4.3. Застрахована особа має право:

2.4.3.1. у разі настання страхового випадку отримувати медичні та медико-транспортні послуги належної якості у межах та в обсягах послуг та страхових сум (лімітів відповідальності), що передбачені цими Умовами;

2.4.3.2. повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі;

2.4.3.3. отримати страхову виплату при настанні страхового випадку в рамках обраної Програми страхування та за цими Умовами.

2.4.4. Застрахована особа зобов'язана:

2.4.4.1. при настанні події, що має ознаки страхового випадку, якнайшвидше, але не пізніше 24 годин з моменту настання події, звернутися до Асистансу та діяти відповідно до п.2.5 цих Умов;

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

2.4.4.3. у разі втрати Бланку Договору негайно сповістити про це Страховика;

2.4.4.4. достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я й існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику;

2.4.4.5. при наявності складного хронічного захворювання мати при собі та у разі необхідності пред'являти представнику Асистансу або Страховика медичний висновок лікаря про наявність такого захворювання та відсутність протипоказань для здійснення даної подорожі;

2.4.4.6. дотримуватися загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів тощо).

2.4.5. Страховик має право:

2.4.5.1. перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеня ризику, а також перевіряти документацію Страхувальника в частині, що стосується Договору протягом строку його дії;

2.4.5.2. достроково припинити дію Договору або ініціювати внесення змін в порядок та згідно з його умовами;

2.4.5.3. самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, а в разі необхідності надсилати запити до правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку. Укладення Договору збільняє працівників медичних закладів від дотримання таємниці щодо хвороби Застрахованої особи та обставин її виникнення та лікування, якщо таке лікування розпочалося під час дії Договору;

2.4.5.4. звертатися до Застрахованої особи з запитом щодо інформації та документів, які мають суттєве значення для вирішення питання про страхову виплату, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею;

2.4.5.5. приймати участь в роботі відповідної компетентної комісії з розслідування страхового випадку;

2.4.5.6. на проведення незалежної експертизи (розслідування) за власний рахунок у разі незгоди з висновком експертизи, комісії з розслідування причин, обставин та наслідків страхового випадку, та якщо страховий випадок мав місце за обставин, з'ясувати які за наданими документами неможливо;

2.4.5.7. відстрочити страхову виплату на строк до 90 (дев'яносто) днів у випадку виникнення сумнівів щодо факту та обставин настання страхового випадку з обов'язковим повідомленням про це Страхувальника, Застраховану особу або Вигодонабувача;

2.4.5.8. відстрочити страхову виплату до вступу в силу закону суду у разі, якщо розпочато досудове розслідування щодо Страхувальника, Застрахованої особи чи Вигодонабувача;

2.4.5.9. повністю або частково відмовити у страховій виплаті у випадках, зазначених в цих Умовах та Правилах;

2.4.5.10. у випадку підвищення ступеня ризику вимагати від Страхувальника внести зміни в Договір, включаючи сплату додаткового страхового платежу або припинити його дію після відмови Страхувальника відповідно до Договору;

2.4.5.11. вимагати від Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача повернення страхової виплати, якщо на те виникнуть підстави, передбачені законодавством України або цими Умовами.

2.4.6. Страховик зобов'язаний:

2.4.6.1. ознайомити Страхувальника з цими Умовами та Правилами;

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

2.4.6.3. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, передбачений цими Умовами. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Вигодонабувачу пені у розмірі 0,01% простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше, ніж подвійна облікова ставка Національного банку України, яка діяла в період прострочення платежу;

2.4.6.4. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, внести відповіді зміни до Договору;

2.4.6.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

2.5. Дії Застрахованої особи при настанні події, що має ознаки страхового випадку.

2.5.1. 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 перешкождали об'єктивні причини:

2.5.1.1. звернутися до Асистансу та отримати інформацію щодо подальших дій за телефоном, зазначеним на Бланку Договору.

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 цих Умов, що має відповідний дозвіл на здійснення медичної діяльності в Україні та пред'явити цей Договір. В цьому разі таке повідомлення передається Асистансу 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;

2.5.1.2. повідомити Асистансу:

– назву Страховика, номер Договору та строк його дії;

– точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон;

– прізвище та ім'я Застрахованої особи;

– опис того, що трапилося, та характер необхідної допомоги;

– розмір страхової суми та обрану Програму страхування за цими Умовами.

2.5.1.3. після звернення до Асистансу виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій. За вимогою представника Асистансу Застрахована особа повинна надати документи, що підтверджують її особу;

2.5.1.4. сприяти життю Страховиком або Асистансом необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат;

2.5.1.5. вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

2.5.2. 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 Асистансом для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна самостійно оплатити вартість наданих їй медичних та медико-транспортних послуг, вона зобов'язана узгодити надані їй послуги та виставлений медичним закладом рахунок до моменту його оплати з Асистансом чи Страховиком протягом 24 годин після надання такої допомоги

(послуг). В цьому випадку вступають в дію умови п.2.7.2 цих Умов. Якщо Застрахована особа протягом 24 годин не узгодила з Асистансом чи Страховиком надання таких медичних та медико-транспортних послуг, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати за цим випадком.

2.6. Документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат.

2.6.1. Страховик сплачує (в межах страхових сум (лімітів відповідальності) вартість наданих послуг на підставі рахунків медичних або інших закладів, наданих Страховику через Асистанс або безпосередньо медичним або іншим закладам за вирахуванням франшизи у випадках, передбачених п.2.2.4 цих Умов.

2.6.2. Документами, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат є:

2.6.2.1. заява про страхову виплату за формою Страховика;

2.6.2.2. копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру та паспорт або документ, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою;

2.6.2.3. копія Бланку Договору, що належить Застрахованому;

2.6.2.4. копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру та паспорт або документ Застрахованої особи, свідоцтво про народження (для Застрахованої особи – дитини);

2.6.2.5. висновок про наявність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Застрахованої особи в момент страхового випадку (якщо Застраховану особу було направлено на такий огляд працівниками відповідного органу МВС або іншого компетентного державного органу) (оригінал);

2.6.2.6. у випадку надання медичних та медико-транспортних послуг Застрахованій особі додатково надаються:

– документи Асистансу щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком;

– довідка медичного закладу про амбулаторне чи стаціонарне лікування 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;

– оригінали детальованих рахунків щодо наданих медичних та медико-транспортних послуг;

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

– рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем;

– чеки/квитанції про оплату придбаних медикаментів;

– оригінали проїзних документів;

2.6.2.7. при страхуванні від нещасних випадків:

акт про нещасний випадок на виробництві (Н-1, НПВ) (на вимогу Страховика) або інший документ від компетентних органів, що підтверджує факт настання нещасного випадку (оригінал);

– у випадку тимчасової втрати працездатності: листок непрацездатності (або його копія, завірена підписом і печаткою), довідка медичного закладу або виписка з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу);

– у випадку смерті: нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи; для спадкоємців – копія свідоцтва про право на спадщину, засвідчена у встановленому законом порядку; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; довідка медичного закладу про причину смерті;

2.6.2.8. інші документи на об'єнтований письмовий запит Страховика (його представника) щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру зазначеного збитку, без отримання яких, встановлення вищезазначених фактів є унеможливленим/вкрай ускладненим.

2.6.3. Документи, що перераховані у п.2.6.2 цих Умов, повинні бути надані Страховику протягом 10 (десяти) календарних днів після сплати особисто Страхувальником (Застрахованою особою) вартості медичних та медико-транспортних послуг. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з об'єнтуванням причин затримки.

2.6.4. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про можливість ненадання Страхувальником окремих документів, визначених п.2.6.2 цих Умов.

2.6.5. Документи, що подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.

2.7. Порядок і умови здійснення страхової виплати.

2.7.1. Страхова виплата за цими Умовами здійснюється шляхом:

2.7.1.1. перерахування коштів на рахунок Асистансу, медичного або іншого закладу, який надав медичні, медико-транспортні послуги, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної або іншої допомоги;

2.7.1.2. відшкодування Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних та медико-транспортних послуг у разі самостійної їх оплати, за умови попереднього узгодження з Асистансом або Страховиком такої оплати;

2.7.1.3. сплати Вигодонабувачу Застрахованої особи розміру виплати за розлад здоров'я чи смерть внаслідок нещасного випадку.

2.7.2. У випадках, передбачених п.п.2.7.1.2, 2.7.1.3 цих Умов страхова виплата здійснюється таким чином:

2.7.2.1. Страхувальник (Застрахована особа, її Вигодонабувач) у письмовій формі подає заяву на отримання страхової виплати у встановленій Страховиком формі, та документи, передбачені п.2.6.2 цих Умов.

2.7.2.2. Протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у п.2.6.2 цих Умов, Страховик складає страховий акт та приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у здійсненні страхової виплати.

2.7.2.3. 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.

2.7.2.4. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих документів, термін прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, що володіють необхідною інформацією, але цей термін не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дати подання останнього документу, передбаченого п.2.6.2 цих Умов.

2.7.2.5. Страхова виплата здійснюється Вигодонабувачу Застрахованої особи протягом 7 (семи) робочих днів з дня підписання страхового акту.

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

2.8. Порядок припинення дії договору та внесення змін.

2.8.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

2.8.1.1. закінчення строку його дії;

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

2.8.1.3. несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені цими Умовами строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо страховий платіж не був сплачений до початку строку його дії;

2.8.1.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22-24 Закону України "Про страхування";

2.8.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

2.8.1.6. виїзду Застрахованої особи на постійне місце проживання за межі України;

2.8.1.7. визнання у судовому порядку Договору недійсним;

2.8.1.8. в інших випадках, передбачених законодавством України.

2.8.2. Дію Договору також може бути припинено за вимогою однієї зі Сторін. Порядок дострокового припинення дії Договору та розрахунків між Сторонами визначається згідно зі статтею 28 Закону України "Про страхування". Частина нормативу витрат на ведення справи за Договором становить 45%.

2.8.3. Зміни та доповнення до Договору в період його дії вносяться за згодою Сторін шляхом укладення додаткового договору до нього.

2.8.4. Зміною ступеня ризику вважається будь-яка зміна даних та/або обставин, що надані Страхувальником в Заяві на страхування, факти або події стосовно Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача та предмету Договору, що мають вплив на ступінь страхового ризику, факт настання страхового випадку.

2.8.5. Страхувальник зобов'язаний негайно, але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки йому стане відомо про всі істотні зміни в ступені ризику, звернутися до Страховика з письмовою заявою про зміни. У разі надходження такої заяви Страховик приймає рішення про внесення змін до Договору або про дострокове припинення його дії.

2.8.6. Якщо ступінь ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то при настанні страхового випадку Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати по цьому випадку.

2.9. Інші умови договору.

2.9.1. Всі повідомлення та документи, що направляються Сторонами одна одній у зв'язку з Договором, повинні бути здійснені в письмовій формі і будуть вважатися поданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, або подані особисто за вказаною адресою та врученні під розписку відповідальній особі, або надіслані телеграфом, по телетайпу, телефаксу, електронною поштою з одночасним повторним направленням повідомлення чи документів рекомендованим листом або з доставкою такого повторного повідомлення чи документів пошляним.

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

2.9.3. У разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору та положеннями Правил, пріоритет має Договір. Питання, не обумовлені Договором, регулюються Правилами та законодавством України.