

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДОГОВІР № УБ1798050
комплексного страхування подорожуючих за межі України
за страховим продуктом «Travel Insurance»
(код страхового продукту 732)

м. Київ

Частина 2

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ

1.1. У цьому Генеральному договорі комплексного страхування подорожуючих за межі України за страховим продуктом «Travel Insurance» код страхового продукту 732), далі – Договір або Договір страхування, терміни та визначення вживаються в таких значеннях:

1.1.1. **Асистуюча компанія (або Асистанс)** – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, визначеним Договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування;

1.1.2. **Асистуючі послуги** – допомога (послуги), які відповідно до умов Договору страхування можуть надаватися безпосередньо Страховиком, Асистуючою компанією або іншою особою на підставі відповідного договору про надання такої допомоги (таких послуг) та згідно з вимогами законодавства України і може (можуть) включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором страхування, та/або осіб, які надають допомогу/ послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль за наданням такої допомоги/ таких послуг, а також виконання Асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу/ такі послуги, інших дій, спрямованих на врегулювання події, що має ознаки страхового випадку, включаючи оплату Асистуючою компанією (іншою особою) вартості такої допомоги/ таких послуг, якщо це передбачено умовами відповідного договору із Страховиком;

1.1.3. **Багаж** – особисті речі Застрахованої особи, що перевозяться при здійсненні подорожі за межі країни постійного проживання, а саме: речі, що прийняті зареєстрованим у встановленому законодавством порядку перевізником під свою відповідальність на час подорожі та оформлені Застрахованою особою як багаж в транспортній організації, а також ручна поклажа;

1.1.4. **Валюта страхової суми** – валюта, у якій визначається страхова сума у Договорі страхування. Страхова сума визначається у Євро – для страхового покриття на території країн - членів Євросоюзу, які належать до Єврозони і їхнім офіційним засобом платежу є Євро; Страхова сума визначається у Доларах США – для страхового покриття, яке діє на території інших країн, крім Єврозони;

1.1.5. **Близькі родичі Застрахованої особи** – його (її) дружина (чоловік), діти (у тому числі – всиновлені), його (її) матір, батько, матір, батько його (її) дружини, чоловіка (у тому числі – усиновлювачі), рідна сестра чи брат;

1.1.6. **Загальні умови страхового продукту** – Загальні умови страхового продукту «TRAVEL INSURANCE» № 27.2.25 з комплексного страхування подорожуючих за межі України (код страхового продукту 732), відповідно до яких укладений Договір страхування;

1.1.7. **Застрахована особа** – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування, а також можливі збитки чи витрати якої є об'єктом страхування за Договором страхування;

1.1.8. **Загроза життю та здоров'ю** – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання, смерті Застрахованої особи;

Електронний підпис
БАТАН
КОСТЯНТИН
ЄВГЕНОВИЧ
ЄДРПОУ/ІПН
00034186
Підписано у Вчасно

Електронний підпис
СЄРОУХОВ
ДМИТРО
ГЕННАДІЙОВИЧ
ЄДРПОУ/ІПН
43051357
Підписано у Вчасно

Електронна печатка
ТОВАРИСТВО
З
ОБМЕЖЕНОЮ
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
"ДЖОІН-АП!"
ЄДРПОУ/ІПН
43051357
Підписано у Вчасно

1.1.9. Звичайний туризм – лікувально-оздоровчий, культурно-пізнавальний (екскурсійний), паломницький (релігійний), пішохідний, пляжний та інші подібні категорії туризму, що орієнтовані на спокійну і не напружену, в сенсі фізичних навантажень, програму туристичної подорожі а саме: бадмінтон, більярдний спорт, боулінг, бридж спортивний, городковий спорт, крокет, дартс, стрільба з лука, теніс настільний, шахи, шашки, катання на роликів ковзанах, керлінг, подорожі (піші походи) зі спокійним ландшафтом, їзда (катання) на велосипеді (окрім гірських) та гіробордах/гіроскутерах, риболовля;

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

1.1.11. Гострий біль – реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи;

1.1.12. Договір на туристичне обслуговування – письмова угода, за якою одна сторона (туроператор, турагент) за встановлену договором плату зобов'язується забезпечити надання за замовленням іншій стороні (Туристу) комплекс туристичних послуг;

1.1.13. Екстрена медична допомога - медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я;

1.1.14. Країна перебування – країна (місце, територія), назначена(-е) в Договорі страхування щодо конкретної Застрахованої особи, на території якої Застрахована особа тимчасово знаходиться під час подорожі та діє страховий захист за Договором страхування. Під час дії Договору страхування Застрахована особа може відвідувати кілька країн, при цьому Договір страхування буде діяти на території кожної з цих країн, якщо це передбачено умовами Договору страхування (зазначено у Бордеро Застрахованих осіб для конкретної Застрахованої особи у розділі «Територія дії (Країна)»);

1.1.15. Країна постійного проживання – за умовами Договору страхування до країн постійного місця проживання належить/прирівнюється:

- Україна;
- країна, громадянином якої є Застрахована особа;
- країна постійного місця проживання Застрахованої особи (в тому числі у разі отримання Застрахованою особою посвідки на проживання або аналогічного документу, що видається Застрахованій особі в країні перебування);

1.1.16. Ліміт відповідальності (або ліміт) – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який за згодою Страхувальника та Страховика встановлюється при укладанні Договору страхування щодо Застрахованої особи по окремому страховому ризику, на один страховий випадок та/або по окремих видах витрат (послуг), стосовно яких діє страхове покриття;

1.1.17. Медична евакуація (медична репатріація) – транспортування Застрахованої особи за допомогою комерційного перевізника в країну її постійного місця проживання під наглядом лікаря після стабілізації стану здоров'я Застрахованої особи в медичному закладі країни її перебування;

1.1.18. Медичний заклад — заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, з яким Страховиком або Асистиансом укладений договір про надання медичних послуг Застрахованим особам;

1.1.19. Невідкладна стаціонарна/ амбулаторно-поліклінічна допомога – медична допомога Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару/ в амбулаторно-поліклінічних умовах при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму (у тому числі стійкої дисфункції якого-небудь органу), або до виникнення загрози життю Застрахованої особи;

1.1.20. Невідкладна медична допомога – це вид медичної допомоги, яка необхідна при гострих станах, що загрожують життю людини, а також під час загострення хронічного захворювання та інших загрозливих станах, що становлять небезпеку життю та здоров'ю пацієнта. Вказана допомога потребує негайного надання та проводиться протягом терміну від кількох годин до однієї доби;

1.1.21. Невідкладні медичні послуги – невідкладні організаційні, діагностичні та лікувальні заходи, спрямовані на врятування і збереження життя людини, що надаються при раптових гострих захворюваннях, загостренні хронічних захворюваннях та інших загрозливих станах, що становлять небезпеку життю та здоров'ю пацієнта, з метою попередження або мінімізації шкідливих наслідків;

1.1.22. Невідкладне оперативне втручання – операції, які потребують негайного втручання та проводяться протягом терміну від кількох годин до однієї доби з моменту госпіталізації, і яке не можна замінити методами консервативного (медикаментозного, іммобілізуючого і т.п.) лікування;

1.1.23. Невідкладна стоматологічна допомога – необхідна для зняття гострого болю допомога, яка включає огляд стоматолога, анестезію, рентген (при наявності показань), видалення зуба, розкриття кореневих каналів (без лікування, пломбування тощо), постановку тимчасової та/або постійної пломби;

1.1.24. Нещасний випадок – раптова, випадкова, короточасна та непередбачена подія, що фактично відбулась та внаслідок якої настав розлад здоров'я Застрахованої особи або її смерть. До таких подій належать: опік; обмороження; втоплення; дія електричного струму; удар блискавки; сонячний удар; напад зловмисників або тварин; падіння якого-небудь предмету або самої Застрахованої особи; випадкове попадання в дихальні шляхи чужорідного тіла; травми, які отримані під час руху транспортних засобів (автомобіля, потягу, трамвая, і ін.) або під час катастрофи; травми, отримані при використанні машин, механізмів, зброї, і усякого роду інструментів, травматичне пошкодження; випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами, за винятком харчової токсикоінфекції (сальмонельозу, дизентерії), ліками; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом) або поліомієлітом; розриви (поранення) органів або їх вилучення внаслідок невірних медичних маніпуляцій та інший розлад здоров'я.

До травматичних пошкоджень відносяться – порушення цілісності тканин, кісток і органів внаслідок переломів, ударів, опіків, вивихів, розривів, поранення органів, електротравми, в результаті впливу механічної сили, хімічних речовин, високої або низької температури, електричної та іншої енергії. Вказаний перелік є вичерпним;

До іншого розладу здоров'я відноситься випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, недоброякісними продуктами, ліками, за виключенням кишкової інфекції (сальмонеллезу, дизентерії і т.п.); випадкове гостре отруєння промисловими хімічними речовинами в результаті виробничої аварії; захворювання: кліщовий енцефаліт, стовбняк, сказ. Вказаний перелік є вичерпним;

1.1.25. Первинна консультація та діагностика – надання консультації лікарем, проведення лабораторної та/або інструментальної діагностики, що необхідні для встановлення попереднього діагнозу Застрахованій особі.

1.1.26. Подорож - рух (поїздка) Туриста (Застрахованої особи) за маршрутом та у конкретні терміни, передбачені придбаним ним Туристичним продуктом;

1.1.27. Раптове захворювання – раптове погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, що становить загрозу для життя та здоров'я Застрахованої особи та вимагає надання медичної допомоги;

1.1.28. Сертифікат Застрахованої особи (або Сертифікат) – інформаційний документ, який складається за формою, визначеною у Додатку 4 до Договору, та надається Страхувальником Застрахованим особам, на користь яких укладений Договір. Сертифікат Застрахованої особи оформлюється та видається Страхувальником тільки після оформлення бронювання туристичної послуги та її оплати і обов'язково до початку подорожі. Якщо за одним туристичним договором подорож здійснюється декількома туристами (Застрахованими особами) Страхувальником видається один Сертифікат з зазначенням всіх Застрахованих осіб за відповідним договором на туристичне обслуговування. Сертифікат Застрахованої особи видається в паперовому вигляді або надсилається на електронну пошту безпосередньо Застрахованій особі, яка здійснювала бронювання туристичних послуг та укладала договір на туристичне обслуговування;

1.1.29. Сторони Договору страхування – Страховик та Страхувальник;

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

1.1.31. Страхова виплата (Страхові відшкодування) – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства;

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

1.1.33. Страхові покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування;

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

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

1.1.36. Страховий тариф – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття;

1.1.37. Страховик – ПУБЛІЧНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «НАЦІОНАЛЬНА АКЦІОНЕРНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ОРАНТА» (НАСК «ОРАНТА»);

1.1.38. Страхувальник – ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ДЖОІН-АП!»;

1.1.39. Строк страхового покриття – період, протягом якого діє страхові покриття та в разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування;

1.1.40. Турагент – суб'єкт туристичної діяльності, який здійснює посередницьку діяльність з реалізації Туристичного продукту Страхувальника;

1.1.41. **Туристичний продукт** – попередньо розроблений комплекс туристичних послуг, який поєднує не менше ніж дві такі послуги, що реалізується або пропонується для реалізації за визначеною ціною, до складу якого входять послуги перевезення, послуги розміщення та інші туристичні послуги не пов'язані з перевезенням і розміщенням (послуги з організації відвідувань об'єктів культури, відпочинку та розваг, реалізації сувенірної продукції тощо);

1.1.42. **Умова активний відпочинок/ Спорт** – умова страхового покриття, яка передбачає прийняття Страховиком на страхування:

- ризиків, пов'язані з істотними фізичними навантаженнями Застрахованої особи без участі в змаганнях на професійному рівні, які вимагають навичок та/або використання механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (тільки на любительському рівні, без участі в змаганнях) передбачає: зимові види спорту (гірські лижі та сноуборд на аматорському рівні на гірськолижних курортах під час відпочинку); дайвінг (глибина занурення до 18 метрів); плавання (в басейнах, річці, морі тощо), аквааеробіка; рафтинг (1-2 рівень складності); катання на конях, верблюдах, слонах; катання на квадроциклах та багі (в тому числі перебування Застрахованої особи в якості пасажера), каное; катання на велосипеді; парасейлінг; туристичні походи/трекінг (1-2 категорії складності). пляжний футбол, атлетика, віндсерфінг, воднолижний спорт, гирьовий спорт, лижне двоборство, плавання, пауерліфтинг, стрибки у воду, фігурне катання, армспорт, багатоборство (всі види), велоспорт (трек, шосе), водно-моторний спорт, гребля, спортивна гімнастика, картинг, кінний спорт, ковзанярський спорт, контактні види спорту (боротьба вільна, боротьба греко-римська, дзюдо, козацький двобій, рукопашний двобій, традиційне карате, кікбоксинг, бокс, дзюдо, боротьба, самбо, сумо), подорожі (піші походи) з гірським ландшафтом, поло, регбі, санний спорт, спідвей, шот-трек, футбол (всі види), хокей з шайбою, автмотоспорт, вертолітний спорт, гірський велосипед, гірськолижний спорт, дельтапланерний спорт, літаковий спорт, мотоциклетний спорт, парашутний спорт, планерний спорт, піші походи (по спеціальних маршрутах), ралі, слалом (всі види), скелелазіння, спелеологія, стрибки на лижах з трампліна, фрістайл-акробатика, стрибки на батуті, рибальський спорт, стендова та кульова стрільба, біатлон, бодібілдинг, художня гімнастика, ігрові види спорту (баскетбол, бейсбол, водне поло, волейбол, гандбол, пейнтбол, хокей на траві, футбол, хокей з шайбою, легка атлетика, рок-н-рол акробатичний, сквош, спортивні танці, великий теніс, стрибки на батуті, веслування;

- ризиків заняття Застрахованою особою екстремальними видами аматорського спорту: хокей; ковзанярський спорт, фігурне катання (на ковзанах, на роликах), ролер спорт; лижний та гірськолижний спорт; бобслей; регбі, бейсбол; альпінізм, скелелазіння, спелеотуризм або перебування у печерах з будь-якою іншою метою; зимове плавання, підводне плавання (дайвінг, фрідайвінг, інше); серфінг, віндсерфінг, рафтинг, воднолижний спорт, війнбординг; авіаційні та повітряні види (в тому числі літаковий, вертолітний, планерний, парапланерний, парашутний, дельтапланерний, мотодельтопланерний, будь-яке повітроплавання, в т.ч. парасейлінг); будь-які види легкої та важкої атлетики; стрибки на батуті; вітрильний спорт; спортивний туризм та спортивне орієнтування; походи/трекінг (3-6 категорії складності, висота сходження від 2500 метрів); верхова їзда та кінний спорт; банджиджампінг, роуп-джампінг, бейс-джампінг; пейнтбол, страйкбол; будь-які стрілецькі види спорту (кульова, стендова стрільба, спортивна, стрільба з луку), біатлон, полювання; паркур, скейтбординг, сноубординг; велоспорт (велогонки), маунтінбайк, маунтінборд; мотоспорт (мотоперегони), автоспорт (автоперегони), водний мотоспорт (водні мотоперегони); бойові види (бокс, боротьба тощо).

Умова «Активний відпочинок/Спорт» приймається на страхування, якщо вона передбачена Договором страхування (якщо у Бордеро Застрахованих осіб щодо Застрахованої особи, яка приймається на страхування, зазначається відмітка «так»);

1.43. **Франшиза безумовна** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком і вираховується Страховиком при здійсненні страхової виплати за кожним страховим випадком згідно з Договором страхування;

1.44. **Хронічне захворювання** – це захворювання, що має затяжний перебіг або повільний розвиток. При хронічному захворюванні патологічні зміни (морфологічні зміни та/або функціональні розлади) тканин та органів присутні завжди, як в період загострення, так і в період ремісії. Хронічне захворювання характеризується періодами загострення та періодами затухання хвороби (ремісією).

1.2. Інші поняття та/або терміни, які вживаються в Договорі, використовуються у значеннях, визначених Законами України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії», іншими актами законодавства України.

2. ЗАГАЛЬНІ ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

2.1. На страхування на умовах цього Договору не приймаються особи:

- ✓ які страждають наступними захворюваннями: пухлина головного або спинного мозку чи хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма (ураження) хребетного стовпа та спинного мозку, енцефаліт;

- ✓ які на момент укладання Договору хворіють на СНІД, алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;

- ✓ які страждають на психічні захворювання;
- ✓ визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;
- ✓ з інвалідністю I групи; з категорією «дитина з інвалідністю» підгрупи «А»;
- ✓ які їдуть за кордон з метою діагностики, лікування та/або реабілітації;
- ✓ які на момент укладання Договору мають будь-які форми серцево-судинних захворювань, які супроводжуються хронічною серцево-судинною недостатністю (незалежно від функціонального класу) та/або гострими порушеннями коронарного кровотоку (інфаркт) та/або будь-яким кардіохірургічним втручанням в анамнезі;

- ✓ які мали гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт) в анамнезі.

2.2. Якщо при укладенні Договору Страхувальник надав недостовірні відомості про об'єкт страхування, і виявляться обставини, за якими Застрахована особа підпадає під дію пункту 2.1. Частини 2 Договору, страховий захист щодо таких осіб – не діє.

2.3. Не можуть бути застрахованими за цим Договором – громадяни, а також особи, місцем проживання (перебування, реєстрації) яких є Іран, КНДР (Північна Корея), Мн'янма, особи з Переліку терористів, санкційних списків. На користь громадян російської федерації/республіки білорусь - цей Договір укладається при наявності у них чинної посвідки на постійне проживання в Україні.

2.4. Страхове покриття не діє, понесені Застрахованою особою витрати (збитки) не підлягають відшкодуванню Страховиком та Страховик не здійснює страхових виплат, якщо витрати (збитки) чи розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи настали внаслідок/в результаті:

2.4.1. військових дій, військових або збройних конфліктів та їх наслідків, військових маневрів та інших заходів військового характеру, захоплення, піратських дій, громадянських війн, народних хвилювань, революції, заколотів, повстань, громадянських заворушень або хвилювань, ураження мінами, бомбами та іншими засобами ведення війни та/або вибуховими пристроями, страйків, локаутів, трудових конфліктів або безладдя, надзвичайних чи особливих чи військових станів, оголошеними органами державної влади у встановленому законодавством порядку, природних лих, радіоактивного, хімічного або бактеріологічного забруднення, дії іонізуючого випромінювання;

2.4.2. епідемічних та пандемічних хвороб;

2.4.3. заняття Застрахованою особою екстремальним видом аматорського спорту під час дозвілля, активного відпочинку та розваг чи участі у атракціонах, якщо інше щодо такої Застрахованої особи не буде прямо передбачено умовами Договору страхування щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб;

2.4.4. виконання Застрахованою особою будь-якого виду фізичної роботи;

2.4.5. перебування Застрахованої особи у стані алкогольного сп'яніння, якщо покриття таких ризиків прямо не передбачено умовами страхування за Договором;

2.4.6. будь-яких дій Застрахованої особи, здійснених нею під впливом наркотичних чи токсичних речовин;

2.4.7. здійснення або при спробі здійснення Застрахованою особою протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами;

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

2.4.9. подій, що сталися під час ув'язнення Застрахованої особи;

2.4.10. свідомого перебування в місцях, заздалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя та здоров'я людини, нараження Застрахованою особою на невиправданий ризик, небезпеку (за винятком рятування життя);

2.4.11. порушення Застрахованою особою правил та норм пожежної безпеки.

2.5. Страховик не відшкодовує:

2.5.1. адміністративний, сервісний збір лікувального закладу;

2.5.2. витрати (школа), заподіяні внаслідок професійної помилки лікарів або інших осіб, які надавали допомогу Застрахованій особі;

2.5.3. витрати, здійснені в Україні, країні постійного проживання, навіть якщо вони пов'язані із страховим випадком;

2.5.4. надмірні витрати, а саме в тій їх частині, що перевищує розумну або звичайну ціну конкретної послуги, чи медичних препаратів, чи інших товарів у тому місці, де такі витрати понесені Застрахованою особою;

2.5.5. витрати, які мали місце до початку або після закінчення строку страхового покриття, або поза територією дії страхового покриття за Договором.

2.6. Не підлягають відшкодуванню будь-які витрати, які понесені в результаті випадків, що не підпадають під дію Договору.

2.7. Страховик не здійснює страхові виплати, пов'язані з відшкодуванням моральної шкоди.

2.8. Підставами для відмови у здійсненні страхової виплати є:

2.8.1. навмисні дії Страхувальника/ Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку (крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями);

2.8.2. вчинення Страхувальником/ Застрахованою особою/ умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

2.8.3. подання Страхувальником/ Застрахованою особою або особою, на користь якої має бути здійснена страхова виплата неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

2.8.4. 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;

2.8.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором;

2.8.6. інші підстави, визначені законодавством України.

3. СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАННЯМ ДОПОМОГИ (АСИСТАНС) ЗАСТРАХОВАНИМ ОСОБАМ

3.1. За Договором на страхування приймаються наступні **страхові ризики за Класом страхування 18 (страхування медичних витрат)**:

3.1.1. *Витрати у зв'язку із гострим захворюванням, що сталося під час подорожі;*

3.1.2. *Витрати, у зв'язку із загостренням хронічного захворювання, що сталося під час подорожі;*

3.1.3. *Витрати, у зв'язку із травматичним ушкодженням та/або функціональним розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі.*

3.2. Страховий випадок – настання події з переліку, зазначеному в п.п. 3.1.1.- 3.1.3. Частини 2 Договору, ризик виникнення якої застрахований за Договором, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг уключаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором:

3.2.1. оплата (компенсація) вартості послуг швидкої (невідкладної) допомоги на місці виклику, проведення первинних діагностичних заходів, надання медичної допомоги з використанням медикаментів у необхідному для стану Застрахованої особи обсязі – в ліміті **100% розміру страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи в Бордеро Застрахованих осіб;

3.2.2. оплата (компенсація) вартості послуг з медичного обслуговування та лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах; обстеження в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу; консультації лікарів - в ліміті **100% розміру страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи в Бордеро Застрахованих осіб. При цьому, якщо вартість лікування перевищує **1000,00 (одна тисяча) Євро/Доларів США** (валюти страхової суми) Застрахованій особі необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування. Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання Асистуючій компанії та/або Страховику повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії та/або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті **1000,00 (одна тисяча) Євро/Доларів США** (валюти страхової суми);

3.2.3. оплата вартості послуг пов'язаних із стаціонарним лікуванням, тобто: консультації лікарів, діагностика, лікування, невідкладне оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі - в ліміті **100% розміру страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи в Бордеро Застрахованих осіб. При цьому, якщо вартість лікування перевищує **1000,00 (одна тисяча) Євро/Доларів США** (валюти страхової суми) Застрахованій особі необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування. Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання Асистуючій компанії та/або Страховику повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії та/або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті **1000,00 (одна тисяча) Євро/Доларів США** (валюти страхової суми). Страховик оплачує вартість лікування за кордоном у межах своєї відповідальності лише до того часу, коли стан здоров'я Застрахованої особи, за рішенням лікаря, дозволить евакуювати її до країни постійного проживання;

3.2.4. оплата (компенсація) вартості первинної консультації та діагностики, які надаються Застрахованій особі для встановлення попереднього діагнозу, при зверненні Застрахованої особи зі скаргами до Асистансу за телефонами, вказаними в п. 3.4.1. Частини 2 Договору та Сертифікаті Застрахованої особи. Первинна консультація та діагностика

підлягають відшкодуванню за рахунок Страховика лише в разі їх організації Асистансом і в розмірі, що не перевищує **1000,00 (одна тисяча) Євро/Доларів США** (валюти страхової суми);

3.2.5. оплата (компенсація) вартості медикаментів, призначених для невідкладного (екстреного) лікування, або компенсація витрат у разі самостійного придбання в аптеці призначених лікарем медикаментів - в ліміті **100% розміру страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи в Бордеро Застрахованих осіб;

3.2.6. оплата (компенсація) вартості невідкладної стоматологічної допомоги, а саме: стоматологічний огляд; рентгенівське дослідження; видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, які всі разом або окремо обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку, крім лікування карієсу. Максимальний ліміт відповідальності встановлений у сумі **100 (сто) Євро/Доларів США** (валюти страхової суми);

3.2.7. оплата (компенсація) вартості послуг з транспортування наземним транспортом Застрахованої особи до лікувального закладу, якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє пересуватися самостійно, а також, після проведення консультації та/або обстеження, до місця тимчасового проживання Застрахованої особи під час подорожі у країні перебування (готелю або іншого місця). Максимальний ліміт відповідальності встановлений у сумі **50 (п'ятдесят) Євро/Доларів США** (валюти страхової суми);

3.2.8. оплата (компенсація) витрат в межах залишку страхової суми на продовження лікування Застрахованої особи у стаціонарі після закінчення строку дії Договору страхування, якщо це необхідно за медичними показаннями, за умови достатності страхової суми. При цьому витрати на медичну евакуацію не покриваються - в ліміті **100% розміру страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб;

3.2.9. організація та оплата вартості комплексу послуг, пов'язаних із транспортуванням та медичним супроводом Застрахованої особи, що знаходиться на стаціонарному лікуванні, із-за кордону до лікувального закладу, найближчого до місця постійного проживання за наявності медичних показань про необхідність подальшого стаціонарного лікування - в ліміті **100% розміру страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи в Бордеро Застрахованих осіб. Медична евакуація Застрахованої особи здійснюється лише за письмовим погодженням із Асистуючою компанією та/або Страховиком. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування та реабілітацію Застрахованої особи після її повернення в країну постійного проживання. Якщо лікар, уповноважений Страховиком, вважає, що евакуація Застрахованої особи можлива, а Застрахована особа відмовляється від неї, Страховик негайно припиняє оплату вартості послуг з лікування Застрахованої особи. Під письмовим погодженням слід розуміти надсилання до Асистуючої компанії та/або Страховика кошторису на транспортування через інтернет або іншими засобами електронної передачі інформації, та отримання від Асистуючої компанії та/або Страховика письмової згоди тим самим шляхом;

3.2.10. організація та оплата вартості комплексу послуг з транспортування тіла (репатріація) Застрахованої особи до митного кордону країни її попереднього постійного проживання - в ліміті **100% розміру страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи в Бордеро Застрахованих осіб. Якщо місцеві правила вимагатимуть щоб тіло перевозилося у труні, Страховик організовує та сплачує придбання такої труни. Необхідною умовою для організації репатріації є надання родичами померлого Застрахованої особи письмової заяви-підтвердження про готовність забрати тіло після перетину державного кордону. Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за письмовим погодженням із Страховиком. Під письмовим погодженням слід розуміти надсилання до Асистуючої компанії та/або Страховика кошторису на транспортування через інтернет або іншими засобами електронної передачі інформації, та отримання від Асистуючої компанії та/або Страховика письмової згоди тим самим шляхом;

3.2.11. оплата (компенсація) вартості послуг з поховання тіла Застрахованої особи в країні за місцем смерті - в ліміті **10 % розміру страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи в Бордеро Застрахованих осіб. Поховання за кордоном тіла Застрахованої особи здійснюється лише за письмовим погодженням із Страховиком. Під письмовим погодженням слід розуміти надсилання до Асистуючої компанії та/або Страховика кошторису на транспортування через інтернет або іншими засобами електронної передачі інформації, та отримання від Асистуючої компанії та/або Страховика письмової згоди тим самим шляхом;

3.2.12. оплата (компенсація) вартості медичної допомоги при сонячних опіках, алергічних дерматитах будь-якого походження. Максимальний ліміт відповідальності встановлений у сумі **100 (сто) Євро/Доларів США** (валюти страхової суми), зазначеної щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб;

3.2.13. оплата (компенсація) вартості невідкладної медичної допомоги при загостреннях хронічних захворювань. Ліміт відповідальності встановлений у розмірі **5000,00 (п'ять тисяч) Євро/Доларів США** (валюти страхової суми). При цьому, якщо вартість лікування перевищує **1000,00 (одна тисяча) Євро/Доларів США** (валюти страхової суми) Застрахованій особі необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування. Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання Асистуючій компанії

та/або Страховику повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії та/або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті **1000,00 (одна тисяча) Євро/Доларів США** (валюти страхової суми);

3.2.14. оплата (компенсація) вартості невідкладної гінекологічної допомоги при вагітності, що не перевищує 28 тижнів. Ліміт відповідальності встановлений у розмірі **10 % від страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи в Бордеро Застрахованих осіб;

3.2.15. оплата (компенсація) вартості медичних витрат при передчасних пологах. Випадок буде визнаватися страховим лише за умови, якщо передчасні пологи почалися при терміні вагітності не більше 28-го тижня. При цьому Страховик оплачує (компенсує) необхідні медичні витрати по амбулаторній та/або стаціонарній допомозі, а також медико-транспортні витрати по транспортуванню Застрахованої особи до медичного закладу у межах ліміту відповідальності у розмірі **10% від страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи в Бордеро Застрахованих осіб;

3.2.16. оплата (компенсація) вартості медичної допомоги новонародженому при передчасних пологах, якщо вони почалися при терміні вагітності не більше 28 тижнів. При цьому Страховик оплачує (компенсує) необхідні медичні витрати по амбулаторній та/або стаціонарній допомозі, а також медико-транспортні витрати у межах ліміту відповідальності встановленому у розмірі **10% від страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи в Бордеро Застрахованих осіб;

3.2.17. оплата (компенсація) вартості медичної допомоги при захворюваннях або травмах, отриманих внаслідок або в стані алкогольного сп'яніння (крім посмертної репатріації). При цьому Страховик відшкодовує медичні втрати за надання невідкладної медичної допомоги, необхідної для запобігання безпосередньої загрози життю чи здоров'ю, або витрати, пов'язані із купіруванням гострого болю. Ліміт відповідальності встановлений у розмірі **1% страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи в Бордеро Застрахованих осіб. Із суми страхової виплати утримується безумовна франшиза в розмірі **50,00 (п'ятдесят) Євро/Доларів США** (валюти страхової суми) по кожному окремому випадку;

3.2.18. компенсація витрат на оплату призначених лікарем засобів фіксації при травмах. До засобів фіксації в межах цього пункту відносяться виключно милиці, ортези, бандажі і тютори. Ліміт відповідальності встановлений у розмірі **1% страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи в Бордеро Застрахованих осіб;

3.2.19. компенсація витрат на дострокове повернення Застрахованої особи економічним класом до країни постійного (переважного) проживання (місця реєстрації) у сумі у вартості квитка для проїзду економічним класом;

3.2.20. компенсація витрат пов'язані з евакуацією дитини (дітей) віком до 16 років, які залишилися без нагляду дорослої особи у разі госпіталізації або смерті Застрахованої особи за умови, що в країні тимчасового перебування Застрахованої особи немає іншого повнолітнього близького родича. Ліміт відповідальності встановлений у сумі у вартості квитка для проїзду **економічним класом**;

3.2.21. компенсація вартості проїзду економічним класом однієї особи для супроводження Застрахованої особи до країни постійного проживання у випадку її госпіталізації або смерті. Ліміт відповідальності встановлений у сумі вартості проїзду **економічним класом**;

3.2.22. відшкодування витрат, пов'язаних з телефонним повідомленням про страховий випадок Страховика/ Асистуючої компанії про настання страхового випадку Застрахованою особою (або особою, що представляє інтереси Застрахованої особи) – в ліміті **100,00 (сто) Євро/Доларів США** (валюти страхової суми), зазначеної щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб.

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

3.3.1. лікування хронічних захворювань, вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень, аутоімунні захворювання, жовчнокам'яна, сечокам'яна хвороби, та пов'язані з ними ускладнення (емпієма жовчного міхура, гідронефроз нирки тощо), навіть якщо вони проявлялися періодично або були виявлені вперше. При цьому покривається купірування гострого болю до стабілізації стану, за виключенням оперативного втручання;

3.3.2. діагностикою та лікуванням онкологічних захворювань, діагностикою та лікуванням доброякісних та злоякісних пухлин у т. ч. захворювань онкогематологічної природи. Лікуванням гематологічних захворювань (хвороби крові та кровотворних органів);

3.3.3. хвороби ендокринної системи, цукровий діабет, навіть якщо вони були виявлені вперше;

3.3.4. нервові захворювання (крім невритів), неврози (панічні атаки, істеричні стани, депресії тощо), психічні захворювання та розлади;

3.3.5. венеричні захворювання, імунодефіцитний стан, СНІД;

3.3.6. епідемічні та пандемічні хвороби;

- 3.3.7. тестування на COVID-19 за бажанням Застрахованої особи без направлення лікуючого лікаря, якщо отриманий результат є негативним;
- 3.3.8. гостра та хронічна променева хвороба;
- 3.3.9. медична допомога при вагітності (за винятком позаматкової, переривання вагітності), передчасні пологи та інша гінекологічна допомога при терміні вагітності понад 28 тижнів;
- 3.3.10. медичні послуги, пов'язані з проведенням абортів Застрахованій особі, за винятком вимушеного переривання вагітності за медичними показаннями;
- 3.3.11. будь-які розлади здоров'я, ускладнення або смерть внаслідок невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічних дій ліків, що не були призначені лікарем, а також побічних дій харчових добавок;
- 3.3.12. захворювання або наслідки (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз;
- 3.3.13. захворювання та розлади органів слуху, крім гострого захворювання органів слуху. Також не покриваються витрати пов'язані з промиванням вушної раковини (сірчані пробки, потрапляння води тощо);
- 3.3.14. захворювання та розлади органів зору, крім гострих запальних захворювань ока, а також захворювання ока, пов'язані з порушенням догляду за контактними лінзами;
- 3.3.15. грибкові та дерматологічні хвороби, крім випадків, передбачених п. 3.2.12. Частини 2 Договору;
- 3.3.16. лікування інвазивних та паразитарних хвороб (гельмінтози, ентомози, протозоози, зокрема й амебіаз, лямбліоз, лейшманіоз тощо), а також захворювань, що є їх наслідками;
- 3.3.17. травми або захворювання, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, навіть якщо вони були виявлені вперше, що призвели до медичних чи додаткових витрат під час подорожі, а також захворювання, що виникли після повернення Застрахованої особи з подорожі;
- 3.3.18. подальше лікування Застрахованої особи, якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання. Сторони погодили, що телефонний запис розмови Застрахованої особи або його родичів до Асистуючої компанії або Страховика з приводу відмови від медичної евакуації прирівнюється до письмової відмови і може бути використаний Страховиком як доказ в разі виникнення суперечок;
- 3.3.19. медичний огляд, що не є наслідком гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження;
- 3.3.20. надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, в тому числі контрольні огляди лікаря та/або огляд (консультація) лікаря, проведення досліджень/обстежень за наслідком якого не призначене лікування чи не входять у призначене лікарем лікування; надання таких спеціальних послуг, як окрема палата, телефон, телевізор тощо;
- 3.3.21. послуги та лікування, які можна відкласти до повернення з подорожі (в тому числі проведення хірургічних операцій, які до закінчення подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування) тощо;
- 3.3.22. проведення високотехнологічних маніпуляцій і операцій, зокрема, але не виключно на серці та судинах, у тому числі ангіографія, коронарографія, ангіопластика, шунтування, стентування, встановлення штучного водія ритму, а також пластичні операції на суглобах та зв'язках, у т.ч. атроскопічні діагностичні та хірургічні втручання тощо;
- 3.3.23. діагностичні послуги: консультації, лабораторні дослідження та інші заходи не призначені лікарем та/або Асистуючою компанією, як необхідні для встановлення діагнозу для подальшого лікування;
- 3.3.24. проведення профілактичних вакцинацій, дезінфекцій;
- 3.3.25. проведення лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;
- 3.3.26. всі види пластичних та косметичних операцій і процедур, всі види протезування, трансплантації органів;
- 3.3.27. стоматологічне лікування, за винятком невідкладної стоматологічної допомоги;
- 3.3.28. фізіотерапевтичне, реабілітаційне лікування та лікування нетрадиційними методами (мануальна терапія, рефлексотерапія (акупунктура), масажу, гомеопатії, фіто- і натуропатії і тому подібне);
- 3.3.29. лікувальний відпочинок, санаторно-курортне та оздоровче лікування, а також спа-процедури;
- 3.3.30. придбання або ремонт допоміжних засобів (таких як кардіостимулятори, окуляри, контактні лінзи, слухові апарати, інгалятори, протези, інвалідні візки, вимірювальні прилади тощо), засоби для металоостеосинтезу (шпичі, гвинти, пластини, штифти та подібні матеріали), придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування;
- 3.3.31. штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи по запобіганню вагітності;
- 3.3.32. лікування алкоголізму, наркоманії, токсикоманії т.п., у тому числі лікування абстинентного синдрому;
- 3.3.33. медична евакуація, репатріація, поховання за кордоном організовані без письмового узгодження (погодження) із Асистуючою компанією та/або Страховиком незалежно від суми витрат;
- 3.3.34. витрати, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;
- 3.3.35. самолікування або лікування особою, яка не має медичної освіти або ліцензії на здійснення лікувальної діяльності, вживання ліків без призначення лікарем;
- 3.3.36. індивідуальний догляд, патронаж, охорона; надання засобів і послуг додаткового комфорту;
- 3.3.37. транспортування Застрахованої особи до лікарні або лікаря за відсутності клінічної необхідності та медичних показань у транспортуванні автомашиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом, засобом санітарної авіації з необхідним медичним супроводом;

3.3.38. витрати на проживання (за виключенням якщо такі підстави передбачені умовами страхування), харчування тощо в тому числі під час перебування на самоізоляції, карантині, обсервації і т.п., в тому числі під час амбулаторного лікування;

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

3.3.40. не відшкодовуються витрати, передбачені умовами страхування на суму понад 1000,00 Євро/Доларів США (валюти страхової суми), за якими необхідне попереднє письмове узгодження (погодження) із Асистуючою компанією та/або Страховиком, а таке узгодження (погодження) зроблене не було;

3.3.41. раптового захворювання Застрахованої особи, яке сталося із цією особою внаслідок вживання нею наркотиків або токсичних речовин;

3.3.42. події та випадки, визначені в розділі 2 Частини 2 Договору.

3.4. Дії Застрахованої особи при настанні події, що може бути визнана страховим випадком:

3.4.1. При настанні події з ознаками страхового випадку Застрахованій особі або її представнику необхідно **не пізніше, ніж протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин**, звернутися до Асистуючої компанії за контактами, зазначеними нижче:

 Turkey +90 242 98 80 231 Turkey +90 242 98 80 235 Turkey +90 242 60 60 252	Egypt +20 69 366 68 56 Egypt +20 69 366 68 57 Greece +30 211 198 39 73 Bulgaria +359 569 180 04 Poland +48 221 531 006 Thailand +66 600 035 168 Romania +40 312 294 628 Rest of the world +373 22 994 955	Additional ways to contact us: Telegram Telegram  @NovaAssistance_bot @NovaAssistance_bot
---	--	---

та повідомити інформацію:

- ✓ прізвище та ім'я Застрахованої особи з якою сталася подія, яка має ознаки страхової;
- ✓ номер контактного телефону
- ✓ місцезнаходження Застрахованої особи (країна, місто, готель тощо);
- ✓ номер Сертифікату Застрахованої особи та термін його дії;
- ✓ повідомити, що відбулось і яка потрібна допомога.

3.4.2. Страховик/Асистуюча компанія проводить ідентифікацію Застрахованої особи, надає консультації, та згідно з умовами Договору страхування, направляє Застраховану особу у відповідний Медичний заклад, організовує в залежності від характеру події надання такій Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг, певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Страховика/ Асистуючої компанії.

3.4.3. Після повідомлення Застрахованою особою Асистуючої компанії, така Застрахована особа зобов'язана в подальшому виконувати інструкції Страховика/ Асистуючої компанії.

3.4.4. Після повідомлення Застрахованою особою Асистуючої компанії, така Застрахована особа зобов'язана в подальшому дотримуватись всіх рекомендацій Асистуючої компанії щодо своїх подальших дій.

3.4.5. Якщо Застрахована особа не має можливості зв'язатися з Асистуючою компанією або ситуація вимагає прийняття негайного рішення, пов'язаного з необхідністю отримання термінової медичної або іншої допомоги, необхідно самостійно звернутися в найближчу медичну установу або до лікаря по допомогу та:

- ✓ обов'язково пред'явити Сертифікат Застрахованої особи;
- ✓ оплатити, якщо буде потрібно, надані невідкладні медичні послуги;
- ✓ одержати у лікаря чеки, квитанції і т.п. належним чином оформлені документи, що підтверджують факт захворювання, призначене лікування й суму медичних витрат;
- ✓ подати Страховику заяву про здійснення страхової виплати і документи, передбачені п. 3.4.8. Частини 2 Договору;

✓ у разі стаціонарного лікування необхідно повідомити Асистуючу компанію Страховика та письмово узгодити (погодити) з нею та/або Страховиком витрати на лікування **протягом 48 годин з моменту госпіталізації, але до моменту оплати послуг**. Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання до Асистуючої компанії та/або Страховика повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом. Якщо витрати не були письмово узгоджені із Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті **1000,00 Євро/Доларів США** (валюти страхової суми);

3.4.5.1. Якщо вартість амбулаторного або стаціонарного лікування перевищує 1000,00 Євро/Доларів США (валюти страхової суми) – **необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування.** Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання до Асистуючої компанії та/або Страховика повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом. Якщо витрати не були письмово узгоджені із Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті **1000,00 Євро/Доларів США** (валюти страхової суми).

3.4.6. Якщо Застрахована особа з поважних причин (важкий стан здоров'я Застрахованої особи,) не змогла зв'язатися з Асистуючою компанією до надання їй послуг, передбачених Договором страхування, вона зобов'язана протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, повідомити Асистуючу компанію про її настання та узгодити надання та оплату необхідної послуги.

3.4.7. У випадках самостійної оплати Застрахованою особою медичних та інших послуг, у медичному закладі необхідно отримати документи, що встановлюють факт та обставини настання події, що може бути визнана страховим випадком. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Застраховану особу (спадкоємця).

3.4.8. Для отримання страхової виплати Застрахована особа (особа, яка понесла витрати згідно з умовами Договору страхування) повинна/-ні звернутись до Страховика протягом 30 (тридцяти) календарних днів після повернення з подорожі (поїздки) та повинна подати Страховику заяву про страхову виплату за формою встановленою Страховиком, до якої долучаються документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат (збитків), а саме:

3.4.8.1. Сертифікат Застрахованої особи;

3.4.8.2. належним чином засвідчена копія закордонного паспорту Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону країни перебування (всі сторінки з відмітками);

3.4.8.3. належним чином засвідчена копія національного паспорта Застрахованої особи (всі сторінки з відмітками);

3.4.8.4. належним чином засвідчена копія довідки про присвоєння Реєстраційного номеру облікової картки платника податків (ідентифікаційного номера) Застрахованій особі;

3.4.8.5. належним чином засвідчена копія документа, що підтверджує місце реєстрації Застрахованої особи (якщо ID карток);

3.4.8.6. спадкоємці додатково подають свідоцтво про смерть Застрахованої особи та свідоцтво про право на спадщину із зазначенням частки у спадщині кожного із спадкоємців;

3.4.8.7. у разі самостійної оплати медичних та інших послуг у медичному закладі:

✓ оригінал довідки (медичного звіту) з медичного закладу (на бланку закладу з відповідним штампом) із зазначенням прізвища Застрахованої особи, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування остаточної діагнозу, інформація про окремі лікувальні процедури (медичні послуги), діагностику та дати їх проведення, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості;

✓ оригінали рахунків та документів, які підтверджують оплату здійсненого лікування (штамп про оплату, касовий чек, банківська квитанція з зазначенням суми на переказ коштів тощо);

✓ рецепти, виписані Застрахованій особі лікуючим лікарем, на придбання медикаментів, де вказані прізвище лікаря, назви призначених ліків (медикаментів); документи, що підтверджують вартість кожної позиції ліків (медикаментів) разом з документами, що підтверджують їх оплату;

✓ у разі надаються оригінали документів, що підтверджують оплату послуг спеціалізованого транспорту (або іншого транспорту), який використовувала Застрахована особа;

3.4.8.8. у разі здійснення медичної евакуації (репатріації) Застрахованої особи із-за кордону, додатково до документів, зазначених в п.п. 3.4.8.1. - 3.4.8.7. Частини 2 Договору, надаються:

✓ оригінал медичного висновку (довідка медичного закладу) про можливість здійснення медичної евакуації Застрахованої особи;

✓ договір про послуги медичної евакуації (за наявності);

✓ оригінали рахунків та документів, які підтверджують оплату спеціалізованого транспорту, або іншого, яким здійснювалася медична евакуація;

3.4.8.9. у разі здійснення репатріація тіла (останків) Застрахованої особи із-за кордону додатково до документів, зазначених в п.п. 3.4.8.1. - 3.4.8.7. Частини 2 Договору, надаються:

✓ лікарське свідоцтво про смерть Застрахованої особи (згідно з законодавством країни перебування);

✓ протокол розтину або акт судово-медичної експертизи (якщо лікарське свідоцтво про смерть Застрахованої особи не оформлювалося в країні перебування);

✓ оригінали документів, що підтверджують оплату за надання спеціалізованого транспорту та/або іншого, яким здійснювалася репатріація;

✓ у випадку оплати процедур оформлення документів, процедур з підготовки тіла до репатріації, кремації оригінали фінансових документів про оплату даних послуг, із зазначенням виду послуги.

3.4.8.10. у разі відшкодування витрат на проїзд особи для супроводження Застрахованої особи з країни перебування до країни її постійного проживання, якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного проживання додатково до документів, зазначених в п.п. 3.4.8.1. - 3.4.8.7. Частини 2 Договору надаються:

✓ документи, що підтверджують витрати на оплату вартості проїзду особи, що супроводжує Застраховану особу в країну тимчасового перебування Застрахованої особи та з країни перебування Застрахованої особи до країни постійного проживання Застрахованої особи (економічним класом);

✓ документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду Застрахованої особи до місця її постійного проживання;

3.4.8.11. у разі компенсація витрат на дострокове повернення Застрахованої особи економічним класом до країни постійного проживання додатково до документів, зазначених в п.п. 3.4.8.1. - 3.4.8.7. Частини 2 Договору, надаються документи, що підтверджують витрати на оплату вартості проїзду Застрахованої особи з країни її тимчасового перебування в країну її постійного проживання (економічним класом);

3.4.8.12. у разі відшкодування витрат, пов'язані з евакуацією дитини (дітей) віком до 16 років, які залишилися без нагляду дорослої особи через хворобу або смерть Застрахованої особи за умови, що в країні тимчасового перебування Застрахованої особи немає іншого повнолітнього близького родича):

✓ документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду дитини (дітей) до 16 років та, у разі необхідності, супроводжуючої особи до місця постійного проживання;

✓ медичні документи, що підтверджують факт захворювання Застрахованої особи або нещасного випадку із Застрахованою особою та характеризують стан здоров'я Застрахованої особи на момент евакуації дитини (оригінал довідки (медичного звіту) з медичного закладу (на бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища Застрахованої особи, остаточного діагнозу);

✓ довідка про смерть Застрахованої особи у випадку її смерті;

3.4.8.13. у разі відшкодування витрат, пов'язаних з телефонним повідомленням Асистуючої компанії про настання страхового випадку - подається документ, що підтверджує витрати на телефонне повідомлення, в тому числі довідка мобільного оператора, де зазначено номер телефону, дату, час та вартість кожної розмови. тощо).

3.4.9. Вищезазначені документи надаються Страховику у формі оригінальних документів або належним чином засвідчених копій згідно з вимогами законодавства України та подаються Страховику (направляються поштою) безпосередньо в офіс Страховика в паперовій формі в оригіналі (крім тих, щодо яких визначене подання в копіях (в тому числі нотаріально засвідчені).

3.4.10. На вимогу Страховика у випадку, коли документи складені на мові іншій, ніж українська або англійська, Страховальник разом з такими документами має надати їх переклад на українську мову. Зазначені документи мають бути засвідчені у встановленому законодавством порядку.

3.5. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат:

3.5.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку за подіями, передбаченими п.п. 3.1.1. - 3.1.3. Частини 2 Договору, визначається на підставі документів, що встановлюють вартість фактично наданої медичної допомоги або інших послуг, передбачених Договором. При цьому, розмір страхової виплати не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика (лімітів), визначених Договором.

3.5.2. При розрахунку страхової виплати застосовується безумовна франшиза в розмірі, встановленому за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб (окрім випадку, передбаченому в п. 3.2.17. Частини 2 Договору. У разі настання події, передбаченої в п. 3.2.17. Частини 2 Договору, відповідна франшиза, зазначена у Бордеро Застрахованих осіб – не застосовується, а застосовується безумовна франшиза, яка прямо передбачена у п. 3.2.17 Частини 2 Договору);

3.5.3. Страховик приймає рішення про страхову виплату або про відмову у страховій виплаті протягом 15 (п'ятнадцять) робочих днів, після отримання ним усіх необхідних та належним чином оформлених документів, що встановлюють факт та обставини настання страхового випадку.

3.5.4. Страховик здійснює страхову виплату протягом 15 (п'ятнадцять) робочих днів після прийняття ним рішення про здійснення страхової виплати.

3.5.5. Страховик письмово повідомляє отримувача страхової виплати про відмову у страховій виплаті протягом 15 робочих днів після прийняття ним рішення з обґрунтуванням причини відмови.

3.5.6. Страховик здійснює страхову виплату шляхом:

3.5.6.1. оплати наданих послуг опосередковано через Асистуючу компанію закладам, що надали допомогу Застрахованій особі в рамках Договору страхування, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги або допомоги, що з нею пов'язана. Форма документів та строки розрахунків погоджуються Страховиком, Асистуючою компанією та закладом, що надав послуги Застрахованій особі;

3.5.6.2. відшкодування Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних та інших послуг у разі, якщо Застрахована особа самостійно організовувала та/або оплачувала послуги в рамках Договору страхування, і це було попередньо погоджено з Асистуючою компанією/ Страховиком, за умови надання всіх необхідних документів, що передбачені Договором.

3.5.7. Страховик має право здійснити страхову виплату третій особі, що організовувала та оплачувала послуги невідкладної медичної допомоги та/ або репатріації тіла (останків) із-за кордону, у випадку, якщо такі витрати були узгоджені із Асистуючою компанією або Страховиком.

3.5.8. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, страхову виплату при настанні страхового випадку отримують її законні представники.

3.5.9. Страхова виплата здійснюється у національній грошовій одиниці України. Страхова виплата Застрахованій особі за послуги, надані їй за кордоном, здійснюється в національній валюті України згідно офіційного курсу валют Національного банку України на дату здійснення нею таких витрат.

4. СТРАХУВАННЯ ВИТРАТ, ІНШИХ, НІЖ МЕДИЧНІ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАННЯМ ДОПОМОГИ (АСИСТАНС) ЗАСТРАХОВАНИМ ОСОБАМ

4.1. За Договором на страхування приймаються наступні **страхові ризики за Класом страхування 18 (страхування інших, ніж медичні витрати):**

4.1.1. Витрати у зв'язку із затримкою багажу на термін понад 6 (шість) годин з моменту прибуття Застрахованої особи в країну тимчасового перебування;

4.1.2. Витрати на відновлення втрачених особистих документів Застрахованої особи.

4.2. Страховий випадок – настання події з переліку, зазначеному в п.п. 4.1.1.- 4.1.2. Частини 2 Договору, ризик виникнення якої застрахований за Договором страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору шляхом відшкодування понесених витрат, а саме:

4.2.1. компенсація витрат Застрахованої особи на придбання предметів першої необхідності (наприклад: натільна білизна, засоби особистої гігієни, окуляри, панамы/капелюх, тощо), без яких не можна обійтись внаслідок запізнення багажу на термін понад 6 (шість) годин з моменту прибуття Застрахованої особи в країну тимчасового перебування. Ліміт відповідальності встановлений у розмірі **50 % від страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб;

4.2.2. компенсація Застрахованої особи на оформлення втрачених особистих документів (паспортів), необхідних для повернення до країни постійного проживання. Ліміт відповідальності встановлений у розмірі **100% від страхової суми**, визначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи у Договорі страхування;

4.3. Винятками зі страхових випадків за подією, передбаченою п. 4.2.1. Частини 2 Договору, є:

4.3.1. витрати на придбання їжі, напоїв, декоративної косметики, прикрас тощо;

4.3.2. здійснені витрати на придбання речей першої необхідності внаслідок запізнення багажу на термін до 6 (шести) годин з моменту прибуття Застрахованої особи в країну подорожі;

4.3.3. події та випадки, визначені в розділі 2 Частини 2 Договору.

4.4. Дії Застрахованої особи при настанні події, що може бути визнана страховим випадком:

4.4.1. у разі затримки багажу Застрахована особа повинна:

✓ негайно, але **не пізніше однієї години**, як тільки буде виявлено факт запізнення багажу на термін до 6 (шести) годин, повідомити про це посадових осіб перевізника;

✓ отримати підтверджуючі документи від перевізника про факт запізнення багажу на термін понад 6 (шести) годин з моменту прибуття Застрахованої особи в країну тимчасового перебування;

✓ протягом 30 (тридцяти) календарних днів після повернення з подорожі (поїздки) звернутись до Страховика та надати Страховику заяву про страхову виплату за формою встановленою Страховиком, до якої долучаються документи, передбачені п. 4.4.3.1. - 4.4.3.6. Частини 2 Договору.

4.4.2. у разі втрати особистих документів Застрахована особа повинна:

✓ негайно, але **не пізніше однієї години**, як тільки буде виявлено факт втрати особистих документів звернутися до правоохоронних органів (поліції) країни тимчасового перебування, після чого, звернутися до дипломатичних установ (представництв) України (або країни громадянства) для отримання документів;

✓ протягом 30 (тридцяти) календарних днів після повернення з подорожі (поїздки) звернутись до Страховика та надати Страховику заяву про страхову виплату за формою встановленою Страховиком, до якої долучаються документи, передбачені п. 4.4.3.1. - 4.4.3.5. та п. 4.4.3.7. Частини 2 Договору.

4.4.3. Для отримання страхової виплати Застрахована особа подає Страховику заяву про страхову виплату за формою встановленою Страховиком, до якої долучаються документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат (збитків), а саме:

4.4.3.1. Сертифікат Застрахованої особи;

4.4.3.2. належним чином засвідчена копія закордонного паспорту Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону країни перебування (всі сторінки з відмітками);

4.4.3.3. належним чином засвідчена копія національного паспорта Застрахованої особи (всі сторінки з відмітками);

4.4.3.4. належним чином засвідчена копія довідки про присвоєння Реєстраційного номеру облікової картки платника податків (ідентифікаційного номера) Застрахованій особі;

4.4.3.5. належним чином засвідчена копія документа, що підтверджує місце реєстрації Застрахованої особи (якщо ID карток);

4.4.3.6. у разі затримки багажу:

- ✓ проїзний квиток в оригіналі, на підставі якого Застрахована особа знаходилась у транспортному засобі;
- ✓ багажна квитанція (талон), що підтверджує факт передачі багажу під відповідальність перевізника в оригіналі;
- ✓ копія заяви Застрахованої особи перевізнику про затримку багажу з відміткою перевізника про прийняття заяви;

- ✓ документ, який підтверджує затримку багажу з зазначенням дати та часу отримання багажу (в оригіналі), складений відповідальною особою перевізника;

- ✓ оригінали документів, що підтверджують витрати Застрахованої особи на придбання предметів першої необхідності (наприклад: натільна білизна, засоби особистої гігієни, окуляри, панамы\капелюх тощо), без яких не можна обійтись, внаслідок запізнення багажу на термін понад 6 годин з моменту прибуття Застрахованої особи в країну тимчасового перебування (накладна на товар та виписка з банку, касові документи, банківські квитанції про оплату, чек або інший документ, що підтверджує оплату товарів першої необхідності).

4.4.3.7. у разі втрати особистих документів:

- ✓ документи, що підтверджують звернення Застрахованої особи до правоохоронних органів (поліції) у країні перебування з приводу втрачених особистих документів;

- ✓ документи, що підтверджують звернення Застрахованої особи до дипломатичних установ (представництв) України (або країни громадянства) у країні тимчасового перебування з приводу втрачених особистих документів;

- ✓ оригінали документів, що підтверджують оплату наданих послуг Застрахованій особі по переоформленню особистих документів Застрахованої особи – у разі втрати особистих документів Застрахованої особи.

4.4.4. Вищезазначені документи надаються Страховику у формі оригінальних документів або належним чином засвідчених копій згідно з вимогами законодавства України та подаються Страховику (направляються поштою) безпосередньо в офіс Страховика в паперовій формі в оригіналі (крім тих, щодо яких визначене подання в копіях (в тому числі нотаріально засвідчені)).

4.4.5. На вимогу Страховика у випадку, коли документи складені на мові іншій, ніж українська або англійська, Страховальник разом з такими документами має надати їх переклад на українську мову. Зазначені документи мають бути засвідчені у встановленому законодавством порядку.

4.5. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат:

4.5.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку за подіями, передбаченими п.п. 4.1.1. - 4.1.2. Частини 2 Договору, визначається на підставі документів, що встановлюють вартість фактичних витрат Застрахованої особи, передбачених Договором. При цьому:

4.5.1.1. розмір страхової виплати не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика (лімітів), визначених Договором;

4.5.1.2. при розрахунку страхової виплати застосовується безумовна франшиза в розмірі, встановленому за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб;

4.5.1.3. франшиза не вираховується при компенсації витрат на придбання предметів першої необхідності, без яких не можна обійтись внаслідок запізнення багажу на термін понад 6 годин з моменту прибуття Застрахованої особи в країну тимчасового перебування, – при розрахунку страхової виплати Застрахованим особам, які на дату настання страхового випадку не досягли віку 4 (чотирьох) років.

4.5.2. Страховик приймає рішення про страхову виплату або про відмову у страховій виплаті протягом 15 (п'ятнадцять) робочих днів, після отримання ним усіх необхідних та належним чином оформлених документів, що встановлюють факт та обставини настання страхового випадку.

4.5.3. Страховик здійснює страхову виплату протягом 15 (п'ятнадцять) робочих днів після прийняття ним рішення про здійснення страхової виплати.

4.5.4. Страховик письмово повідомляє Застраховану особу про відмову у страховій виплаті протягом 15 робочих днів після прийняття ним рішення, з обґрунтуванням причин відмови.

4.5.5. Страхова виплата Застрахованій особі за послуги, надані їй за кордоном, здійснюється в національній валюті України згідно офіційного курсу валют Національного банку України на дату здійснення нею таких витрат.

5. СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ ПІД ЧАС ПОДОРОЖІ ЗА КОРДОН УКРАЇНИ

5.1. За Договором на страхування приймаються наступні **страхові ризики за Класом страхування 1 (страхування від нещасного випадку):**

5.1.1. Смерть внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі;

5.1.2. Встановлення первинної групи інвалідності внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі;

5.1.3. Травматичне ушкодження та/або функціональний розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі.

5.2. Страховий випадок – настання події з переліку, зазначеному в п.п. 5.1.1.- 5.1.3. Частини 2 Договору, ризик виникнення якої застрахований за Договором страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору.

5.3. Винятками із страхових випадків є:

5.3.1. захворювання, які не є наслідком нещасного випадку Застрахованої особи (за винятком правцю, сказу, енцефаліту, що передається укусами кліщів);

5.3.2. нещасний випадок, який стався із Застрахованою особою внаслідок вживання нею алкоголю (вміст алкоголю в крові більше 0,5 % (промиле), наркотиків або токсичних речовин);

5.3.3. нещасний випадок, що стався внаслідок захворювання, яке є наслідком психічної реакції на військові події, внутрішні заворушення, терористичний акт, авіакатастрофу або побоювань, пов'язаних із такими подіями;

5.3.4. нещасний випадок, що стався внаслідок хронічних або психічних захворювань, навіть якщо вони проявляються періодично;

5.3.5. травми або захворювання внаслідок нещасного випадку, що стався в результаті дорожньо-транспортної пригоди, в тому числі при використанні автомобіля, велосипеда, мотоцикла, мопеда, гідро- і квадроцикла, гідроскутера, снігохода, катера, моторного човна і т.п., якщо:

- Застрахована особа керувала транспортним засобом не маючи відповідного водійського посвідчення, якщо це передбачено законодавством;

- Застрахована особа керувала в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або під дією психотропних і токсичних речовин;

- Застрахована особа передала керування транспортним засобом іншій особі, що не мала відповідного водійського посвідчення;

- Застрахована особа знаходилася в транспортному засобі в якості пасажирки, крім громадського транспорту, керування яким здійснювала особа, що знаходилася в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або під дією психотропних і токсичних речовин;

- Застрахована особа знехтувала і не скористалася засобами безпеки (захисту) як разом, так і окремо, таким як: пасок безпеки, шлем, каска, рятувальний жилет, а також інші засоби безпеки, передбачені правилами експлуатації транспортного засобу;

5.3.6. ризик заняття активним відпочинком (спортом) – якщо такий ризик не покривається умовами страхування;

5.3.6. смерть Застрахованої особи, яка не є наслідком нещасного випадку;

5.3.7. інші події та випадки, визначені в розділі 2 Частини 2 Договору.

5.4. Дії Застрахованої особи при настанні події, що може бути визнана страховим випадком:

5.4.1. При настанні події з ознаками страхового випадку Застрахованій особі або її представнику необхідно **не пізніше, ніж протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин**, звернутися до Асистуючої компанії за контактами, зазначеними нижче:

 Turkey +90 242 98 80 231 Turkey +90 242 98 80 235 Turkey +90 242 60 60 252	Egypt +20 69 366 68 56 Egypt +20 69 366 68 57 Greece +30 211 198 39 73 Bulgaria +359 569 180 04 Poland +48 221 531 006 Thailand +66 600 035 168 Romania +40 312 294 628 Rest of the world +373 22 994 955	Additional ways to contact us: Telegram  @NovaAssistance_bot
---	--	---

та повідомити інформацію:

- ✓ прізвище та ім'я Застрахованої особи з якою сталася подія, яка має ознаки страхової;
- ✓ номер контактного телефону
- ✓ місцезнаходження Застрахованої особи (країна, місто, готель тощо);
- ✓ номер Сертифікату Застрахованої особи;

✓ повідомити що відбулось і яка потрібна допомога.

5.4.2. Для отримання медичної допомоги діяти згідно вказівок Асистуючої компанії або звернутися за медичною допомогою самостійно;

5.4.3. Повідомити компетентні органи (поліцію тощо) про настання події внаслідок протиправних дій третіх осіб.

5.4.4. Отримати документи підтверджуючі настання випадку, зазначені в п.п. 5.4.5.7. – 5.4.5.14. Частини 2 Договору.

5.4.5. Для отримання страхової виплати Застрахована особа (особа, яка понесла витрати згідно з умовами Договору страхування) повинна/-ні звернутись до Страховика протягом 30 (тридцяти) календарних днів після повернення з подорожі (поїздки) та повинна подати Страховику заяву про страхову виплату за формою встановленою Страховиком, до якої долучаються документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат (збитків), а саме:

5.4.5.1. Сертифікат Застрахованої особи;

5.4.5.2. належним чином засвідчена копія закордонного паспорту Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону країни перебування (всі сторінки з відмітками);

5.4.5.3. належним чином засвідчена копія національного паспорта Застрахованої особи (всі сторінки з відмітками);

5.4.5.4. належним чином засвідчена копія довідки про присвоєння Реєстраційного номеру облікової картки платника податків (ідентифікаційного номера) Застрахованій особі;

5.4.5.5. належним чином засвідчена копія документа, що підтверджує місце реєстрації Застрахованої особи (якщо ID карток);

5.4.5.6. у разі здійснення страхової виплати законному представнику (опікуну) - належним чином засвідчені копії національного паспорта законного представника (опікуна) та довідки про присвоєння йому ідентифікаційного номера, свідоцтва про народження Застрахованої особи; документ, який підтверджує встановлення опіки над Застрахованою особою;

5.4.5.7. акт про нещасний випадок, який складається у встановленому порядку згідно з законодавством країни перебування, або в разі його відсутності – документ закладу охорони здоров'я з підтвердженням факту отримання Застрахованою особою травми чи іншого розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку виданий закладом охорони здоров'я та/або лікарем іноземної держави, який відповідно до внутрішнього законодавства такої держави отримав дозвіл на провадження медичної практики, та за формою, затвердженою у такій іноземній державі, уключаючи викладення медичної інформації на офіційних бланках, засвідченої підписом та печаткою (за наявності) відповідного закладу охорони здоров'я та/або лікаря іноземної держави;

5.4.5.8. рентгенологічні знімки, висновки лабораторних, інструментальних методів дослідження, документи інших досліджень, що стосуються нещасного випадку;

5.4.5.9. результати досліджень крові Застрахованої особи на наявність алкоголю та/або наркотичних чи токсичних речовин;

5.4.5.10. матеріали правоохоронних та судових органів, якщо у зв'язку з подією, яка призвела до настання страхового випадку, якщо було розпочато кримінальне провадження або судове провадження;

5.4.5.11. у випадку отримання травми чи дорожньо-транспортної пригоди - складений в країні подорожі офіційний протокол або довідка про подію, де обов'язково має бути вказана така інформація: посадові особи, що засвідчують факт події, та їх повноваження на виконання таких дій; адреси та/або номери телефонів осіб, що засвідчили факт події; детальний опис обставин події; стан застраховано особи у відношенні алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

5.4.5.12. документи, видані органом, уповноваженим встановлювати інвалідність, що підтверджують встановлення групи інвалідності (при встановленні відповідної групи інвалідності);

5.4.5.13. медичний висновок про дитину з інвалідністю віком до 18 років, виданий лікарсько – консультативною комісією;

5.4.5.14. у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку подається:

- лікарське свідоцтво про смерть Застрахованої особи (згідно з законодавством країни перебування);
- протокол розтину, або акт судово-медичної експертизи (якщо лікарське свідоцтво про смерть Застрахованої особи не оформлювалося в країні перебування);

5.4.5.15. спадкоємці додатково подають свідоцтво про смерть Застрахованої особи та свідоцтво про право на спадщину із зазначенням частки у спадщині кожного із спадкоємців.

5.4.6. Вищезазначені документи надаються Страховику у формі оригінальних документів або належним чином засвідчених копій згідно з вимогами законодавства України та подаються Страховику (направляються поштою) безпосередньо в офіс Страховика в паперовій формі в оригіналі (крім тих, щодо яких визначене подання в копіях (в тому числі нотаріально засвідчені).

5.4.7. На вимогу Страховика у випадку, коли документи складені на мові іншій, ніж українська, Страхувальник разом з такими документами має надати їх переклад на українську мову. Зазначені документи мають бути засвідчені у встановленому законодавством порядку.

5.5. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат:

5.5.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку за подіями, передбаченими п.п. 5.1.1. - 5.1.3. Частини 2 Договору, визначається на підставі документів, що встановлюють факт та обставини настання страхового випадку та розраховується Страховиком наступним чином:

5.5.1.1. у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі – у розмірі **100% страхової суми** за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування), визначеної щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб.

5.5.1.2. у разі встановлення інвалідності Застрахованій особі внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі:

категорія «дитина з інвалідністю» – у розмірі **80% страхової суми** за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування), визначеної щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб;

I група інвалідності – у розмірі **100 % страхової суми** за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування), визначеної щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб;

II група інвалідності – у розмірі **75 % страхової суми** за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування), визначеної щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб;

III група інвалідності – у розмірі **60 % страхової суми** за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування), визначеної щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб;

у разі отримання Застрахованою особою травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів здоров'я унаслідок настання нещасного випадку, що стався під час подорожі – у розмірі згідно з **Таблицею страхових виплат** у разі настання травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів здоров'я застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, яка є Додатком 5 до Договору та Додатком 1 до Загальних умов страхового продукту, що знаходиться у відкритому доступі за посиланням: <https://apifalcon.oranta.ua/files/e546212e-99e1-46f2-b357-e2ec8d9b94ad>.

5.5.2. Якщо Застрахована особа отримала страхову виплату за травматичне ушкодження внаслідок нещасного випадку, а потім настане її інвалідність або смерть внаслідок того ж нещасного випадку, то при розрахунку суми страхової виплати - із суми, належної до виплати за цими випадками, вираховується раніше здійснена страхова виплата.

5.5.3. В будь-якому разі сума страхових виплат в зв'язку з одним чи декількома страховими випадками не може перевищувати страхову суму за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування), визначеної щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб.

5.5.4. Страхові виплати резидентам України здійснюються на території України виключно в національній валюті України згідно курсу НБУ на дату настання страхової події.

5.5.5. Страхові виплати нерезидентам України здійснюються за кордон України у валюті страхової суми, визначеної Договором страхування.

5.5.6. Страховик приймає рішення про страхову виплату або про відмову у страховій виплаті протягом 15 (п'ятнадцять) робочих днів, після отримання ним усіх необхідних та належним чином оформлених документів, що встановлюють факт та обставини настання страхового випадку.

5.5.7. Страховик здійснює страхову виплату протягом 15 (п'ятнадцять) робочих днів після прийняття ним рішення про здійснення страхової виплати.

5.5.8. Страховик письмово повідомляє Застраховану особу (спадкоємця) про відмову у страховій виплаті протягом 15 робочих днів після прийняття ним рішення з обґрунтуванням причини відмови.

5.5.9. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, страхову виплату при настанні страхового випадку отримують її законні представники.

5.5.10. Страхові виплати у разі смерті Застрахованої особи здійснюються спадкоємцю, у відповідності до чинного законодавства.

5.5.11. Страхова виплата здійснюється у національній грошовій одиниці України. Страхова виплата Застрахованій особі за послуги, надані їй за кордоном, здійснюється в національній валюті України згідно офіційного курсу валют Національного банку України на дату настання страхового випадку.

6. СТРАХУВАННЯ МАЙНА, ЩО ПЕРЕВОЗИТЬСЯ (БАГАЖУ)

6.1. За Договором на страхування приймаються наступні **страхові ризики за Класом страхування 7 (страхування багажу)**:

6.1.1. Пошкодження, знищення або втрата багажу Застрахованої особи, що перевозиться, та зданий під відповідальність перевізника на час транспортування.

6.2. Страховий випадок – настання події, зазначеної в п. 6.1.1. Частини 2 Договору, ризик виникнення якого застрахований за Договором страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору.

6.3. На страхування приймається лише багаж, який переданий під відповідальність перевізника або був як ручна поклажа у разі подорожування у складі туристичної групи транспортним засобом перевізника, який передбачений договором про надання туристичних послуг.

6.4. Винятки зі страхових випадків:

6.4.1. Страховик не здійснює виплату страхового відшкодування за пошкодження, знищення або втрату щодо нижчезазначених наступних предметів багажу:

- ✓ хутро, хутряні вироби, прикраси, друкуючі пристрої, кіно-, фото-, відеоапаратура, комп'ютерна техніка, ноутбуки, мобільні телефони та ін. та будь-яке приладдя до них та комплектуючі до них, та будь-які носії інформації;
- ✓ коштовності, готівкові грошові кошти, цінні папери, банківські, клубні або дисконтні картки;
- ✓ дорогоцінні метали, дорогоцінні та напівдорогоцінні камені, а також вироби з них.
- ✓ антикварні, стародавні предмети, що представляють велику художню або іншу цінність, й унікальні вироби (єдині у своєму роді, виняткові за своїми якостями або великої рідкості вироби, твори мистецтва);
- ✓ витвори мистецтва і предмети колекцій (у тому числі марок, календарів, значків, рослин і т. п., що являють собою науковий, історичний, художній інтерес, або зібрані в аматорських цілях);
- ✓ проїзні документи, особисті документи, будь-які види документів, слайди, фотознімки, фільмокопії;
- ✓ рукописи, плани, схеми, креслення, моделі, ділові папери, бухгалтерські документи, рукописи, плани, схеми, креслення, моделі;
- ✓ будь-які види протезів, контактні лінзи;
- ✓ наручні і кишенькові годинники;
- ✓ тварини, рослини (в тому числі насіння);
- ✓ засоби авто-, мото-, велотранспорту, повітряні і водні види транспорту, а також запасні частини до них (будь-які вузли, деталі, частини і приналежності до транспортних засобів, механізмів, приладів електронного обладнання тощо);
- ✓ предмети релігійного культу;
- ✓ косметичні засоби, нижня білизна та засоби особистої гігієни;
- ✓ фармакологічні засоби.
- ✓ продукти харчування.

6.4.2. Страховик не відшкодовує збитки, що відбулися через наступні причини:

6.4.2.1. нежиття Страхувальником/Застрахованою особою своєчасних заходів до рятування багажу;

6.4.2.2. невідповідність упаковки (закупорки) або відправлення багажу у пошкоджену стані;

6.4.2.3. особливі властивості або природні якості застрахованого багажу, звичайний знос, природне погіршення якості, цвіль; електричні або механічні несправності аудіо- або відеоапаратури тощо;

6.4.2.4. бій або ушкодження виробів з фаянсу, порцеляни, скла, музичних інструментів і інших тендітних предметів;

6.4.2.5. збиток, заподіяний кислотами, фарбами, аерозолями, ліками і будь-якими рідинами, які перевозяться у багажі;

6.4.2.6. внаслідок конфіскації, реквізиції, арешту, націоналізації, знищення або пошкодження багажу за розпорядженням військової або державної влади;

6.4.2.7. дій внутрішніх властивостей багажу, зумовлених впливом звичайних коливань температури чи вологості, випадіння конденсату, особливих властивостей чи природніх якостей багажу, в тому числі, корозії, гниття, бродіння, придбання запахів; подряпин, рубцювання, відколювання фарби, лакового покриття, емалі тощо.

6.4.2.8. пошкодження вантажу тваринами (гризунами, комахами тощо);

6.4.2.9. пошкодження багажу, що направлений окремо від Застрахованої особи, в тому числі поштовим відправленням;

6.4.2.10. події та випадки, визначені в розділі 2 Частини 2 Договору.

6.5. Дії Застрахованої особи при настанні події, що може бути визнана страховим випадком:

6.5.1. При настанні із застрахованим майном, що перевозиться (багажем) події, яка має ознаки страхового випадку, Застрахована особа зобов'язана:

- ✓ протягом однієї години з моменту виявлення, повного або часткового пошкодження багажу повідомити про це посадових осіб перевізника, якщо багаж був переданий під його відповідальність;
- ✓ отримати підтверджуючі факт втрати (пошкодження, знищення) багажу документи від зазначених установ;
- ✓ здійснити заходи по рятуванню пошкодженого багажу та зменшенню можливої шкоди;
- ✓ протягом 30 (тридцяти) календарних днів після повернення з подорожі (поїздки) звернутись до Страховика та надати Страховику заяву про страхову виплату за формою встановленою Страховиком, до якої долучаються документи, передбачені п. 6.5.2. Частини 2 Договору.

6.5.2. Для отримання страхової виплати Застрахована особа (особа, яка понесла витрати згідно з умовами Договору страхування) повинна/-ні повинна подати Страховику заяву про страхову виплату за формою

встановленою Страховиком, до якої долучаються документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат (збитків), а саме:

- 6.5.2.1. Сертифікат Застрахованої особи;
- 6.5.2.2. належним чином засвідчена копія закордонного паспорту Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону країни перебування (всі сторінки з відмітками);
- 6.5.2.3. належним чином засвідчена копія національного паспорта Застрахованої особи (всі сторінки з відмітками);
- 6.5.2.4. належним чином засвідчена копія довідки про присвоєння Реєстраційного номеру облікової картки платника податків (ідентифікаційного номера) Застрахованій особі;
- 6.5.2.5. належним чином засвідчена копія документа, що підтверджує місце реєстрації Застрахованої особи (якщо ID карток);
- 6.5.2.6. спадкоємці додатково подають свідоцтво про смерть Застрахованої особи та свідоцтво про право на спадщину із зазначенням частки у спадщині кожного із спадкоємців.-
- 6.5.2.7. перелік предметів багажу, які втрачено, знищено або частково пошкоджено із зазначенням їх вартості;
- 6.5.2.8. проїзний квиток в оригіналі, на підставі якого Застрахована особа знаходилась у транспортному засобі;
- 6.5.2.9. багажна квитанція (талон), що підтверджує факт передачі багажу під відповідальність перевізника;
- 6.5.2.10. копія заяви перевізнику про втрату, повне або часткове пошкодження багажу з відміткою перевізника про прийняття заяви;
- 6.5.2.11. документ, який підтверджує втрату, повне або часткове пошкодження багажу (Акт про пошкодження при перевезенні в оригіналі), складений відповідальною особою перевізника;
- 6.5.2.12. копія рішення перевізника про визнання багажу остаточно втраченим (у разі втрати багажу) після проведення процедури пошуку, затвердженої перевізником;
- 6.5.2.13. копія рішення претензійної комісії перевізника про відмову у виплаті компенсації при втраті, повній загибелі або частковому пошкодженні багажу;
- 6.5.2.14. інші документи, які підтверджують факт та обставини настання страхового випадку.

6.5.3. Вищезазначені документи надаються Страховику у формі оригінальних документів або належним чином засвідчених копій згідно з вимогами законодавства України та подаються Страховику (направляються поштою) безпосередньо в офіс Страховика в паперовій формі в оригіналі (крім тих, щодо яких визначене подання в копіях (в тому числі нотаріально засвідчені)).

6.5.4. На вимогу Страховика у випадку, коли документи складені на мові іншій, ніж українська, Страхувальник разом з такими документами має надати їх переклад на українську мову. Зазначені документи мають бути засвідчені у встановленому законодавством порядку.

6.6. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат:

6.6.1. Визначення розміру збитку проводиться по кожному предмету (місцю багажу) окремо та визначається наступним чином:

6.6.1.1. у разі втрати чи знищення багажу, розмір збитку визначається у межах страхової суми за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування), зазначеної щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб, з вирахуванням франшизи, зазначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб.

6.6.1.2. у разі пошкодження багажу, розмір збитку визначається в розмірі витрат на ремонт/відновлення майна, але не більше страхової суми, за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування), зазначеної щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб, з вирахуванням франшизи, зазначеної за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) щодо Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб.

6.6.1.3. при втраті окремих предметів, що входять до складу комплекту, набору тощо, сума збитку визначається як різниця між дійсною вартістю даного комплекту, набору тощо та вартістю предметів, що збереглися.

6.6.2. Якщо втрачений багаж був повернений Застрахованій особі, то вона повинна повернути Страховику отримане страхове відшкодування за вирахуванням пов'язаних із страховим випадком витрат на ремонт (за необхідності) поверненої речі. Різниця страхового відшкодування має бути повернута Застрахованою особою не пізніше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після повернення йому багажу.

6.6.3. Якщо за втрачений або пошкоджений багаж або його частину Застрахованою особою було одержано відшкодування від третіх осіб, Страховик сплачує різницю між сумою, яка підлягає відшкодуванню, та сумою, отриманою від третіх осіб.

6.6.4. При втраті окремих предметів, що входять до складу комплекту, набору тощо, сума збитку визначається як різниця між дійсною вартістю даного комплекту, набору тощо та вартістю предметів, що збереглися.

6.6.5. Страховик приймає рішення про страхову виплату або про відмову у страховій виплаті протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, після отримання ним усіх необхідних та належним чином оформлених документів, що встановлюють факт та обставини настання страхового випадку.

6.6.6. Страховик здійснює страхову виплату протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після прийняття ним рішення про здійснення страхової виплати.

6.6.7.Страховик письмово повідомляє Застраховану особу (спадкоємця) про відмову у страховій виплаті протягом 15 робочих днів після прийняття ним рішення з обґрунтуванням причини відмови.

6.6.8.Страхові виплати резидентам України здійснюються на території України виключно в національній валюті України згідно курсу НБУ на дату настання страхової події.

6.6.9.Страхові виплати нерезидентам України здійснюються за кордон України у валюті страхової суми, визначеної Договором страхування.

7. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ. ФРАНШИЗА

7.1. Страхова сума визначається за взаємною згодою між Страховиком та Страхувальником на кожну Застраховану особу окремо за кожним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) у відповідній валюті страхової суми та зазначається у Бордеро Застрахованих осіб, що є додатком до Договору страхування.

7.2. З метою розрахунку базових страхових платежів Страховик використовує розроблені ним страхові тарифи в залежності від ступеня страхового ризику із застосуванням підвищуючих та понижуючих коефіцієнтів, згідно з Додатком 1 до Договору.

7.3. Страховий тариф щодо Застрахованої особи визначається окремо за відповідним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) та зазначається щодо відповідної Застрахованої особи у Бордеро Застрахованих осіб, що є додатком до Договору.

7.4. Страхова премія щодо кожної Застрахованої особи визначається окремо за кожним класом страхування (ризиком у межах класу страхування) та зазначається у Бордеро Застрахованих осіб, що є додатком до Договору.

7.5. Розмір загальної страхової премії за Договором дорівнює сумі страхових премій щодо всіх Застрахованих осіб, зазначених у Бордеро Застрахованих осіб, що є додатком до Договору.

7.6. Страховик несе відповідальність (зобов'язання щодо здійснення страхової виплати) перед Застрахованими особами якщо за їх страхування Страхувальником Страховику була сплачена страхова премія у розмірі та строки, встановлені Договором страхування.

7.7. Договором страхування в залежності від ризиків, що приймаються на страхування, може бути передбачена безумовна франшиза (в абсолютному розмірі або у відсотках від страхової суми), яка визначається окремо за класом страхування (ризиком у межах класу страхування) та зазначається у Бордеро Застрахованих осіб, що є додатком до Договору або у Частині 2 Договору.

7.8. У випадку, коли умовами п. 3.2.17. Частини 2 Договору страхування передбачений розмір безумовної франшизи інший, ніж зазначений у Бордеро застрахованих осіб, то застосовується розмір франшизи, зазначений у п. 3.2.17. Частини 2 Договору.

7.9. За класом страхування 1 (страхування від нещасного випадку) – франшиза за Договором не встановлюється

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

8.1. Страхувальник має право:

8.1.1. до укладання Договору отримати від Страховика інформацію щодо умов страхового продукту та Договору, інформацію про Страховика та іншу інформацію, визначену законодавством України;

8.1.2. при настанні страхового випадку вимагати від Страховика здійснення страхової виплати в порядку та на умовах передбачених Договором;

8.1.3.отримувати від Страховика інформацію та документи щодо стану виконання Договору;

8.1.4.припинити дію Договору у порядку, передбаченому Договором;

8.1.5.ініціювати внесення змін до Договору;

8.1.6.реалізовувати інші права, передбачені Договором та законодавством України.

8.2. Страхувальник зобов'язаний:

8.2.1.перед укладанням Договору поінформувати Страховика (або страхового посередника, якщо Договір укладається за участі страхового посередника) про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих витрат/шкоди) та прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір страхової премії за Договором;

8.2.2.повідомити Страховику про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу стосовно Застрахованої особи;

8.2.3.сплачувати страхову премію в розмірі та строки, встановлені Договором;

8.2.4.на вимогу Страховика, у разі збільшення ступеня страхового ризику, укласти додатковий договір до Договору про внесення відповідних змін та сплатити додаткову страхову премію;

8.2.5.повідомити Застрахованих осіб про укладений на їх користь Договір та до початку дії страхового захисту ознайомити їх із умовами страхування, порядком дій при настанні страхового випадку, умовами здійснення страхових виплат, переліком документів, необхідних для отримання страхового відшкодування,

8.2.6. до початку дії страхового покриття ознайомити Застрахованих осіб про механізм захисту прав споживачів та порядок урегулювання спірних питань, що виникають у процесі надання страхових послуг; повідомити реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (Національний Банк України, адреса: вул. Інститутська, 9, м. Київ-8, 01601, тел. 0 800 505 24), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів (Головне управління Держпродспоживслужби в м. Києві, 03151, м. Київ, вул. Волинська, 12);

8.2.7. виконувати рекомендації Страховика щодо усунення обставин, що впливають на підвищення страхового ризику, а також самостійно вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку;

8.2.8. сприяти Страховику в розслідуванні причин та обставин настання страхового випадку;

8.2.9. якщо після прийняття рішення про здійснення страхової виплати за Договором виявиться така обставина, що за Договором або законодавством України повністю чи частково позбавляє одержувача страхової виплати права на її (його) отримання – повернути Страховику страхову виплату чи її відповідну частину і відшкодувати витрати Страховика на проведення розслідування та/або експертизи з метою визначення розміру заподіяної шкоди (частину витрат на експертизу, що відповідає співвідношенню частини страхової виплати, яка підлягає поверненню Страховику, і суми страхової виплати за цим страховим випадком) протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика;

8.2.10. надавати під час укладання Договору / протягом дії Договору, у разі зміни інформації/ документів, а також за вимогою Страховика всі чинні документи, дані та інформацію, необхідні Страховику для виконання обов'язків суб'єкта первинного фінансового моніторингу відповідно до чинного законодавства України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення. Повідомляти Страховика про суттєві зміни в установчих документах, структурі власності, кінцевого бенефіціарного власника, країни реєстрації (для юридичних осіб), ідентифікаційних даних, громадянства (для фізичних осіб) тощо;

8.2.11. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором та законодавством України.

8.3. Страховик має право:

8.3.1. запросити у Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки страхового ризику;

8.3.2. перевіряти інформацію, надану Страхувальником/ Застрахованою особою, а також виконання ним(и) вимог та умов Договору;

8.3.3. з'ясовувати причини, обставини і наслідки страхового випадку, звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій у порядку, визначеному статтями 103 та 113 Закону України «Про страхування»;

8.3.4. здійснювати запис телефонних розмов, що стосуються подій, які мають ознаки страхового випадку;

8.3.5. відмовити у страховій виплаті у випадках, визначених Договором та законодавством України;

8.3.6. припинити дію Договору в порядку, передбаченому Договором;

8.3.7. ініціювати внесення змін до Договору;

8.3.8. вимагати від одержувача страхової виплати повернення отриманої страхової виплати (повністю або частково), якщо протягом строку позовної давності, встановленого законодавством України, стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють одержувача страхової виплати на підставі умов Договору права на одержання страхової виплати (повністю або частково);

8.3.9. відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції у випадках, передбачених законодавством України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», зокрема у разі: 1) якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим, та / або Страхувальник не надав необхідні для здійснення належної перевірки документи чи відомості; 2) якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені або подання Страхувальником чи його представником недостовірної інформації / подання інформації з метою введення Страховика в оману; 3) встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику; 4) якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим;

8.3.10. відмовитись від проведення підозрілої фінансової операції

8.3.11. реалізовувати інші права, передбачені Договором та законодавством України.

8.4. Страховик зобов'язаний:

8.4.1. перед укладанням Договору надати Страхувальнику необхідну, повну, достовірну інформацію про страхову послугу та про Страховика в обсязі, визначеному законодавством України;

8.4.2. встановити факт, причини та обставини події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором;

8.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату в строки та розмірі відповідно до умов Договору;

8.4.4. у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомити про це Застраховану особу або іншу особу, на користь якої укладений Договір страхування, у строки, визначені Договором з обґрунтуванням

причин відмови;

8.4.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника/ Застраховану особу, про їх майнове становище та забезпечити збереження інформації, що становить таємницю страхування, крім випадків, встановлених законом;

8.4.6. за несвоєчасне здійснення страхової виплати сплатити пеню в розмірі **0,01%** суми заборгованості за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діє у період, за який нараховується пеня, та не більше ніж за півроку з дати виникнення такого зобов'язання.

8.4.7. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором та законодавством України.

8.5. Застрахована особа має право:

8.5.1. у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та порядку відповідно до умов Договору;

8.5.2. отримати роз'яснення Страховика щодо умов Договору, строків і порядку здійснення страхової виплати;

8.5.3. на звернення до Страховика/ Асистуючої компанії за вказівками щодо порядку отримання необхідної допомоги;

8.5.4. на конфіденційність отримання страхової послуги та інформації про надання страхової послуги, крім випадків, встановлених законом;

8.5.5. на захист своїх прав, у тому числі шляхом відшкодування шкоди, завданої внаслідок порушення його прав та законних інтересів, досудового вирішення спорів щодо надання страхових послуг, звернення до суду та інших уповноважених органів.

8.5.6. реалізовувати інші права, передбачені Договором та законодавством України.

8.6. Застрахована особа зобов'язана:

8.6.1. ознайомитися до початку подорожі із умовами страхування за Договором, порядком дій при настанні страхового випадку, умовами здійснення страхових виплат, переліком документів, необхідних для отримання страхової виплати;

8.6.2. достовірно інформувати Страховика/ Асистанс, медичний заклад про стан свого здоров'я та існуючі ризики щодо його погіршення та інші обставини, що впливають на зміну ступеню ризику;

8.6.3. при настанні події, яка має ознаки страхового випадку, діяти відповідно до умов визначених Договором;

8.6.4. виконувати вказівки Страховика, чи Асистуючої компанії, щодо порядку отримання медичних чи інших послуг;

8.6.5. письмово узгодити зі Страховиком (Асистуючою компанією) витрати у випадках передбачених цим Договором;

8.6.6. вживати всіх можливих заходів щодо запобігання настанню страхових випадків та зменшення витрат (збитків) внаслідок страхової події;

8.6.7. для прийняття Страховиком рішення про виплату або відмову у страховій виплаті надати Страховику всі необхідні документи, в порядку та на умовах, визначених Договором, а також на вимогу Страховика інші (додаткові) документи для встановлення факту, причин, обставин настання події, що має ознаки страхового випадку;

8.6.8. сприяти Страховику (Асистуючій компанії) в розслідуванні факту та обставин настання події, яка може бути визнана страховим випадком;

8.6.9. доводити факт настання страхового випадку та обґрунтовувати розмір своїх витрат або, якщо необхідно, неможливість встановлення зв'язку зі Страховиком або Асистуючою компанією Страховика. При цьому, якщо Застрахована особа не має фізичної змоги повідомити Страховика або Асистуючу компанію про страховий випадок або про здійснення самостійних витрат або про прийняте рішення щодо продовження лікування або про відмову від евакуації, і таке повідомлення здійснюють члени сім'ї Застрахованої особи або особа, яка з ним подорожує, то такі дії Страховик вважає узгодженими зі Застрахованою особою і здійсненими від його імені;

8.6.10. надати Страховику всю інформацію і докази, які Страховик вимагатиме стосовно причин, обставин, наслідків події, що може бути визнана страховим випадком. Усі медичні документи та результати досліджень (отриманих самостійно за власний рахунок), а також інші записи та документи, які можуть мати відношення до предмету цього Договору, мають бути доступні для перевірки Страховиком;

8.6.11. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором та законодавством України.

7. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ, ПОРЯДОК ВСТУПУ ЙОГО В ДІЮ. СТРОК ДІЇ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ, ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ.

7.1. Договір страхування вступає в дію з 00 годин 00 хвилин 15 серпня 2025 року та діє до 24 години 00 хвилин 15 серпня 2026 року.

7.2. В межах строку дії Договору Сторони визначають строк дії страхового покриття щодо Застрахованої особи, який зазначається у Бордеро Застрахованих осіб, що є додатком Договору:

7.2.1. Дія страхового покриття в частині страхування медичних витрат (п.п. 3.1.1.-3.1.3. Частини 2 Договору), в частині страхування інших, ніж медичні витрати (п.п. 4.1.1.-4.1.2. Частини 2 Договору), в частині страхування від нещасних випадків (п.п. 5.1.1.-5.1.3. Частини 2 Договору) починається з моменту перетину Застрахованою особою

прикордонного контролю при виїзді з країни постійного місця проживання за кордон але не раніше з 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати початку дії страхового покриття щодо такої Застрахованої особи, зазначеної у Бордеро застрахованих осіб, що є додатком до Договору та припиняється в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при поверненні з-за кордону в країну постійного місця проживання, але в будь-якому разі не пізніше 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати закінчення страхового покриття щодо такої Застрахованої особи, зазначеної в Бордеро Застрахованих осіб, що є додатком до Договору.

7.2.2. Дія страхового покриття в частині страхування багажу (п. 6.1.1. Частини 2 Договору) починається з моменту передачі багажу під відповідальність перевізника, але не раніше 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати початку дії страхового покриття щодо такої Застрахованої особи, зазначеної у Бордеро Застрахованих осіб, що є додатком до Договору та припиняється в момент отримання багажу від перевізника, але не пізніше 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати закінчення страхового покриття щодо такої Застрахованої особи, зазначеної в Бордеро Застрахованих осіб, що є додатком до Договору.

7.3. Територія дії Договору щодо Застрахованої особи розповсюджується на території країни подорожі та зазначається в Бордеро Застрахованих осіб як окрема країна або одна із географічних зон:

7.3.1. **Географічна зона «1» (графічне відображення Зона 1 або EUROPE або EU).** До Зони 1 входять за винятком України, всі країни географічної Європи, включно із країнами Балтії, Мадейри, Кіпру, а також Алжир, Ізраїль і Об'єднані Арабські Емірати;

7.3.2. **Географічна зона «2»**, до якої входять Тайланд, Індія, Індонезія, Китай, Куба, Малайзія, Багами, Бермуди, Сейшельські острови, Фіджі, Гаваї, Гонг-Конг, Ямайка, Йорданія, Мальдіви, Марокко, Маврикій, Шрі-Ланка;

7.3.3. **Географічна зона «3» (World або W)** до якої входять всі країни світу, за винятком України.

7.3.4. **Географічна зона «4»** - країни масового туризму, до числа яких входять Туреччина, Єгипет та Туніс.

7.4. При цьому страхове покриття не діє на території:

7.4.1. України, в тому числі тимчасово окупованих територіях України;

7.4.2. країни постійного проживання та або країні резиденства Застрахованої особи;

7.4.3. країнах, де ведуться бойові дії, військові заходи або збройні конфлікти;

7.4.4. місцевості, де офіційно оголошено надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха;

7.4.5. країн, які перебувають під наглядом або санкцією ООН;

7.4.6. країн, від відвідування яких рекомендує утриматися Міністерство закордонних справ України.

7.4.7. країн, що здійснюють проти України збройну агресію (в.ч. Російська Федерація, республіка Білорусь тощо);

7.4.8. Ірану, Північної Кореї, М'янми, Сирії.

8. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ

8.1. Страхувальник або інша особа, яка є одержувачем страхової виплати, має право подати до Страховика звернення з питань захисту своїх прав як споживача фінансових послуг.

8.2. Зверненнями вважаються викладені в письмовій або усній формі пропозиції (зауваження), заяви (клопотання) і скарги.

8.3. Звернення може бути подано окремою особою (індивідуальне) або групою осіб (колективне).

8.4. Звернення до Страховика приймаються в будь-який з нижченаведених способів:

8.4.1. письмово, шляхом надсилання звернення поштою на адресу місцезнаходження ПУБЛІЧНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «НАЦІОНАЛЬНА АКЦІОНЕРНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ОРАНТА» (НАСК «ОРАНТА»): Україна, 02081, м. Київ, вул. Здолбунівська, 7Д, корпус Г;

8.4.2. на електронну поштову скриньку (e-mail): oranta@oranta.ua;

8.4.3. шляхом усного звернення:

8.4.4. за допомогою засобів телефонного зв'язку за телефонами: +38 044 537 58 00, +38 044 537 58 83;

8.4.5. на особистому прийомі за адресою: НАСК «ОРАНТА»: Україна, 02081, м. Київ, вул. Здолбунівська, 7Д, корпус Г.

8.5. Усне звернення викладається на особистому прийомі або за допомогою засобів телефонного зв'язку та записується (реєструється) посадовою особою.

8.6. Письмове звернення надсилається поштою або передається споживачем фінансових послуг особисто чи через уповноважену ним особу, повноваження якої оформлені відповідно до законодавства. Письмове звернення також може бути надіслане з використанням мережі Інтернет, засобів електронного зв'язку (електронне звернення).

8.7. У зверненні має бути зазначено: прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання особи, яка подає звернення, викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення повинно бути підписано заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні також має бути зазначено електронну поштову адресу, на яку заявнику може бути надіслано відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку з ним. Застосування електронного цифрового підпису при надсиланні електронного звернення не вимагається.

8.8. Звернення, оформлене без дотримання вимог, зазначених в п. 10.7 Частини 2 Договору, повертається заявнику з відповідними роз'ясненнями не пізніше як через десять днів від дня його надходження.

8.9. Якщо питання, порушені в одержаному зверненні, не входять до повноважень Страховика, він протягом строку, що не перевищує п'ять днів, пересилає звернення за належністю відповідному органу чи посадовій особі, про що повідомляється споживачу фінансових послуг, який подав звернення. У разі якщо звернення не містить даних, необхідних для прийняття обґрунтованого рішення, воно в той же термін повертається споживачу фінансових послуг з відповідними роз'ясненнями.

8.10. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане автором (авторами), а також таке, з якого неможливо встановити авторство, визнається анонімним і розгляду не підлягає.

8.11. Не розглядаються повторні звернення від одного і того ж споживача фінансових послуг з одного і того ж питання, якщо перше вирішено по суті, а також ті звернення, терміни розгляду яких порушено згідно зі ст. 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

8.12. Страховик зобов'язаний розглянути пропозиції (зауваження) та повідомити споживача фінансових послуг про результати розгляду.

8.13. Страховик зобов'язаний об'єктивно і вчасно розглядати заяви (клопотання), перевіряти викладені в них факти, приймати рішення відповідно до чинного законодавства і забезпечувати їх виконання, повідомляти споживача фінансових послуг про наслідки розгляду заяв (клопотань).

8.14. Відповідь за результатами розгляду заяв (клопотань) в обов'язковому порядку дається Страховиком за підписом керівника або особи, яка виконує його обов'язки.

8.15. Рішення про відмову в задоволенні вимог, викладених у заяві (клопотанні), доводиться до відома споживача фінансових послуг в письмовій формі з посиланням на Закон України «Про звернення громадян» і викладенням мотивів відмови, а також із роз'ясненням порядку оскарження прийнятого рішення.

8.16. Скарга подається у порядку підлеглості вищому органу або посадовій особі Страховика, що не позбавляє споживача фінансових послуг права звернутися до суду відповідно до законодавства України, а в разі відсутності такого органу або незгоди споживача фінансових послуг з прийнятим за скаргою рішенням - безпосередньо до суду.

8.17. До скарги додаються наявні у споживача фінансових послуг рішення або копії рішень, які приймалися за його зверненням раніше, а також інші документи, необхідні для розгляду скарги, які після її розгляду повертаються споживачу фінансових послуг.

8.18. Звернення розглядаються і вирішуються у термін не більше одного місяця від дня їх надходження, а ті, які не потребують додаткового вивчення, - невідкладно, але не пізніше п'ятнадцяти днів від дня їх отримання. Якщо в місячний строк вирішити порушені у зверненні питання неможливо, керівник Страховика або його заступник встановлюють необхідний строк для його розгляду, про що повідомляється особі, яка подала звернення. При цьому загальний строк вирішення питань, порушених у зверненні, не може перевищувати сорока п'яти днів. На обґрунтовану письмову вимогу споживача фінансових послуг строк розгляду може бути скорочено від встановленого цим пунктом строку.

8.19. Звернення споживачів фінансових послуг, які мають встановлені законодавством пільги, розглядаються у першочерговому порядку.

8.20. Звернення споживачів фінансових послуг розглядаються без стягнення плати.

8.21. У випадку недосягнення згоди щодо врегулювання спірних питань споживач має право звернутися за захистом своїх прав безпосередньо до Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів за адресою: 01001, м. Київ, вул. Бориса Грінченка, 1, тел. (044) 279 12 70, електронна пошта info@dpss.gov.ua.

13.24. У разі необхідності споживач фінансових послуг може звернутися до Національного банку України, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг:

- для електронного звернення: nbu@bank.gov.ua;
- для листування: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601;
- для подання письмових звернень громадян: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ, 01601;
- усного звернення за телефонами: 0 800 505 240 або +380 44 298 65 55 (пн–чт 9:00 – 18:00, пт 9:00–16:45);
- для запису на особистий прийом: 0 800 505 240 або +380 44 298 65 55.

Громадська приймальня: просп. Науки, 7, корп. 1.

Посилання на розділ «Звернення громадян» офіційного Інтернет-представництва Національного банку: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection/citizens-appeals>.

Страховик:

Директор з організації роздрібних продажів
ПАТ «НАСК «ОРАНТА»

_____ К.Є.Ватан

Страхувальник:

Генеральний директор ТОВ «ДЖОІН-АП!»

Д.Г. Серпухов
Документ підписано у сервісі Вчасно (початок)
Частина 2_ Ген.договір_Travel Insurance_732.pdf

Частина 2_ Ген.договір_Travel Insurance_732.pdf

Документ переглянуто (43051357): 18:13 11.08.2025

Тип сертифікату: кваліфікований

Тип сертифікату: кваліфікований

Тип сертифікату: кваліфікований