

Дата початку дії з «01» січня 2026 року.

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ПОДОРОЖУЮТЬ ПО УКРАЇНІ
«SAVE JOURNEY / VISIT UKRAINE («БЕЗПЕЧНА ПОДОРОЖ»))»
Публічна частина Договору комплексного страхування осіб, які подорожують по Україні
«Save Journey / Visit Ukraine («Безпечна Подорож»))»
Частина 2

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1 Страховий продукт «КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ПОДОРОЖУЮТЬ ПО УКРАЇНІ «SAVE JOURNEY / VISIT UKRAINE («БЕЗПЕЧНА ПОДОРОЖ»))» є стандартним, незмінним та однаковим продуктом для невизначеного кола осіб, які подорожують по Україні. Загальні умови страхового продукту «КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ПОДОРОЖУЮТЬ ПО УКРАЇНІ «SAVE JOURNEY / VISIT UKRAINE («БЕЗПЕЧНА ПОДОРОЖ»))» є публічною частиною Договору комплексного страхування осіб, які подорожують по Україні «Save Journey / Visit Ukraine («Безпечна подорож»))» (далі – **Загальні умови (Оферта)**), та згідно ст.633 Цивільного кодексу України, його умови є однаковими для всіх споживачів.

1.2 Страховик - **Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Трансмагістраль»** здійснює страхування за цими **Загальними умовами (Офертою)**, в межах **Класу страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі»** відповідно до Закону України "Про страхування" (далі – Закон), на підставі ліцензії на здійснення діяльності зі страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування), згідно Витягу Національного банку України із державного реєстру фінансових установ від 26.04.2024 р. щодо переліку фінансових послуг, які може надавати небанківська фінансова установа (далі – Витяг), інформація щодо яких міститься в ДРФУ за посиланням <https://kis.bank.gov.ua/Home/SrchViewLic/20000032960>.

1.3 Положення цих **Загальних умов (Оферти)** поширюються на Договори страхування осіб, які подорожують по Україні, укладених з дати затвердження цих **Загальних умов (Оферти)** по дату, яку зазначає Страховик на веб-сайті Страховика в мережі Інтернет <https://www.transmagistral.com.ua/general-terms-and-conditions-of-the-insurance-product/> як кінцеву дату, або по поточну дату, якщо кінцева дата не зазначена, незалежно від строків дії таких Договорів.

1.4 Страховик - **Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Трансмагістраль»**, скорочене найменування **ПрАТ «СК «Трансмагістраль»**.

код ЄДРПОУ 31630408;

Місцезнаходження: **вул. Острозьких Князів, 32/2, 5й поверх, Київ, 01010, Україна;**

Відомості для сплати страхової премії за Договором страхування: **IBAN UA173226690000026501300696616 в АТ ОЩАДБАНК;**

Відомості для цілей врегулювання подій, що мають ознаки страхових випадків: **телефон 0-800-210185, (044) 596-00-71, електронна пошта: office@transmagistral.com.ua; вебсайт www.transmagistral.com.ua**

з однієї сторони, керуючись ст.ст.207, 633, 634, 641 та 642 Цивільного кодексу України, пропонує будь-якій фізичній особі з повною цивільною правоздатністю та дієздатністю, фізичній особі-підприємцю чи юридичній особі (далі – **Страховальник**) (разом далі – Сторони) укласти Договір страхування осіб, які подорожують по Україні з усіма невід'ємними його частинами (далі разом - **Договір**) на нижчевикладених умовах:

1.4.1. у відповідності до статей 638, 642 Цивільного кодексу України, укладеним вважається Договір, якщо Сторони досягли згоди з усіх істотних умов Договору. Договір укладається шляхом пропозиції однієї Сторони укласти Договір і повним та безумовним прийняттям пропозиції (**акцептом**) другою Стороною. Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили клієнт набуває статусу Страховальника.

1.4.2. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину. За згодою Сторін Договір може бути укладений як у формі електронного, так і у формі паперового документу на підставі Заяви на страхування (далі – **Заява**) на умовах, визначених в Розділі 4 Загальних Умов. Страховальник несе відповідальність за достовірність відомостей, наведених в Заяві. Повноцінний Договір складається з двох частин:

- **індивідуальна частина (поліс)**, що укладається в двох примірниках українською мовою, що мають однакову юридичну силу – по одному для кожної зі Сторін (у разі укладання Договору у формі паперового документу);

- **Загальні умови (Оферта)**, розміщені на веб-сайті Страховика в мережі Інтернет за посиланням <https://www.transmagistral.com.ua/general-terms-and-conditions-of-the-insurance-product/>

1.5 Підписанням індивідуальної частини Договору відповідно до умов, передбачених **Загальними умовами (Офертою)**, Страхувальник:

1.5.1 приймає (акцептує) ці **Загальні умови (Оферту)**;

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

- зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частинами 1 - 5 ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії»;

- з інформацією про стандартний страховий продукт «КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ПОДОРОЖУЮТЬ ПО УКРАЇНІ «SAVE JOURNEY / VISIT UKRAINE («БЕЗПЕЧНА ПОДОРОЖ»))», що розміщена на веб-сторінці Страховика за посиланням: <https://www.transmagistral.com.ua/travel-insurance/> у вигляді Інформаційного документу;

- з інформацією, що передбачена ст. 87 Закону України «Про страхування», в тому числі: про перелік послуг із страхування, що пропонуються Страховиком, про будь-які інші платежі, які клієнт зобов'язаний сплатити у разі укладання Договору; про вид винагороди, яку отримує працівник з реалізації, про порядок та умови її виплати тощо. Зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика за посиланням: <https://www.transmagistral.com.ua/disclosure-of-information/> є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком;

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

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

- на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника та об'єкту страхування) з метою виконання Договору, а також в інших маркетингових цілях, включаючи пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним засобами зв'язку;

- на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

- на здійснення Страховиком дій з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника.

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

У разі виникнення спірних питань споживач має право звернутись до Страховика особисто, за телефонами (044) 596-00-71, 596-00-72, 596-00-73 чи письмово на електронну пошту: office@transmagistral.com.ua або засобами поштового зв'язку на адресу: **вул. Острозьких Князів, 32/2, 5й поверх, Київ, 01010, Україна**. У зверненні зазначається прізвище, ім'я, по батькові, адресу/місце перебування споживача, викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення підписується заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні зазначається електронна поштова адреса, на яку заявнику надсилається відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку зі споживачем. Застосування електронного цифрового підпису для громадян, споживачів страхових послуг при надсиланні електронного звернення не вимагається. Застосування мов у сфері звернень громадян визначає Закон України «Про забезпечення функціонування української мови як державної». Звернення, оформлене без дотримання зазначених вимог, повертається заявнику. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане заявником/заявниками, письмове звернення, що не дає можливість встановити авторство заявника, визнається анонімним і розгляду не підлягає. Не розглядаються повторні звернення від одного й того ж споживача (заявника) з одного й того ж питання, якщо це питання вирішено по суті, а також ті скарги, що надані з порушенням строків, передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

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

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

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

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ

В цих **Загальних умовах (Оферті)** терміни та визначення вживаються в такому значенні:

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

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

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

Вигодонабувач – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору. У разі смерті Застрахованої особи Вигодонабувачем є спадкоємець(ці) за законом, заповітом або спадковим договором; у разі втрати нею дієздатності – опікун; у разі розладу здоров'я – Застрахована особа (опікун – до досягнення нею повноліття).

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.

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

Екстрена медична допомога – комплекс медичних заходів, що направлений на усунення всіх гострих патологічних станів, що призводять до різкого погіршення здоров'я та становлять загрозу життю Застрахованої особи. Допомога вважається наданою, якщо загроза життю або здоров'ю Застрахованої особи усунена, і вона може бути виписана з лікувального закладу, або можлива її медична евакуація для подальшого лікування за місцем проживання. За надану в подальшому медичну допомогу (що розцінюється як планова), Страховик відповідальності не несе, і витрати, понесені Застрахованою особою, на медичні та медико-транспортні послуги не відшкодовує.

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

Загострення хронічного захворювання – стадія перебігу хронічної хвороби, що характеризується посиленням наявних симптомів або появою нових.

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

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

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

Медична допомога здійснюється на базі лікувальних закладів України із муніципальною (комунальною), державною та відомчою формами підпорядкування. Надання медичної допомоги можливе також на базі комерційних закладів, але із урахуванням умов, передбачених цими **Загальними умовами (Офертою)**.

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

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

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

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

Під **заподіянням шкоди життю, здоров'ю, працездатності внаслідок нещасного випадку** розуміють травматичне ушкодження здоров'я (травму, забій, рану, перелом, черепно-мозкова травму, розрив органів, зв'язок, сухожилля тощо, в т.ч. отримані внаслідок дії іншої особи), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження (за виключенням простудного захворювання), тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу тощо); зараження інфекційним захворюванням, якщо інфекційна речовина потрапляє в тіло Застрахованої особи через поранення в результаті нещасного випадку, захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), вивихи, розтягнення, розриви органів, у тому числі розрив хребетного стовпа, тощо.

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

Позначення кодів мети подорожі:

Work (W) – робота, фізична праця. Страховий захист надається в т.ч. під час виконання виробничих та професійних обов'язків в галузях: будівництва, промисловості, транспорту, виробництва, видобування, сільського та комунального господарства, приватних домогосподарств.

Activ Travel (AT) – активний відпочинок. Страховий захист надається в т.ч. під час:

- заняття активними водними видами відпочинку (скутер, снорклінг, "банан" тощо);
- перебування на додаткових екскурсіях з активним відпочинком та підвищеним ризиком травматизму, пересування на тваринах, управління двоколісним транспортом (велосипед, моторолер) тощо;

Sport (S) – професійний, екстремальний спорт. Страховий захист надається в т.ч. під час:

- заняття будь-якими видами польотів в якості пілота чи пасажера, використовуючи дельтаплан, парашут, планер, парашут тощо, включаючи авіаспорт (за винятком здійснення Застрахованою особою рейсового польоту за вказаним маршрутом та за умови оплати вартості проїзду, а також за винятком здійснення Застрахованою особою роботи за наймом в якості пілота чи члена екіпажу повітряного транспорту);
- заняття дайвінгом (на глибину до 40 метрів), походами у гори на висоту до 3 000 метрів, полюванням, гірським велосипедним спортом, спелеотуризмом, джампінгом, стрибками з висоти тощо;
- участі в автомобільних та мотоспортивних заходах (включаючи випробувальні пробіги та ралі);
- участі у спортивних змаганнях та тренуваннях на аматорському та професійному рівні.

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

Travel (T) інша мета – мета подорожі, не зазначена вище: звичайний туризм (пляжний, екскурсійний), діловий туризм (не пов'язаний з фізичною працею) тощо.

Програма страхування – перелік лікувально-діагностичних, транспортних послуг певного обсягу, що надаються Застрахованій особі згідно з Договором.

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

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

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

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

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

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

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

Строк дії Договору – встановлений у Договорі строк. Протягом цього строку у Страховика може виникати обов'язок, у зв'язку з настанням страхового випадку, здійснити страхову виплату Застрахованій особі (Вигодонабувачу).

Франшиза (безумовна) – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором.

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

3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

3.1. Предметом Договору є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.

3.2. Об'єкт страхування:

3.2.1. За Класом 18 - є здоров'я та працездатність Застрахованих осіб, вказаних в індивідуальній частині договору (полісі), а також їх витрати при подорожі.

3.3. Страховими випадками є:

3.3.1. За Класом 18 – здійснення Застрахованою особою, Асистуючою компанією або третьою особою непередбачених витрат, пов'язаних з наданням медичних та інших послуг Застрахованій особі у межах та в обсязі послуг та страхових сум (лімітів відповідальності), передбачених цими **Загальними умовами (Офертою)** та обраною Програмою страхування:

- у зв'язку із захворюванням такої особи, розладом її здоров'я внаслідок нещасного випадку або іншою подією, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), а саме: витрати на отримання медичної допомоги, медичних послуг, уключаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги) певного переліку та якості;

- у зв'язку з дорожньо-транспортною пригодою, поломкою транспортного засобу або іншою подією, на випадок виникнення якої проводиться страхування, уключаючи витрати на отримання допомоги (послуг) із транспортування, витрати на судове чи позасудове врегулювання спору та/або отримання інших послуг (допомоги).

3.4. Програми страхування:

Страховик відшкодовує такі витрати **на медичні та інші послуги**, передбачені обраною Програмою страхування, що включає:

Медичні та інші послуги	Програми страхування		
	Basic Travel	Comfort Travel	Premium Ukraine
Невідкладна медична допомога	ТАК	ТАК	ТАК
Невідкладна стаціонарна допомога	ТАК	ТАК	ТАК
Медикаментозне забезпечення стаціонарного лікування	ТАК	ТАК	ТАК
Репатріація тіла у випадку смерті	ТАК	ТАК	ТАК
Медична евакуація	ТАК	ТАК	ТАК
COVID-19	ТАК	ТАК	ТАК
Невідкладна амбулаторна допомога	НІ	ТАК	ТАК
Медикаментозне забезпечення амбулаторного лікування	НІ	ТАК	ТАК
Невідкладна стоматологічна допомога	НІ	ТАК	ТАК
Підтримка у разі ДТП чи поломки транспортного засобу	НІ	ТАК	ТАК

3.4.1. Програма страхування Basic Travel включає відшкодування витрат на:

- невідкладну медичну допомогу;
- невідкладну стаціонарну допомогу;
- медикаментозне забезпечення стаціонарного лікування;
- репатріацію тіла у випадку смерті;
- медичну евакуацію;
- лікування COVID-19.

За Програмою (в межах витрат на медичні послуги) покривається лікування травматичних пошкоджень отриманих застрахованою особою внаслідок прямої та/або опосередкованої дії ракет та/або їх уламків, безпілотних літальних апаратів будь-яких типів та/або їх уламків, баражуючих боєприпасів та/або їх уламків, засобів протиповітряної оборони, засобів протиракетної оборони та/або їх уламків.

3.4.1.1. Страхова сума за Програмою становить 500 000,00 грн.

3.4.1.2. Ліміт відповідальності в межах страхової суми за видом послуг:

- невідкладна медична допомога – 500 000,00 грн;
- невідкладна стаціонарна допомога – 250 000,00 грн ;
- медикаментозне забезпечення стаціонарного лікування – 25 000,00 грн;
- репатріація тіла у випадку смерті - 250 000,00 грн;
- медична евакуація - 250 000,00 грн;
- лікування COVID-19 - 250 000,00 грн.

3.4.1.3. Франшиза: відсутня.

3.4.1.4. Обмеження: Страхуванню не підлягають особи віком понад 70 років, а також ті, які на момент укладання Договору були визнані у встановленому порядку недієздатними, являлися інвалідами І групи, страждали на тяжкі нервові захворювання (в т.ч. пухлини головного чи спинного мозку, ураження нервової системи, гострий енцефаліт), знаходилися на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись при страхуванні медичних витрат: онкологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному, наркологічному, психоневрологічному, наркологічному, психоневрологічному), центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом).

3.4.2. Програма страхування Comfort Travel включає відшкодування витрат на:

- невідкладну медичну допомогу;
- невідкладну стаціонарну допомогу;
- медикаментозне забезпечення стаціонарного лікування;
- репатріацію тіла у випадку смерті;
- медичну евакуацію;
- лікування COVID-19;
- невідкладну амбулаторну допомогу;
- медикаментозне забезпечення амбулаторного лікування;
- невідкладну стоматологічну допомогу;
- підтримку у разі ДТП чи поломки транспортного засобу.

За Програмою (в межах витрат на медичні послуги) покривається лікування травматичних пошкоджень отриманих застрахованою особою внаслідок прямої та/або опосередкованої дії ракет та/або їх уламків, безпілотних літальних апаратів будь-яких типів та/або їх уламків, баражуючих боєприпасів та/або їх уламків, засобів протиповітряної оборони, засобів протиракетної оборони та/або їх уламків.

3.4.2.1. Страхова сума за Програмою становить 1 000 000,00 грн.

3.4.2.2. Ліміт відповідальності в межах страхової суми за видом послуг:

- невідкладна медична допомога – 1 000 000,00 грн;
- невідкладна стаціонарна допомога – 500 000,00 грн ;
- медикаментозне забезпечення стаціонарного лікування – 50 000,00 грн;
- репатріація тіла у випадку смерті - 250 000,00 грн;
- медична евакуація - 250 000,00 грн;
- лікування COVID-19 - 500 000,00 грн.
- невідкладну амбулаторну допомогу - 100 000,00 грн.;
- медикаментозне забезпечення амбулаторного лікування – 500 000,00 грн.;
- невідкладну стоматологічну допомогу – 2 500,00 грн;
- підтримку у разі ДТП чи поломки транспортного засобу – 50 000,00 грн.

3.4.2.3. Франшиза: 30% від страхової суми у разі надання екстреної амбулаторної допомоги на базі комерційних медичних закладів (за виключенням закладів преміум рівня та брендових клінік, таких як: клініка "Медіком", МЦ "Добробут", Універсальна клініка "Оберіг", та інш.) у випадках, коли відсутня можливість організації допомоги в державних (комунальних) або відомчих медичних закладах, виключно за рішенням Страховика та/або Асистуючої компанії.

3.4.2.4. Обмеження: Страхуванню не підлягають особи віком понад 70 років, а також ті, які на момент укладання Договору були визнані у встановленому порядку недієздатними, являлися інвалідами І групи, страждали на тяжкі нервові захворювання (в т.ч. пухлини головного чи спинного мозку, ураження нервової системи, гострий енцефаліт), знаходилися на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись при страхуванні медичних витрат: онкологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному, наркологічному, психоневрологічному, наркологічному, психоневрологічному), центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом).

3.4.3. Програма страхування Premium Ukraine включає відшкодування витрат на:

- невідкладну медичну допомогу;
- невідкладну стаціонарну допомогу;
- медикаментозне забезпечення стаціонарного лікування;
- репатріацію тіла у випадку смерті;
- медичну евакуацію;
- лікування COVID-19;

- невідкладну амбулаторну допомогу;
- медикаментозне забезпечення амбулаторного лікування;
- невідкладну стоматологічну допомогу;
- підтримку у разі ДТП чи поломки транспортного засобу.

За Програмою (в межах витрат на медичні послуги) покривається лікування травматичних пошкоджень отриманих застрахованою особою внаслідок прямої та/або опосередкованої дії ракет та/або їх уламків, безпілотних літальних апаратів будь-яких типів та/або їх уламків, баражуючих боєприпасів та/або їх уламків, засобів протиповітряної оборони, засобів протиракетної оборони та/або їх уламків.

3.4.3.1. Страхова сума за Програмою становить 1 500 000,00 грн.

3.4.3.2. Ліміт відповідальності в межах страхової суми за видом послуг:

- невідкладна медична допомога – 1 500 000,00 грн;
- невідкладна стаціонарна допомога – 1 000 000,00 грн ;
- медикаментозне забезпечення стаціонарного лікування – 250 000,00 грн;
- репатріація тіла у випадку смерті - 500 000,00 грн;
- медична евакуація - 500 000,00 грн;
- лікування COVID-19 - 500 000,00 грн.
- невідкладну амбулаторну допомогу - 250 000,00 грн.;
- медикаментозне забезпечення амбулаторного лікування – 500 000,00 грн.;
- невідкладну стоматологічну допомогу – 5 000,00 грн;
- підтримку у разі ДТП чи поломки транспортного засобу – 50 000,00 грн.

3.4.3.3. Франшиза: 30% від страхової суми (ліміту відповідальності) у разі надання екстреної амбулаторної допомоги на базі комерційних медичних закладів (закладів преміум рівня та брендів клінік, таких як: клініка "Медіком", МЦ "Добробут", Універсальна клініка "Оберіг", та інш.) у випадках, коли відсутня можливість організації допомоги в державних (комунальних) або відомчих медичних закладах, виключно за рішенням Страховика та/або Асистуючої компанії.

3.4.3.4. Обмеження: Страхуванню не підлягають особи віком понад 70 років, а також ті, які на момент укладання Договору були визнані у встановленому порядку недієздатними, являлися інвалідами I групи, страждали на тяжкі нервові захворювання (в т.ч. пухлини головного чи спинного мозку, ураження нервової системи, гострий енцефаліт), знаходилися на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись при страхуванні медичних витрат: онкологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному, наркологічному, психоневрологічному, наркологічному, психоневрологічному), центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом).

3.5. Медичні та інші послуги

3.5.1. Невідкладна медична допомога, що передбачає:

- 3.5.1.1. виїзд бригади швидкої медичної допомоги державного (комунального) або відомчого медичного закладу;
- 3.5.1.2. експрес діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;
- 3.5.1.3. забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- 3.5.1.4. доставку каретою швидкої медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

Можливе надання невідкладної допомоги на базі комерційних медичних закладів у випадках, коли відсутня можливість організації допомоги в державних (комунальних) або відомчих медичних закладах, виключно за рішенням Страховика та/або Асистуючої компанії.

3.5.2. Невідкладна стаціонарна допомога Застрахованої особи в державному (комунальному) або відомчому медичному закладі допоки стан її здоров'я за рішенням лікаря не дозволить евакуювати її до місця постійного проживання. Екстрене стаціонарне лікування передбачає лікування (в т.ч. перебування та харчування) в умовах стаціонару при наявності хвороб та станів, що потребують термінового стаціонарного лікування, а саме:

- 3.5.2.1. консультації спеціалістів, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- 3.5.2.2. консультативно-діагностичне обслуговування;
- 3.5.2.3. консервативне та оперативне лікування (оперативне лікування, що проводиться негайно або в найближчі години з моменту надходження у стаціонар);
- 3.5.2.4. забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

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

3.5.3. Невідкладна амбулаторна допомога Застрахованої особи в державному (комунальному) або відомчому медичному закладі, що передбачає термінове консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, а саме:

- 3.5.3.1. консультації спеціалістів, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- 3.5.3.2. проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- 3.5.3.3. проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;
- 3.5.3.4. забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

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

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

3.5.4.1. гострим зубним болем;

3.5.4.2. травмами внаслідок нещасного випадку;

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

Ліміт відповідальності Страховика на екстрену стоматологічну допомогу за Програмою А та Програмою В становить 1500 грн.

3.5.5. Медична евакуація Застрахованої особи, що передбачає перевезення до медичного закладу відповідно до рішення лікуючого лікаря, а саме:

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

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

Рішення щодо транспортування та засобів транспортування Застрахованої особи мають право прийняти тільки лікарі, які уповноважені Асистуючою компанією, після консультації з лікуючими лікарями.

3.5.6. Репатріація тіла Застрахованої особи, що передбачає:

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

3.5.6.2. оплату Страховиком витрат на поховання Застрахованої особи на території місця тимчасового перебування. При цьому, такі витрати на поховання не повинні перевищувати вартості перевезення останків.

3.5.7. COVID-19 – надання медичної допомоги, яка пов'язана з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2.

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

3.7. Строк дії Договору - від 3 (трьох) до 365/366 (триста шістдесят п'ять/шість) днів. Строк дії зазначається в індивідуальній частині Договору.

3.7.1 Договір набирає чинності з дати, зазначеної у індивідуальній частині Договору як початок його дії, але не раніше 00 год. 00 хв. (за київським часом) дати, наступної за датою надходження страхового платежу в повному розмірі на рахунок Страховика або страхового посередника, та закінчується о 24 год. 00 хв. дати, що зазначена в Договорі як дата закінчення Договору, якщо інші обставини, передбачені Договором, не призвели до його дострокового припинення. Страховий платіж має бути сплачений одноразово до дати, зазначеної в індивідуальній частині Договору як кінцева дата сплати страхового платежу.

3.8. Розмір страхової суми зазначається в індивідуальній частині Договору.

3.9. Страховий платіж зазначається в індивідуальній частині Договору.

4. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

4.1. Порядок укладання Договору у формі електронного документу.

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

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

4.1.3. Порядок укладання Договору із Страхувальником - фізичною особою.

4.1.3.1 Для укладання Договору Страхувальник, попередньо ознайомившись з інформацією, передбаченою п.1.5.2 цих **Загальних умов (Оферти)**, надає Страховику Заяву про намір укласти Договір, а саме в усній формі:

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

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

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

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

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

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

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

4.1.3.6 Підписана обома Сторонами індивідуальна частина Договору направляється Страхувальнику у формі електронного документу. Сторони домовилися, що відправка підписаної індивідуальної частини Договору у формі електронного документу є належним врученням Договору Страхувальнику. Дата, час, факт відправлення індивідуальної частини Договору Страхувальнику фіксується Страховиком.

4.1.4. Порядок укладання Договору із Страхувальником - юридичною особою.

4.1.4.1 Для укладення Договору Страхувальник (його уповноважена особа), попередньо ознайомившись з інформацією, передбаченою п.1.5.2 цих **Загальних умов (Оферти)**, надає Страховику Заяву про намір укласти Договір, а саме в усній формі:

- **повідомляє** представнику Страховика повне найменування, П.І.Б. підписанта Договору, код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ), місцезнаходження, реквізити банку, в якому відкрито рахунок, і номер поточного рахунка, дату та номер запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, П.І.Б. та номер мобільного зв'язку контактної особи Страхувальника, адресу електронної пошти та **надає документи**, які відповідно до законодавства необхідні для ідентифікації та верифікації Страхувальника;

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

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

4.1.4.2 Страховик, на підставі отриманої Заяви приймає рішення про укладання Договору, формує проект його індивідуальної частини (надалі – Пропозиція) та надсилає її Страхувальнику у вигляді електронного повідомлення. Пропозиція дійсна до вказаної в ній дати.

4.1.4.3 Страхувальник узгоджує умови, викладені в Пропозиції шляхом накладання на індивідуальну частину Договору **КЕП (УЕП)** (на період воєнного часу), із кваліфікованою електронною позначкою дати та часу підписання, та надсилає документи Страховику у вигляді електронного повідомлення.

4.1.4.4 Уповноважена особа Страховика зі свого боку підписує індивідуальну частину Договору **КЕП (УЕП)** (на період воєнного часу) та надсилає підписаний обома Сторонами примірник Договору Страхувальнику.

4.1.4.5 При оформленні електронних документів Сторони домовились дотримуватись наступних вимог:

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

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

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

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

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

4.1.5. Порядок укладання Договору у формі паперового документу.

4.1.5.1 За цим Розділом діють п.п. 4.1.3.1, 4.1.4.1 цих **Загальних умов (Оферти)**.

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

4.4.2 Договір укладається у формі паперового документа з проставленням власноручних підписів Сторін.

4.2. Основні критерії, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та індивідуальні ознаки об'єкта страхування, необхідні для оцінки страхового ризику:

- прізвища, імена, по-батькові Застрахованих осіб, реєстраційні номери облікових карток платників податків, адреса; серія та номер паспорту; дати народження;
- наявність інших чинних договорів страхування щодо об'єкта страхування;
- мета подорожі Страхувальника (Застрахованих осіб);
- строк дії страхового захисту.
- наявність/відсутність показань/протипоказань для здійснення подорожі, інформація щодо перенесення напередодні поїздки критичних захворювань;
- програма страхування;
- наявність ознак, передбачених п.12.1 цих **Загальних умов (Оферти)**, які підпадають під обмеження страхування;
- кількість Застрахованих осіб;
- розмір страхової суми.

5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

5.1. Страхувальник має право:

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

5.1.2. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку на умовах цих **Загальних умов (Оферти)**;

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

5.1.4. у випадку втрати Договору у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката. Після видачі дублікату втрачений примірник Договору вважається недійсним і страхові виплати за ним не здійснюються;

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

5.2. Страхувальник зобов'язаний:

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

5.2.2. протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (хронічні хвороби, їх загострення, висновок лікаря щодо наявності показань/протипоказань для здійснення подорожі у разі, якщо особа що планує подорож має вік старше 65 років, перенесені напередодні поїздки критичні захворювання такі як: інфаркт, інсульт тощо), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором;

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

5.2.4. **інформувати Застраховану особу про укладений на її користь Договір**, надати Застрахованим особам копію Договору для отримання ними медичної допомоги;

5.2.5. при укладенні Договору письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страхування, щодо об'єкта страхування за Договором;

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

5.2.7. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в строк, передбачений Договором;

5.2.8. сприяти Страховику в розслідуванні обставин настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку);

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

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

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

5.3. Застрахована особа має право:

5.3.1. у разі настання страхового випадку, отримувати медичні та інші послуги належної якості в обсязі та в межах лімітів страхування, які передбачені Договором та цими **Загальними умовами (Офертою)**;

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

5.3.3. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку на умовах цих **Загальних умов (Оферти)**.

5.4. Застрахована особа зобов'язана:

5.4.1. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в строк, передбачений Договором;

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

5.4.3. турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;

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

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

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

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

5.5. Страховик має право:

5.5.1. перевіряти достовірність повідомлених Страхувальником відомостей, іншу інформацію, надану Страхувальником, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеня ризику;

5.5.2. на зміну умов Договору та на дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених цими **Загальними умовами (Офертою)**;

5.5.3. направляти запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також можуть самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;

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

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

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

5.5.7. відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати у випадках, передбачених Договором страхування та Законом;

5.5.8. відмовити у страховій виплаті або зменшити її розмір у випадках, передбачених Договором;

5.5.9. вимагати повернення страхової виплати (компенсації фактично понесених витрат), що вже виплачена Застрахованій особі (Вигодонабувачу) у разі виникнення відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, умовами цих **Загальних умов (Оферти)**;

5.6. Страховик зобов'язаний:

5.6.1. ознайомити Страхувальника з цими **Загальними умовами (Офертою)**;

5.6.2. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, передбачений Договором;

5.6.3. у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору рішення про визнання або невизнання випадку страховим;

5.6.4. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або у разі збільшення страхової суми переукласти з ним Договір;

5.6.5. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону.

6. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

6.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.

6.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати пені у розмірі **0,01%** від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діє під час виникнення заборгованості від суми, що підлягає сплаті.

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

7.1. Зміни до індивідуальної частини Договору в період його дії (зміни страхової суми, строку дії Договору тощо) здійснюються за згодою Сторін шляхом укладення додаткового договору до Договору або переукладення Договору.

7.2. Додатковий договір є невід'ємною частиною Договору і укладається у кількості примірників Договору (у разі укладення Договору в формі паперового документу).

7.3. Страхувальник зобов'язаний якнайшвидше, але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо, письмово повідомити Страховика про зміну будь-яких обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії.

7.4. Після отримання від Страхувальника заяви про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до Договору або про дострокове припинення його дії або про продовження строку дії Договору на попередніх умовах.

7.5. У разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення змін у Договір Страховик має право на отримання від Страхувальника сплати додаткового страхового платежу без зміни страхової суми за Договором.

7.6. Страхувальник, якому запропоновано змінити умови Договору, зобов'язаний протягом 5 (п'яти) календарних днів сплатити додатковий страховий платіж.

7.7. У випадку відмови Страхувальника внести зміни до Договору та сплатити додаткову страхову премію, Страховик має право достроково припинити дію Договору на підставі невиконання Страхувальником умов Договору відповідно до цих **Загальних умов (Оферти)** та Закону.

7.8. Якщо ступінь ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то в разі настання страхового випадку Страховик має право відмовити у страховій виплаті за цим випадком.

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

7.9.1 закінчення строку дії Договору;

7.9.2 виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

7.9.3 ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи, за винятком випадків, передбачених ст. 100 Закону;

7.9.4 ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

7.9.5 набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;

7.9.6 виїзду Застрахованої особи на постійне місце проживання за межі України;

7.9.7 в інших випадках, передбачених законодавством України.

7.10. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою однієї зі Сторін. Порядок дострокового припинення дії Договору та розрахунків між Сторонами визначається згідно зі ст. 105 Закону. Максимальна частка Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов Договору становить **70%** від страхової премії.

7.10.1. У разі прийняття рішення Страховиком про дострокове припинення Договору, повернення страхової премії (її частини) здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком оригіналів документів (заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику, у випадку укладання Договору в паперовій формі). Залежно від обставин дострокового припинення Договору, Страховик може запросити додаткові документи, про що робиться обґрунтований запит.

7.10.2. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником та Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення при визнанні випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

8. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

- договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 (тридцяти) календарних днів;

- випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором.

8.2. Про намір відмовитись від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

8.3. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

8.4. У разі прийняття рішення Страховиком про повернення страхової премії повернення здійснюється впродовж 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання Страховиком заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику (у випадку укладання Договору в паперовій формі).

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

9.1. Якщо під час здійснення подорожі на території України у Застрахованій особі виникне потреба в отриманні невідкладних медичних послуг, Застрахована особа зобов'язана якнайшвидше, але не пізніше 24 годин, якщо цьому не перешкоджали об'єктивні причини:

9.1.1. **звернутися до Асистуючої компанії/Страховика** та отримати інформацію щодо подальших дій за телефоном, зазначеним у Договорі.

Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, то Застрахована особа може самостійно звернутися до медичного закладу, що має відповідний дозвіл на здійснення медичної діяльності у країні тимчасового перебування або відповідний договір із Асистуючою компанією та обов'язково пред'явити Договір. В цьому разі повідомлення передається Асистуючій компанії або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту початку отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин (відсутності діючих засобів телефонного зв'язку; непритомний стан Застрахованої (за відсутності інших осіб, які могли б представляти її інтереси) не зв'язалася з Асистуючою компанією для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна самостійно оплатити вартість наданих їй медичних та інших послуг, вона зобов'язана узгодити надані їй послуги та виставлений медичним закладом рахунок до моменту його оплати з Асистуючою компанією чи Страховиком протягом 24 годин після надання такої допомоги (послуг). В цьому випадку вступають в дію умови п.10.3 цих **Загальних умов (Оферти)**. Якщо Застрахована особа протягом 24 годин не узгодила з Асистуючою компанією чи Страховиком надання таких медичних та медико-транспортних послуг, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати за цим випадком.

9.1.2. **повідомити Асистуючій компанії/Страховику:** точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон; назву Страховика, номер Договору; Програму страхування, строк дії Договору; прізвище та ім'я Застрахованої особи; опис події, що трапилася, та характер необхідної допомоги;

9.1.3. після звернення до Асистуючої компанії/Страховика виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій. За вимогою представника Асистуючої компанії/Страховика Застрахована особа повинна надати документи, що підтверджують її особу. У випадку неможливості дотримуватися рекомендацій Асистуючої компанії/Страховика щодо прибуття до медичного закладу чи виклику лікаря до Застрахованої особи – завчасно (до початку надання таких послуг) повідомити Страховика/Асистуючу компанію та скасувати замовлення таких послуг;

9.1.4. сприяти вжиттю Страховиком або Асистуючою компанією необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат;

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

10. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

10.1. Страховик здійснює страхову виплату в межах лімітів, передбачених Договором, за вирахуванням сум, відшкодованих: третіми особами; іншим страховиком за цим страховим випадком, якщо збитки застраховано у кількох страховиків на умовах, передбачених Договором.

10.2. Страхова виплата за цими **Загальними умовами (Офертою)** здійснюється шляхом:

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

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

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

10.3. У випадках, передбачених п.п.10.2.2, 10.2.3 цих **Загальних умов (Оферти)** страхова виплата здійснюється таким чином:

10.3.1. протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, згідно п.10.5 цих **Загальних умов (Оферти)**, Страховик складає страховий акт та приймає обґрунтоване рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті;

10.3.2. якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Застрахованою особою документів, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, що володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати **90 (дев'яносто) календарних днів** з дня отримання останнього документа відповідно до п.10.5 цих **Загальних умов (Оферти)**;

10.3.3. страхова виплата здійснюється впродовж **7 (семи) робочих днів** з дня прийняття Страховиком рішення про виплату.

10.3.4. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом **7 (семи) робочих днів** з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Застраховану особу (її Вигодонабувача, Страхувальника), в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

10.4. Загальна сума виплат за один або декілька страхових випадків, що сталися протягом строку дії Договору, не може перевищувати відповідної страхової суми, визначеної ним. Якщо загальна сума виплат за страховими випадками досягла відповідної страхової суми, то дія Договору по відношенню до такої Застрахованої особи за відповідним видом страхування припиняється.

10.5. Для отримання страхової виплати Застрахована особа (Вигодонабувач, Страхувальник) зобов'язана надати Страховику документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, його причини та розмір збитків:

10.5.1. оригінали таких документів:

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

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

- внутрішній паспорт (свідоцтво про народження) Застрахованої особи;
- довідка про присвоєння ідентифікаційного номеру особи, яка звернулася за страховою виплатою;
- висновок про наявність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Застрахованої особи в момент страхового випадку (якщо Застраховану особу було направлено на такий огляд працівниками відповідного органу Національної поліції або іншого компетентного державного органу) (оригінал);

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

- документи Асистуючої компанії щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком;
- довідка медичного закладу про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причинами, що викликали захворювання, загальними висновками лікаря, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу;
- оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних та медико-транспортних послуг;
- квитанції про оплату наданих медичних та медико-транспортних послуг;
- рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем;
- чеки/квитанції про оплату придбаних медикаментів;
- оригінали проїзних документів;
- документ від компетентних органів, що підтверджує факт настання нещасного випадку (оригінал);
- у випадку смерті: нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; довідка медичного закладу про причину смерті.

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

10.7. Документи, що перераховані у п.10.5 цих **Загальних умов (Оферти)**, повинні бути надані Страховику протягом 10 (десяти) календарних днів після сплати особисто Страхувальником (Застрахованою особою) вартості медичних та медико-транспортних послуг. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з обґрунтуванням причин затримки. При цьому, отримувач страхової виплати повинен звернутися до Страховика з заявою про страхову виплату та надати необхідні документи у строк не пізніше 1 (одного) календарного року з дня настання страхового випадку.

10.8. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про можливість ненадання Страхувальником окремих документів, визначених п.10.5 цих **Загальних умов (Оферти)**.

10.9. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані не в повному обсязі та/або в належній формі, або оформлені з порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення щодо страхової виплати не здійснюється до усунення цих недоліків. Про наявність таких невідповідностей та/або порушень Страховик повідомляє одержувача страхової виплати протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання відповідних документів.

11. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1. Підставами для відмови у страховій виплаті є:

11.1.1. навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями. Кваліфікація дій такої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

11.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладений Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

11.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

11.1.4. одержання Страхувальником повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;

- 11.1.5. несвоєчасна сплата або несплата страхового платежу в розмірі, зазначеному у Договорі;
- 11.1.6. невиконання Страхувальником, Застрахованою особою своїх обов'язків, передбачених цими **Загальними умовами (Офертою)**;
- 11.1.7. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я;
- 11.1.8. отримання Застрахованою особою послуг, що не передбачені обраною Програмою страхування;
- 11.1.9. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди;
- 11.1.10. неузгодження із Асистуючою компанією або із Страховиком розміру та порядку надання медичних та інших послуг без поважних на те причин. До переліку поважних (об'єктивних, незалежних від волі Застрахованої особи) причин, що призвели до неможливості вчасного повідомлення Страховика, належить: відсутність діючих засобів телефонного (стаціонарного або мобільного) зв'язку в місці перебування Застрахованої особи; непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси, а саме родичів Застрахованої особи, які подорожують разом із нею, або осіб, що є застрахованими за Договором);
- 11.1.11. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими цими **Загальними умовами (Офертою)**;
- 11.1.12. інші випадки, передбачені законом.

12. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

12.1. **Страхуванню** не підлягають будь-які особи віком понад 70 років, а також ті, які на момент укладання Договору були визнані у встановленому порядку недієздатними, являлися інвалідами I групи, страждали на тяжкі нервові захворювання (в т.ч. пухлини головного чи спинного мозку, ураження нервової системи, гострий енцефаліт), знаходилися на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись при страхуванні медичних витрат: онкологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному, наркологічному, психоневрологічному, наркологічному, психоневрологічному), центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом).

12.2. **Страховик не відшкодовує** витрати, пов'язані з:

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

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

12.2.3. отруєнням Застрахованої особи, порушення свідомості (у тому числі внаслідок крововиливу у мозок, епілептичним припадком або іншими конвульсіями, що охоплюють все тіло Застрахованої особи) або погіршення психічного стану Застрахованої особи під дією алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів, або інших речовин, що вживалися для сп'яніння, а також медикаментів, на які вимагається рецепт та які приймалися не за призначенням лікаря, або за призначенням особи, що не мала на те відповідної кваліфікації, за виключенням випадків, коли вживання Застрахованою особою таких речовин сталося в результаті протиправних дій третіх осіб;

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

12.2.5. прямою або опосередкованою дією ядерної зброї, енергії, радіації та/або радіоактивного забруднення;

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

12.2.7. події, що трапилися під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, знаходженням під вартою, ув'язнення, а також затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених Кримінально-процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнане незаконними;

12.2.8. випадками звичайної життєдіяльності особи за місцем постійного проживання;

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

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

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

12.2.12. лікуванням хвороб, що передаються переважно статевим шляхом;

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

12.2.14. лікуванням та діагностикою доброякісних та злоякісних онкологічних захворювань, новоутворень, в т.ч. онкогематологічної природи, доброякісних захворювань (D10-D36), хвороб крові та кровотворних органів;

12.2.15. лікуванням та діагностикою хвороб ендокринної системи, діабету, туберкульозу, хвороб та патологій з'єднувальної тканини (ревматизмом, ревматоїдними артритами, і т.ін), хронічних хвороб серця, хронічної ниркової, печінкової недостатності, атеросклерозу, кардіосклерозу, енцефалопатії, виразкових колітів, хвороби Крона, подагри, хронічних хвороб судин: варикозне розширення вен будь-якої локалізації, хронічна венозна недостатність, геморой (крім невідкладних станів);

12.2.16. діагностикою та лікуванням вірусних гепатитів (крім гепатиту А), цирозу, гепатозу;

12.2.17. діагностикою та лікуванням вікових дегенеративно-дистрофічних змін і захворювань (катаракта, глаукома, пневмосклероз, остеопороз, остеохондроз, сколіоз, кіфоз, лордоз, плоскостопість та ін.); при деформуючому остеоартрозі, остеохондрозі, синдромі хребтової артерії покриваються медикаменти та послуги по їх введенню, направлені виключно на зняття больового синдрому;

12.2.18. лікуванням захворювання чи травм, викликаних форс-мажорними обставинами: включаючи, але не обмежуючись прямою або опосередкованою дією військових та пов'язаних з ними ризиків та їх наслідків: війною, вторгненням, ворожими актами або військовими діями (незалежно від того оголошено війну чи ні), військовими маневрами, терористичними актами, громадянською війною, страйком чи громадським заворушенням; заколотом, військовим або народним повстанням, бунтом, революцією, громадським заворушенням у масштабах або з кількістю учасників, що може бути прирівняне до повстання, узурпацією влади, введенням військової влади або військового положення або стану облоги, або будь-якою подією або причиною, результатом якої стало оголошення військового положення або стану облоги; будь-яких військових маневрів, навчань або інших військових заходів, дії мін, торпед, бомб та/або інших знарядь війни, вибухових речовин;

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

12.2.20. лікуванням розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води);

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

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

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

12.2.24. стихійними явищами та їхніми наслідками, несприятливими метеорологічними умовами за умови, що територія, на якій знаходиться Застрахована особа, офіційно визнана (або має статус) компетентними державними органами зоною стихійного лиха.

12.3. До страхових випадків не відносяться і страхова виплата не здійснюється, якщо збитки Застрахованої особи, пов'язані з подією, що не обумовлена як страховий ризик чи випадок в цих Загальних умовах (Оферті), та/або мала місце не під час строку дії Договору чи за межами території дії Договору.

12.4. Страховик не визнає подію страховою та не відшкодовує жодних витрат, якщо мета подорожі, зазначена в індивідуальній частині Договору (код мети подорожі), не відповідає фактичній меті подорожі станом на дату настання події.

12.5. Страховик не відшкодовує непрямі збитки, включаючи, але не обмежуючись моральну шкоду, шкоду, завдану репутації чи іміджу третьої особи, штрафи, пені або інші фінансові санкції, що не є прямим наслідком нанесеної шкоди третім особам.

12.6. Страховик не відшкодовує понесені витрати:

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

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

12.6.3. на діагностику та послуги з усунення косметичних дефектів, реконструктивні та пластичні операції, трансплантацію органів та тканин;

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

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

12.6.6. на послуги з хірургічної корекції зору, у т.ч. із застосуванням лазера; маніпуляції з використанням апаратно-програмних комплексів в офтальмології; планових хірургічних операцій ока, метою яких є корекція короткозорості, далекозорості, астигматизму, лікування глаукоми, катаракти

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

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

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

12.6.10. на трансплантати, протези, ендпротези, імплантати та ряд інших аналогічних медичних виробів, а також витрати на придбання медичного устаткування, зорової оптики (окуляри, лінзи тощо), слухових апаратів та медичних виробів, призначених для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях (термометри, протези, милиці, коляски тощо), їх ремонт або прокат, комірив Шанца, бандажів, еластичних бинтів, компресійного трикотажу, інгаляторних пристроїв (спейсер, небулайзер тощо) тощо, штучного водія ритму, клапанів та інших імплантатів при захворюваннях серця та судин (стенти тощо), нервової та опорно-рухової систем (у т.ч. будь-які ортопедичні пристрої та/або металоконструкції для постійного чи тимчасового заміщення чи корегування структури або функції тощо);

12.6.11. на діагностику та лікування вроджених аномалій та хромосомних порушень, хронічних розладів, станів та захворювань, на вакцинації, імунізації, на медичні довідки та свідчення;

12.6.12. якщо вони пов'язані з діагностикою вагітності, лікуванням ускладнень вагітності, за умови відсутності загрози для життя Застрахованої особи;

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

12.6.14. на лікування в місці постійного проживання Застрахованої особи;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

13.2. Питання, не врегульовані **Загальними умовами (Офертою)**, регулюються законодавством України.

14. АНТИКОРУПЦІЙНІ ЗАСТЕРЕЖЕННЯ

14.1. При виконанні своїх зобов'язань за Договором страхування, Сторони, їх афілійовані особи, працівники не виплачують, не пропонують виплатити і не дозволяють виплату будь-яких грошових коштів або цінностей, прямо або опосередковано, будь-яким особам, для впливу на дії чи рішення цих осіб з метою отримати які-небудь неправомірні переваги чи інші неправомірні цілі.

14.2. При виконанні своїх зобов'язань за Договором страхування, Сторони, їх афілійовані особи, працівники не здійснюють дії, що кваліфікуються застосованими для цілей Договору страхування законодавством, як дача/отримання хабаря, комерційний підкуп, а також дії, що порушують вимоги діючого законодавства та міжнародних актів про протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом.

14.3. Кожна із Сторін Договору страхування відмовляється від стимулювання будь-яким чином працівників іншої Сторони, в тому числі шляхом надання грошових сум, подарунків, безоплатного виконання на їх адресу послуг (робіт) та іншими, не перерахованими у цьому пункті способами, що ставлять працівника в певну залежність і спрямовані на забезпечення виконання цим працівником будь-яких дій на користь стимулюючої його Сторони.

14.4. Будь-яка Сторона може в односторонньому порядку відмовитися від виконання своїх зобов'язань за Договором страхування та/або розірвати Договір страхування у разі порушення іншою Стороною будь-яких зобов'язань, передбачених у пунктах (14.1-14.3) цього антикорупційного застереження.

15. САНКЦІЙНЕ ЗАСТЕРЕЖЕННЯ

15.1. Будь-яка Сторона має право в односторонньому порядку відмовитися від виконання своїх зобов'язань за Договором страхування та/або розірвати Договір страхування у разі, якщо:

- Сторону, та/або учасника Сторони, та/або кінцевого бенефіціарного власника Сторони внесено до списку санкцій OFAC Сполучених Штатів Америки (перелік осіб, до яких застосовано санкції, що визначається The Office of Foreign Assets Control of the US Department of the Treasury);
- до Сторони, та/або учасника Сторони, та/або кінцевого бенефіціарного власника Сторони застосовано обмеження (санкції) інших, ніж OFAC, державних органів США, режим дотримання яких може бути порушено виконанням Договору страхування;
- Сторону, та/або учасника Сторони, та/або кінцевого бенефіціарного власника Сторони внесено до списку санкцій Європейського Союзу (Consolidated list of persons, groups and entities subject to EU financial sanctions);
- Сторону, та/або учасника Сторони, та/або кінцевого бенефіціарного власника Сторони внесено до списку санкцій HM Treasury Великої Британії (список осіб, включених до Consolidated list of financial sanctions targets in the UK та до List of persons subject to restrictive measures in view of Russia's actions destabilizing the situation in Ukraine, що ведеться the UK Office of Financial Sanctions Implementation (OFSI) of the HM Treasury);
- Сторону, та/або учасника Сторони, та/або кінцевого бенефіціарного власника Сторони внесено до списку санкцій Ради Безпеки ООН (зведений список санкцій Ради Безпеки Організації Об'єднаних Націй (Consolidated United Nations Council Sanctions List), до якого включено фізичних та юридичних осіб, щодо яких застосовано санкційні заходи Ради Безпеки ООН);
- Сторону, та/або учасника Сторони, та/або кінцевого бенефіціарного власника Сторони внесено до списку санкцій Ради національної безпеки і оборони України (перелік осіб, до яких рішеннями Ради національної безпеки і оборони України, введеними в дію указами Президента України, застосовано персональні спеціальні економічні та інші обмежувальні заходи (санкції) відповідно до статті 5 Закону України "Про санкції"), якщо виконання Договору страхування або окремих його умов суперечитиме дотриманню санкцій Ради національної безпеки і оборони України;
- щодо товарів та/або послуг за Договором страхування та/або щодо виконання інших умов Договору страхування рішеннями Ради національної безпеки і оборони України, введеними в дію указами Президента України, застосовано персональні спеціальні економічні та інші обмежувальні заходи (санкції) відповідно до статті 5 Закону України "Про санкції"), якщо виконання Договору страхування суперечитиме дотриманню санкцій Ради національної безпеки і оборони України;
- виявлені факти, що кінцевим бенефіціарним власником Сторони або власником частки в 10 і більше відсотків Сторони є російська федерація, громадянин російської федерації або юридична особа, створена та зареєстрована відповідно до законодавства російської федерації;
- виявлена інформація, що громадяни російської федерації або особи, пов'язані з державою-агресором, включені до команд Сторони, та/або учасника Сторони.

Відмова від виконання зобов'язань за Договором страхування та/або розірвання Договору страхування Стороною відбувається шляхом направлення Стороні письмового повідомлення. Договір страхування вважається розірваним на 5 (п'ятий) робочий день з дати відправлення Стороні такого повідомлення іншою Стороною.

Покупець має право в односторонньому порядку відмовитися від виконання своїх зобов'язань за Договором та/або розірвати Договір страхування у разі, якщо:

15.2. Страховик має право відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції у випадках, передбачених статтею 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» (протидія відмивання коштів та фінансування тероризму - ПВК/ФТ), зокрема у разі:

- якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;
- якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені; - встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;
- ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;
- подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;
- 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.

16. КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ ТА ЗАХИСТ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

16.1. Страховик зобов'язується зберігати конфіденційність усієї інформації (у тому числі документів і контактної інформації), отриманої від Страхувальника у зв'язку з виконанням своїх зобов'язань за Договором страхування.

16.2. До конфіденційної інформації відносять персональні дані фізичних осіб, які можуть бути передані у зв'язку з виконанням Договору страхування. Страховик гарантує, що надання та отримання персональних даних, інші

можливі дії з такими даними у зв'язку з виконанням Договору страхування будуть здійснюватися при повному дотриманні законодавства України про захист персональних даних.

16.3. Страховик зобов'язується протягом строку дії Договору страхування та протягом 3 (трьох) років після його припинення забезпечити захист конфіденційної інформації, отриманої в межах такого Договору, і не використовувати цю інформацію для цілей, не пов'язаних з виконанням зобов'язань за Договором страхування.

16.4. Страховик гарантує, що дані зобов'язання будуть дотримуватися усіма особами, що залучаються до виконання Договору страхування (асистанс, страхові посередники тощо).

16.5. Щоб уникнути виникнення спірних ситуацій, до конфіденційної інформації не відноситься інформація, яка:

- уже знаходиться у відкритому доступі;
- повинна бути розкрита згідно з чинним законодавством або на законну вимогу державних органів влади за умови повідомлення іншої Сторони про отримання офіційного письмового документа (відповідного запиту, вимоги, протоколу про виїмку тощо) та/або нормативного акта, згідно з яким (-ими) відбулося розкриття, або відразу після його отримання і, наскільки це можливо, до такого розкриття.

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

17.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана якнайшвидше, але не пізніше 24 годин, коли стало відомо про цю подію, інформувати Асистуючу компанію/Страховика відповідно до страхового ризику, що відбувся із Застрахованою особою, та повідомити про факт та обставини події, що може бути визнана страховим випадком за телефонами, **вказаними в індивідуальній частині Договору страхування**, отримати та виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій.

17.2. Контактні дані Страховика:

- телефон **0-800-210185, (044) 596-00-71**
- електронна пошта: office@transmagistral.com.ua
- адреса для листування: [вул. Острозьких Князів, 32/2, 5й поверх, Київ, 01010, Україна.](#)