Затверджено наказом Голови Правління
від «15» січня 2025 року № 9

Загальні умови комплексного страхового продукту
«Страхування подорожуючих по Україні» №527.1

Ця редакція Загальних умов комплексного страхового продукту «Страхування подорожуючих по Україні»» №527.1 діє з «21» січня 2025 року та припиняє дію із затвердженням та введенням у дію нової редакції Загальних умов страхового продукту «Страхування подорожуючих по Україні».

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Загальні умови комплексного страхового продукту «Страхування подорожуючих по Україні»» розроблені Приватним акціонерним товариством «Українська пожежно-страхова компанія» (далі – **Страховик**) відповідно до вимог Закону України «Про страхування», Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», нормативно-правових актів Національного банку України, чинного законодавства України.

1.2. Страховик на підставі безстрокової ліцензії на здійснення діяльності зі страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування), виданої Національним банком України шляхом внесення запису до Державного реєстру фінансових установ про переоформлення ліцензії 30.04.2024 р., укладає договори комплексного страхування подорожуючих по Україні (далі – **Договір / Договори**) відповідно до цих Загальних умов комплексного страхового продукту «Страхування подорожуючих по Україні» №527.1:

1.2.1. за ризиком «страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон» в межах Класу страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (далі – покриття «Медичні витрати») та

1.2.2. за ризиком «страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання» в межах Класу страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (далі – покриття «Нещасні випадки»).

1.3. Комплексний страховий продукт «Страхування подорожуючих по Україні»» є стандартним страховим продуктом із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

1.4. Положення цих Загальних умов поширюються на Договори, укладені з дати набуття чинності цих Загальних умов до дати набуття чинності нової редакції Загальних умов страхового продукту «Страхування подорожуючих по Україні», незалежно від строків дії таких Договорів страхування.

1.5. Страховик розробляє, затверджує та надає клієнту інформаційний документ про стандартний страховий продукт (уніфікований (стандартизований) документ, що містить загальну інформацію про стандартний продукт) (далі – Інформаційний документ).

1.6. Інформаційний документ надається клієнту в паперовій або електронній формі, у тому числі засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика, або в інший спосіб за домовленістю.

1.7. Договір страхування не є додатковим до товарів, робіт або послуг, що не є страховими.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

2.1. **Активне дозвілля з підвищеним ризиком травмування** – це спосіб проведення дозвілля з використанням рухової активності, що здійснюється епізодично/нерегулярно у формальних чи неформальних організаційних структурах або самостійно без мети участі у спортивних змаганнях, без прагнення досягти спортивних здобутків. До активного дозвілля з підвищеним ризиком травмування відноситься: катання на скейті (скейтбординг), роликових ковзанах, ковзанах, самокаті (в тому числі електросамокаті), велосипеді, санчатах, лижах (крім зазначеного в п. 2.6 Загальних умов), гра у футбол, хокей, гандбол, регбі, стрибки у воду, стрибки на батуті, катання на мотоциклах, квадроциклах, картинг.

2.2. **Асистуюча компанія (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;
2.3. **Вигодонабувач** – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства.
2.4. **Врегулювання страхового випадку** – комплекс заходів Страховика по встановленню факту, причин та обставин страхового випадку, визначенню розміру збитків, складанню страхового акту та виплаті страхового відшкодування або відмові у виплаті страхового відшкодування.
2.5. **Гостре захворювання** – це раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.
2.6. **Екстремальний відпочинок/спорт** – заняття альпінізмом, скелелазанням, стрибками з парашутом, дельтапланеризмом, парапланеризмом, планеризмом, дайвінгом, гірським туризмом, сноубордінгом, фрістайлом, стрибками на лижах з трампліну, гірськолижним спортом.
2.7. **Загострення хронічного захворювання** – це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги.
2.8. **Застрахована особа (**далі **- ЗО) -** фізична особа, про страхування якої укладено Договір страхування, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.
2.9. **Інформаційно-телекомунікаційна система** (далі – **ІТС**) – сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.
2.10. **Кваліфікований електронний підпис (**далі **- КЕП)** — удосконалений електронний підпис, який створюється з використанням засобу кваліфікованого електронного підпису і базується на кваліфікованому сертифікаті відкритого ключа.
2.11. **Компетентні органи** – уповноважені органи держави, до компетенції яких відноситься ліквідація наслідків страхових випадків, фіксація та підтвердження факту настання події, розслідування причин їх виникнення, винесення офіційних роз'яснень з питань, що мають відношення до Страхового випадку (наприклад: Поліція, Пожежна охорона, Гідрометеослужба, відповідні органи інших держав) тощо.
2.12. **Ліміт відповідальності Страховика (Ліміт відповідальності)** – сума, що не перевищує встановлену в Договорі страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. Ліміт відповідальності може бути встановлений за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком або страховим випадком, групою страхових ризиків, медичною послугою тощо.
2.13. **Медикаменти -** ліки, витратні медичні матеріали (бинт, шприци, крапельниці, одноразовий медичний інструментарій тощо), необхідні для надання медичної допомоги.
2.14. **Медична допомога** – комплекс спеціальних медичних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями.
2.15. **Медичні заклади** – підприємства, установи та організації або інші особи, які на законних підставах здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я та надають Застрахованій особі медико-санітарну допомогу, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів та/або послуг медичного характеру, а також забезпечує необхідними медикаментами тощо.
2.16. **Медичні заклади з переліку Асистанса** – медичні заклади, з якими Асистанс уклав договори про співпрацю та у яких Застрахованим особам надаються медичні та інші послуги відповідно до умов Договору.
2.17. **Медичні та інші послуги** – консультації спеціалістів, діагностичні процедури та лікувальні маніпуляції, забезпечення медикаментами, а також інші послуги, передбачені Договором.
2.18. **Невідкладна медична допомога** – медична допомога у разі раптового погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин (підвищення температури тіла вище 39°С, судоми, порушення серцевого ритму, гострі та раптові болі будь-якої локалізації, кровотечі, отруєння чи травми).
2.19. **Невідкладна стаціонарна допомога** – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної та невідкладної медичної допомоги в стаціонарі в перші 3 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення, не сумісні з життям.
2.20. **Непрофесійний (аматорський) спорт** – це спортивна діяльність, спрямована на вдосконалення спортивних навичок та/або досягнення спортивних здобутків шляхом систематичних / регулярних тренувань не більше 3 разів

на тиждень та/або з метою участі у змаганнях, а також безпосередньої участі у спортивних змаганнях, без грошової винагороди.
2.21. **Нещасний випадок** - раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулася внаслідок впливу зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до смерті Застрахованої особи або встановлення їй інвалідності.
2.21.1. До зовнішніх факторів відносяться: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, дія води, техногенна аварія будь-яких систем та/або механізмів, дія інфекційних та/або бактеріальних токсинів, що потрапили в організм Застрахованої особи внаслідок травми (в тому числі правець, лептоспіроз тощо) або укусів тварин, отруйних змій, комах, кліщів (в тому числі енцефаліт, бореліоз тощо), протиправні дії третіх осіб (в тому числі зґвалтування), випадкове потрапляння в дихальні шляхи чужорідних тіл, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, дія сторонніх предметів (транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів тощо), отруєння хімічними речовинами або медичними препаратами, інші фізичні, хімічні, технічні, механічні, біологічні тощо чинники, наслідком впливу яких є порушення анатомічної цілості та/або фізіологічних функцій тканин, органів, систем Застрахованої особи або її смерть.
2.21.2. До порушень анатомічної цілості та/або фізіологічних функцій тканин, органів, систем організму Застрахованої особи відносяться: травми, опіки, отруєння, обмороження, асфіксія, укуси тощо.
2.22. **Професійний спорт** – це професійна спортивна діяльність на умовах контракту, що передбачає отримання грошової винагороди за участь у тренувальному процесі та/або змаганнях, та/або досягнення особистих рекордів (найвищих показників) в спортивних змаганнях, отримання спортивної кваліфікації (розряду, звання, категорії тощо).
2.23. **Страхова виплата (Страхове відшкодування)** – грошові кошти, які виплачуються Страховиком у межах Страхової суми відповідно до умов договору страхування при настанні Страхового випадку.
2.24. **Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок**) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з договором страхування.
2.25. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування здійснює виплату при настанні страхового випадку. Договір страхування вважається виконаним у повному обсязі і припиняє свою дію з моменту виплати страхового відшкодування в розмірі, еквівалентному розміру страхової суми за договором, або за окремим випадком, групі випадків, якщо договором страхування вона була встановлена. Розмір страхової суми зазначається в Договорі страхування.
2.26. **Страхове покриття** – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування.
2.27. **Страховий акт** – документ, що складається Страховиком, та підтверджує рішення Страховика щодо визнання страхового випадку, та регламентує розмір (суму), порядок та термін страхової виплати Вигодонабувачу та/або потерпілій особі (потерпілій стороні) та/або іншій особі відповідно до законодавства.
2.28. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату Страхового відшкодування Вигодонабувачу та/або потерпілій особі (потерпілій стороні) та/або іншій особі відповідно до законодавства.
2.29. **Страховий інтерес** – матеріальна заінтересованість та/або потреба Страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю.
2.30. **Страховий посередник** – страховий брокер, страховий агент, субагент, перестраховий брокер, додатковий страховий агент.
2.31. **Страховий ризик** – подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
2.32. **Страховий тариф** – ставка Страхової премії з одиниці Страхової суми за визначений строк страхового покриття. Страховий тариф розраховується Страховиком у відсотках від страхової суми та визначається індивідуально в кожному конкретному Договорі страхування.
2.33. **Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Українська пожежно-страхова компанія», яке є стороною Договору страхування.
2.34. **Страхувальник** – особа, яка уклала зі Страховиком договір страхування.
2.35. **Строк страхового покриття** – період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов Договору.
2.36. **Ступінь страхового ризику** – вірогідність (більша або менша) настання страхового випадку в залежності від конкретних умов страхування.

2.37. **Територія страхування** – територія (географічна зона), на яку поширюється страхове покриття за Договором страхування, а також обмеження щодо конкретних територій, на які страхове покриття не поширюється.
2.38. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.
2.39. **Хронічне захворювання** – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.
2.40. **Терміни** (визначення), не обумовлені цими Загальними умовами вживаються у визначенні відповідно до законодавства України. Якщо значення будь-якого терміну (визначення) не обумовлено цими Загальними умовами-Офертою та не може бути визначено, виходячи із законодавства, такий термін (визначення) використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

3.1. **Предметом Договору** страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.
3.2. **Об'єктом страхування** за Договором є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи.
3.3. Не може бути застрахованою особа (обмеження страхування), яка на дату прийняття рішення щодо страхування:
3.3.1. молодша 1 року або старша 75 років;
3.3.2. є громадянином російської федерації або республіки білорусь;
3.3.3. визнана у встановленому законом порядку недієздатними, в тому числі психічно хворими;
3.3.4. знаходилася/знаходиться на обліку в наркологічному та/або психоневрологічному спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом, ВІЛ-інфікована;
3.3.5. страждає на важкі нервові захворюваннями (епілепсію, шизофренію тощо), органічні ураженнями опорно-рухового апарату;
3.3.6. страждає на пухлину головного, спинного мозку та хребетного стовпа; на смерть мозку; має або мала гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), гострий енцефаліт;
3.3.7. має чи встановлює на дату укладання Договору I або II групу інвалідності;
3.3.8. визнана безвісти зниклою.
3.4. **Вигодонабувачем** за Договором є Застрахована особа; у разі смерті Застрахованої особи – спадкоємець(ці) Застрахованої особи. У разі настання будь - якого страхового випадку з неповнолітньою Застрахованою особою - батьки, усиновлювачі, піклувальники, опікуни Застрахованої особи.
3.5. Страховими ризиками за Договором є:
3.5.1. **в частині покриття «Медичні витрати»:** гостре захворювання / загострення хронічного захворювання/ травма внаслідок нещасного випадку, що сталося несподівано і становить загрозу для життя та здоров'я Застрахованої особи;
3.5.2. **в частині покриття «Нещасні випадки»**: Нещасний випадок.
3.6. Згідно з умовами Договору Страховик зобов'язується за визначену договором страхування страхову премію здійснити страхову виплату Страхувальнику або особі, яка має право на отримання страхової виплати, у разі настання страхового випадку.
3.7. Страховим випадком є подія, яка передбачена Договором і сталася протягом строку його дії, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або особі, яка має право на отримання страхової виплати, а саме:
3.7.1. **в частині покриття «Медичні витрати»:** здійснення Застрахованою особою або Асистуючою компанією документально підтверджених непередбачених витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистуючих послуг) особі, яка потрапила в скрутне становище під час здійснення нею подорожі (поїздки) у зв'язку з настанням страхових ризиків, зазначених в п. 3.5.1 Загальних умов, що сталися із Застрахованою особою, під час та на території дії Договору, в межах страхової суми та лімітів відповідальності
3.7.2. **в частині покриття «Нещасні випадки»** події, що настали з Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, який стався протягом строку дії Договору, а саме:

- встановлення інвалідності (в тому числі зміна групи інвалідності на вищу) I групи; II групи; III групи; категорії «дитина з інвалідністю» (для Застрахованих осіб віком до 18 років);
- смерть.

3.8. Договором страхування франшиза не передбачається.
3.9. Договір діє на території України, крім:
3.9.1. територій Донецької, Луганської областей України та АР Крим, а також територій на яких ведуться бойові дії або тимчасово окупованих російською федерацією, на дату настання страхового випадку, згідно з Наказом Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій №309 від 22.12.2022 р. та відповідними змінами та доповненнями до нього;

3.9.2. місця постійного проживання та місця реєстрації Застрахованої особи. Місцем постійного проживання вважається місце (територія міста, села, селища міського типу тощо), на території якого Застрахована особа безперервно перебуває більше 182 днів протягом календарного року. Місцем реєстрації вважається місце (територія міста, села, селища міського типу тощо), на території якого Застрахована особа зареєстрована.
3.10. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін, зазначається в Договорі та не може перевищувати 21 календарний день для окремої Застрахованої особи.

4. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

4.1. **Страхувальник має право:**
4.1.1. ознайомитися з умовами Договору, Загальними умовами, Інформаційним документом про стандартний страховий продукт та отримувати від Страховика або страхового посередника будь-яку вичерпну інформацію, що стосується страхового продукту «Страхування подорожуючих по Україні»;
4.1.2. достроково припинити дію Договору згідно Розділу 5 цих Загальних умов;
4.1.3. отримати дублікат Договору у випадку втрати оригіналу;
4.1.4. протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого договору без пояснення причин, в порядку зазначеному в Розділі 6 цих Загальних умов;
4.1.5. ініціювати внесення змін та/або доповнень до умов Договору згідно Розділу 5 цих Загальних умов;
4.1.6. вимагати від Страховика своєчасної страхової виплати (виплати страхового відшкодування) у термін, визначений Договором;
4.1.7. оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика здійснити страхову виплату або її розмір.
4.2. **Застрахована особа має право:**
4.2.1. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору;
4.2.2. отримати роз'яснення Страховика щодо умов Договору, строків і порядку здійснення страхової виплати.
4.3. **Страхувальник зобов'язаний:**
4.3.1. ознайомитися з умовами Договору та Загальними умовами продукту;
4.3.2. повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи;
4.3.3. повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, Застраховану особу про укладений на її користь Договір, і якщо Застрахована особа протягом 30 календарних днів не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення договору страхування, такий договір вважається укладеним на її користь;
4.3.4. своєчасно сплатити страхову премію у розмірі та в порядку визначеному Договором;
4.3.5. при укладанні Договору надати Страховику достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі у письмовій формі інформувати його про будь-яку зміну ступеня ризику протягом 5 робочих днів з дня такої зміни;
4.3.6. при укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкта страхування;
4.3.7. при настанні події, що може бути визнана страховим випадком діяти відповідно до умов та вимог, викладених у Розділі 6 Загальних умов;
4.3.8. вживати всіх заходів для запобігання настання страхового випадку, усунення обставин, що підвищують ступінь страхового ризику, для запобігання та зменшення наслідків події, що має ознаки страхового випадку, у тому числі розміру збитків, завданих внаслідок настання цієї події, а також виконувати рекомендації Страховика та компетентних органів;
4.3.9. не розголошувати третім особам будь-яку інформацію, що стосується обставин Договору, якщо тільки це не відповідає вимогам законодавства України;
4.3.10. достовірно інформувати медичний заклад, Асистанс, Страховика про стан здоров'я Застрахованої особи та існуючі ризики щодо його погіршення та інші обставини, що впливають на зміну ступеню ризику;
4.3.11. надати Страховику всю інформацію і докази, які Страховик вимагатиме стосовно причин, обставин, наслідків події, що може бути визнана страховим випадком. Всі медичні документи та результати досліджень, а також інші записи, що можуть мати відношення до страхового випадку, мають бути доступні для перевірки Страховиком в будь-який час;
4.3.12. для прийняття 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;

4.3.13. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором, Загальними умовами та законодавством України.

4.4. **Застрахована особа зобов'язана:**

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

4.4.2. при настанні події, що може бути визнана страховим випадком діяти відповідно до умов та вимог, викладених у Розділі 6 Загальних умов;

4.4.3. надавати Страховику, Асистансу можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я;

4.4.4. 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, що можуть мати відношення до страхового випадку, мають бути доступні для перевірки Страховиком в будь-який час;

4.4.5. для прийняття рішення про страхову 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, а також розміру вартості медичних послуг;

4.4.6. в період обстеження і лікування виконувати призначення лікаря та приписи медичного персоналу медичного закладу, дотримуватись розпорядку, що існує в медичному закладі;

4.4.7. виконувати рекомендації Асистансу/Страховика щодо дій при настанні події, що може бути визнана страховим випадком;

4.4.8. у випадку перевищення грошової суми за надані медичні послуги понад страхову суму або відповідний ліміт відповідальності Страховика, зазначений у Розділі 8 Загальних умов, компенсувати різницю перевищення за власний рахунок;

4.4.9. попередити працівників медичної установи (лікаря) про факт страхування, та можливість звернення Страховика із запитами для отримання додаткової інформації, необхідної для з'ясування обставин та причин настання страхового випадку, та надати письмовий дозвіл на надання такої інформації Страховику;

4.4.10. якщо після здійснення страхової виплати за Договором виявиться така обставина, що за Договором або чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє одержувача страхової виплати права на її 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 Страховикові, і суми страхової виплати за цим страховим випадком) протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика;

4.4.11. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором, Загальними умовами та законодавством України.

4.5. **Страховик має право:**

4.5.1. перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником/Застрахованою особою відомостей, вимагати надання додаткових документів, що мають значення для визначення ступеня ризику, у будь-який момент строку дії Договору;

4.5.2. робити запити про відомості (в тому числі ті, які є лікарською таємницею), пов'язані з настанням події, яка за умовами Договору може бути визнана страховим випадком, до компетентних органів, підприємств, медичних установ і організацій, що можуть володіти інформацією про обставини настання події, з питань, пов'язаних із розслідуванням причин, обставин і визначенням розміру завданого збитку;

4.5.3. брати участь у заходах, спрямованих на запобігання та зменшення заподіяної шкоди, за власною ініціативою і за власні кошти (самостійно або з залученням експертів) з'ясовувати причини та обставини настання події, що може бути визнана страховим випадком, вимагати від Страхувальника/ Застрахованої особи надання інформації, необхідної для встановлення факту та обставин настання страхового випадку або розміру страхової виплати. Зазначені дії Страховика не є підставою для визнання Страховиком події страховим випадком;

4.5.4. контролювати обсяг, якість та доцільність медичної допомоги, медичних та інших послуг, що надаються Застрахованій особі, відповідно до цього Договору, чинних стандартів, протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених МОЗ України та міжнародних стандартів, протоколів, що базуються на принципах доказової медицини;

4.5.5. залучити за свій рахунок особу відповідної кваліфікації для розслідування обставин події, що може бути визнана страховим випадком;

4.5.6. ініціювати внесення змін та/або доповнень до умов Договору згідно Розділу 5 Загальних умов;

4.5.7. достроково припинити дію Договору згідно Розділу 5 Загальних умов;

4.5.8. 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 або законодавства, права на одержання страхової виплати (повністю або частково);
4.5.9. відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо для цього виникнуть підстави, передбачені Договором;
4.5.10. брати участь у судовому процесі при розгляді будь-яких справ, пов'язаних з настанням страхового випадку;
4.5.11. відкласти прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати у випадках, передбачених Договором.
4.6. Страховик зобов'язаний:
4.6.1. ознайомити Страхувальника (ЗО) з умовами Договору, Загальними умовами, Інформаційним документом про стандартний страховий продукт, та надати будь-яку вичерпну інформацію, що стосується страхового продукту «Страхування подорожуючих по Україні»;
4.6.2. протягом 2-х (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання події, що може бути визнана страховим випадком вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
4.6.3. при настанні страхового випадку та за наявності законних підстав здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк;
4.6.4. у разі настання страхового випадку відшкодувати витрати, понесені Страхувальником для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
4.6.5. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог законодавства;
4.6.6. видати Страхувальнику (ЗО) дублікат Договору у разі втрати оригіналу. Після видачі дублікату втрачений примірник вважається недійсним.
4.6.7. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою/малолітньою, зобов`язання згідно з п. 4.4. цього Розділу несе його уповноважений представник (один із батьків, усиновитель, опікун, піклувальник тощо).
4.7. Страхувальник та Страховик можуть мати інші права і обов'язки, що передбачені Договором.
4.8. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність:
4.8.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати з вини Страховика шляхом сплати пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла на момент прострочення.
4.8.2. Страхувальник (ЗО) несе майнову відповідальність за несвоєчасне виконання грошового зобов'язання шляхом сплати Страховику пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно виконаного грошового зобов'язання за кожний день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше ніж подвійна облікова ставка Національного банку України, що діяла в період, за який нараховується пеня, за умови невиконання п. 4.4.10. Загальних умов.
4.9. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за Договором страхування у разі виникнення обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин) та їх наслідків, які не існували під час укладання Договору страхування та виникли поза волею Сторін. Під форс-мажорними обставинами розуміють, але якими не обмежуються: стихійні лиха, природні катастрофи, пожежі, повені, вибухи або землетруси, дії органів влади, війни, воєнні дії, в тому числі без проголошення війни. Єдиним належним та достатнім документом, що підтверджує настання форс-мажорних обставин в цілому, а також, що мали місце на території проведення антитерористичної операції та/або на тимчасово окупованих територіях України та/або у зонах безпеки, прилеглих до району бойових дій, під час проведення комплексу заходів військового та організаційно-правового характеру, спрямованих на забезпечення національної безпеки та оборони, стримування і відсічі російської збройної агресії, як підстави для звільнення від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань, є сертифікат Торгово-промислової палати України.

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

5.1. Будь-яка домовленість між Сторонами, що несе за собою нові зобов'язання, в обов'язковому випадку письмово підтверджується Сторонами у вигляді додатку або додаткової угоди до Договору (адендуму). Всі додатки, додаткові договори або додаткові угоди до Договору виступають як невід'ємна його частина.
5.2. Зміни та доповнення до умов Договору в період його дії вносяться за взаємною згодою Сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною. Якщо будь-яка зі Сторін

Договору не згодна на внесення змін до умов Договору, в цей же строк вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.
5.3. З моменту отримання заяви однією зі Сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії Договір продовжує діяти на попередніх умовах.
5.4. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у випадках:
5.4.1. закінчення строку дії Договору;
5.4.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
5.4.3. несплати Страхувальником страхової премії у повному обсязі до початку дії Договору;
5.4.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи;
5.4.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
5.4.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;
5.4.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.
5.5. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Страховик має право достроково припинити Договір без згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору, якщо інше не передбачено Договором або законодавством України.
5.6. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю. У разі передачі страхового портфеля страховику-правонаступнику та припинення договору страхування відповідно до частини третьої статті 56 Закону “Про страхування” за ініціативою Страхувальника після такої передачі страховик-правонаступник повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування.
5.7. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов’язана повідомити іншу сторону не пізніш як за 10 календарних днів до дати припинення дії Договору.
5.8. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов’язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.
5.9. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов’язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.
5.10. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.
5.11. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику оригінал Договору разом з заявою про припинення Договору.
5.12. Страховик зобов’язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше ніж протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, крім випадків, передбачених законодавством України.
5.13. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття Страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.
5.14. **Максимальна частка витрат Страховика, пов’язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору, визначається у відсотках від страхового тарифу і складає 65%.** Частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат та зазначається в Договорі.

6. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім:
6.1.1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;
6.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування.
6.2. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі, при цьому відповідне повідомлення, за вибором Страхувальника, направляється в паперовій формі поштою на адресу Страховика, або подається безпосередньо в офісі Страховика або

направляється у формі електронного документа у відповідності до вимог Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», на адресу info@upsk.com.ua із зазначенням банківських реквізитів для перерахування коштів.
6.3. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку в порядку та у строки, визначені цими Загальними умовами або Договором.

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

7.1. Якщо інше не зазначено в Договорі, у разі настання події, що має ознаки страхового випадку (надалі - Подія) Застрахована особа зобов'язана:
7.2. **За покриттям «Медичні витрати»** - у разі розладу здоров'я, пов'язаному з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, нещасним випадком, та для отримання медичної допомоги, медичних та інших послуг звернутися до Асистансу - **ТОВ "Асістанський центр "Ел.Ай.Сі. Асістанс",** тел.: +38 (044) 238-69-70, безкоштовна багатоканальна гаряча лінія: 0-800-500-108, Viber/telegram +38 (097)509-53-06 або безпосередньо до служби екстреної (швидкої) або невідкладної медичної допомоги (якщо на момент настання страхового випадку зв'язок із Асистансом був неможливий) – за необхідності надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги при станах та/або захворюваннях, що загрожують життю Застрахованої особи.
7.2.1. Повідомити співробітнику (лікарю) Асистансу прізвище, ім'я та по батькові Застрахованої особи, номер Договору, причину звернення (скарги), контактний телефон. Вибір медичного закладу, у якому будуть надані послуги Застрахованій особі, типу палати, профілю клініки, обсягу медичних послуг - здійснює співробітник (лікар) Асистансу. Амбулаторно-поліклінічна допомога надається відповідно до розкладу (режиму) роботи медичних закладів та графіку прийому лікарів.
7.2.2. Якщо Застрахованій особі була необхідна невідкладна медична допомога, а повідомити про це було неможливо до початку її отримання, таке повідомлення повинно бути передане співробітнику (лікарю) Асистансу відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, яка діятиме від імені Застрахованої особи – її родичами, працівниками медичного закладу або іншими особами. Перевищення зазначеного строку щодо повідомлення Страховика про настання події, яку може бути визнано страховим випадком, є припустимим у випадку, коли Страхувальник (Застрахована особа) не мав можливості повідомити Асистанс з об'єктивних причин (був непритомний, знаходився у стані амнезії тощо), що повинно бути підтверджено відповідним документом медичного закладу.
7.2.3. Неможливість негайної організації амбулаторно-поліклінічної допомоги Застрахованій особі при зверненні до Асистансу в вечірні години (з 18:00 до 9:00) або в вихідні та (або) святкові дні не є підставою для виклику бригади екстреної (швидкої) допомоги, якщо немає прямих показань для її виклику.
7.2.4. При зверненні до медичного закладу Застрахована особа зобов'язана пред'явити документ, що посвідчує її особу та Договір. У разі відсутності у Застрахованої особи будь-якого з зазначених документів Застрахована особа самостійно оплачує послуги медичного закладу або медичний заклад може надати послуги тільки за умови письмового (за допомогою електронної пошти або телефонних месенджерів) підтвердження від Асистансу про готовність відшкодувати витрати за послуги, що потрібно надати цій особі.
7.2.5. При необхідності отримання Застрахованою особою медичної допомоги у медичному закладі, з яким у Асистансу відсутні договірні відносини, повідомити та узгодити це із Страховиком або Асистансом;
7.2.6. При призначенні лікарем медикаментозного лікування Застрахована особа отримує ліки в медичних закладах з переліку Асистанса (аптечних закладах) безоплатно. У разі відсутності медикаментів в медичних закладах з переліку Асистанса або за необхідності надання невідкладної медичної допомоги медикаменти можуть бути придбані Застрахованою особою за власні кошти в будь-якому аптечному закладі з подальшим відшкодуванням Страховиком їх вартості за умови документального підтвердження (в тому числі наявності рецепта лікаря або виписки з карти амбулаторного/стаціонарного хворого) відповідно до умов Договору.
7.2.7. При отриманні медичної допомоги, медичних та інших послуг Застрахована особа зобов'язана:
7.2.7.1. попередити працівників медичної установи (лікаря) про наявність цього Договору та можливість звернення Асистансу/Страховика з запитами для отримання додаткової інформації, необхідної для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку, а також інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи, та надати письмовий дозвіл на надання медичною установою такої інформації Асистансу/Страховику;
7.2.7.2. забезпечити виконання призначення лікаря, докладати всіх зусиль для зведення наслідків страхового випадку до мінімуму, вживати усіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру шкоди.

7.3. **За покриттям «Нещасні випадки»** - письмово повідомити Страховика про настання Події протягом 2 (двох) робочих днів з моменту, коли Страхувальнику (Застрахованій особі або Вигодонабувачу) стало відомо про цю подію, за формою, встановленою Страховиком.

8. ВИТРАТИ, ЯКІ ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК В ЧАСТИНІ ПОКРИТТЯ «МЕДИЧНІ ВИТРАТИ».

8.1. Страховик відшкодовує вартість лише офіційно наданих платних медичних та інших послуг в медичних закладах державної або комунальної форми власності, згідно з документами, що підтверджують оплату наданих послуг.

8.2. При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує вартість медичної допомоги, медичних та інших послуг (включаючи медикаменти), наданих Застрахованій особі, у межах страхової суми для цієї Застрахованої особи та лімітів, зазначених у цьому пункті Договору, а саме вартість:

8.2.1. Екстреної (швидкої) медичної допомоги, яка передбачає:

а) цілодобовий прийом викликів безпосередньо шляхом звернення Застрахованої особи до диспетчерського пункту Асистансу Страховика;

б) виїзд бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги з медичного закладу, найближче розташованого до місця настання страхового випадку, або який зможе найшвидше надати бригаду для виїзду;

в) надання екстреної (швидкої) медичної допомоги в травмпункті при розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку (вправлення вивихів; накладення гіпсу; ін'єкції (уколи); блокади (знеболення); перев'язки (накладення пов'язок, шин); зупинка кровотечі тощо);

г) експрес-діагностику, проведення лабораторних тестів та встановлення попереднього діагнозу;

ґ) надання екстреної допомоги за життєвими показниками;

д) забезпечення медикаментами для надання екстреної допомоги на догоспітальному етапі;

е) лікувальні маніпуляції (ін`єкції, накладання шин, реанімаційні заходи та інша висококваліфікована медична допомога);

є) транспортування каретою екстреної (швидкої) медичної допомоги до медичного закладу, визначеного Асистансом, або до чергового (ургентного) відділення медичного закладу, найближчого до місця настання події, для проведення подальшого лікування;

ж) консультативно-організаційне супроводження співробітником Асистансу (у телефонному режимі).

8.2.2. Невідкладної стаціонарної допомоги, яка передбачає лікування в умовах стаціонару медичного закладу, визначеного Асистансом, або в черговому (ургентному) відділенні, найближчому до місця настання події, за наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування, включаючи:

а) консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі. лікарів вузькопрофільної спеціалізації (як за основним захворюванням, так і за супутнім захворюванням, що впливає на перебіг основного);

б) діагностичні дослідження (лабораторні та інструментальні) за призначенням лікаря;

в) лікувальні маніпуляції (перев`язки, ін`єкції, блокади та ін.) під час перебування в стаціонарі;

г) консервативне та оперативне лікування, в тому числі. реанімаційні заходи, анестезіологічне забезпечення (наркоз);

ґ) перебування в палатах, стандартних для медичного закладу, в тому числі. у відділенні інтенсивної терапії; використання операційного блоку та післяопераційної палати;

д) харчування, стандартне для медичного закладу;

е) фізіотерапевтичні процедури з метою лікування основного захворювання;

є) транспортування (перевозка у супроводі медичного персоналу) Застрахованої особи в інший медичний заклад за медичними показаннями згідно з направленням лікуючого лікаря у випадках неможливості надати необхідну медичну допомогу в цьому закладі;

ж) консультативно-організаційний супровід співробітником Асистансу (у телефонному режимі).

8.2.3. Медикаментів при невідкладному стаціонарному лікуванні. Страховик відшкодовує вартість медикаментів, необхідних при невідкладному стаціонарному лікуванні, в межах **50%** від страхової суми для цієї Застрахованої особи один раз протягом строку дії Договору.

8.2.4. Невідкладної амбулаторно-поліклінічної допомоги, яка передбачає консервативне та оперативне лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах медичного закладу, визначеного Асистансом, якщо Застрахована особа знаходиться у стані, що загрожує життю та здоров'ю Застрахованої особи, включаючи:

а) консультації лікарів, в тому числі. лікарів вузькопрофільної спеціалізації в умовах поліклініки;

б) проведення лабораторних досліджень (загальноклінічних та біохімічних) за призначенням лікаря в умовах поліклініки;

в) проведення інструментальних методів/досліджень (функціональних, ендоскопічних, ультразвукових (крім доплерографії), рентгенологічних (крім комп'ютерної та (або) магнітно-резонансної томографії)) за призначенням лікаря в умовах поліклініки;

г) призначення схеми лікування (виписка рецептів на придбання медикаментів, роз'яснення щодо прийому медикаментів, консультування з дотримання режиму та харчування);
ґ) денний стаціонар;
д) лікувальні маніпуляції (перев`язки, ін`єкції, блокади тощо);
е) проведення хірургічних операцій в амбулаторно-поліклінічних умовах та інших лікувальних заходів і маніпуляцій;
є) забезпечення персональною амбулаторною карткою;
ж) консультативно-організаційне супроводження лікаря Асистансу (у телефонному режимі).
Страховик відшкодовує вартість медичних послуг, необхідних при невідкладному амбулаторно-поліклінічному лікуванні, в межах **30%** від страхової суми для цієї Застрахованої особи один раз протягом строку дії Договору.
8.2.5. Медикаментів при амбулаторно-поліклінічному лікуванні. Страховик відшкодовує вартість медикаментів, необхідних при невідкладному амбулаторно-поліклінічному лікуванні, один раз протягом строку дії Договору в межах такої суми для однієї Застрахованої особи:
- для страхових сум 3 000,00 грн і 5 000,00 грн – в межах **600,00** грн.;
- для страхової суми 10 000,00 грн - в межах **900,00** грн.
8.2.6. Екстреної (невідкладної) стоматологічної допомоги, що передбачає:
а) консультацію лікаря стоматолога;
б) знеболення, зняття гострого зубного болю;
в) встановлення тимчасової пломби;
г) проведення рентгенологічного дослідження;
ґ) невідкладного хірургічного втручання.
Страховик відшкодовує вартість стоматологічних послуг в межах **700,00** грн. для однієї Застрахованої особи один раз протягом строку дії Договору.
8.3. Страховик відшкодовує вартість лікування одного загострення хронічного захворювання, що не є виключенням зі страхових випадків, в поліклінічних умовах, або одного курсу стаціонарного лікування протягом строку дії Договору.
8.4. При лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах гострих захворювань, загостренні хронічного захворювання та розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку Страховик відшкодовує вартість медикаментів до стабілізації стану здоров'я Застрахованої особи, але не більше ніж на строк до 14 (чотирнадцяти) днів та у кількості не більше 3 (трьох) препаратів на один страховий випадок.
8.5. Страховик організовує надання медичної допомоги, медичних та інших послуг у населеному пункті, де розташований медичний заклад, з яким співпрацює Асистанс. Якщо у місці настання страхового випадку відсутній медичний заклад з переліку Асистансу, Застрахована особа за погодженням з лікарем Асистансу, самостійно сплачує вартість медичних та інших послуг за власний рахунок, після чого надає письмову заяву Страховику про відшкодування витрат за сплачені нею послуги. Страховик здійснює страхову виплату лише за узгоджені лікарем Асистансу витрати на медичні та інші послуги, що передбачені Договором, та на медикаменти безпосередньо Застрахованій особі в безготівковій формі на її особистий рахунок.
8.6. Умовами Договору можуть передбачатися інші витрати, які відшкодовує Страховик при медичному страхуванні та/або ліміти відповідальності Страховика.

9. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

9.1. При зверненні Застрахованої особи до медичних закладів з переліку Асистанса та отримання медикаментів за рецептом лікаря, Страховик здійснює страхову виплату на підставі документів, наданих медичними закладами, шляхом перерахування на рахунок медичних та/або аптечних закладів вартості медичних та інших послуг (в тому числі медикаментів), отриманих Застрахованою особою.
9.2. Якщо Застрахована особа самостійно звернулася до медичних закладів, що не входять до переліку Асистанса, та оплатила медичні та інші послуги за власний рахунок, то для отримання страхової виплати Застрахована особа зобов'язана надати Страховику письмову заяву та інші документи, відповідно до п. 9.3 Загальних умов.
9.3. Для встановлення причин, наслідків, обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, прийняття рішення про здійснення виплати або відмову здійснити виплату та визначення її розміру Страхувальник (Застрахована особа/Вигодонабувач) зобов'язаний надати Страховикові такі документи, оформлені відповідно до вимог чинного законодавства України:
9.3.1. Заяву про страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;
9.3.2. Договір або його дублікат, що належить Страхувальнику;
9.3.3. Документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати особу одержувача страхової виплати та підтверджують її право на отримання страхової виплати;
9.3.4. **За покриттям «Медичні витрати»**, якщо Застрахована особа (одержувач страхової виплати) самостійно оплатила вартість медичної допомоги та/або медикаментів:

9.3.4.1. Довідку лікаря медичного закладу (виписку з історії хвороби стаціонарного хворого, виписка з амбулаторної картки хворого, консультативний висновок, акт виконаних робіт тощо) з визначеним діагнозом Застрахованої особи, датою звернення до медичного закладу, переліком наданих послуг з повною калькуляцією їх вартості та призначених у зв'язку з цим захворюванням медичних послуг та медикаментів, завірену підписом лікаря та печаткою лікаря або медичного закладу;

9.3.4.2. Фіскальний чек (у разі відсутності в медичному закладі касового апарата – квитанцію до прибуткового касового ордера або квитанцію банку), товарний чек (якщо у фіскальному чеку відсутні назви послуг чи препаратів) про сплату отриманих медичних послуг та медикаментів;

9.3.4.3. У разі самостійного придбання ліків в період лікування в стаціонарі Застрахована особа додатково надає довідку лікаря, завірену печаткою медичного закладу, про відсутність в медичному закладі відповідних ліків, які за визначенням лікаря необхідні для проведення призначеного курсу лікування;

9.3.4.4. У разі отримання медичних та інших послуг у приватного підприємця (фізичної особи-підприємця), додатково надається копія його свідоцтва платника податків за поточний рік, а при звернені в будь-який лікувальний заклад приватної форми власності поза переліком Асистанса - також копія його ліцензії на надання медичних та інших послуг, рекомендованих (призначених) Застрахованій особі;

9.3.4.5. Висновок про наявність та ступінь алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Застрахованої особи в момент настання страхового випадку (якщо Застраховану особу було направлено на таке дослідження лікарем або працівниками МВС);

9.3.4.6. Інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика, необхідні для прийняття рішення про здійснення виплати та розрахунок розміру страхової виплати або про відмову здійснити виплату.

9.3.5. **За покриттям «Нещасні випадки»:**

9.3.5.1. Оригінал або нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть; Лікарське свідоцтво (фельдшерську довідку) про смерть або довідка лікувального закладу про причину смерті;

9.3.5.2. Матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті, якщо таке розслідування проводилося;

9.3.5.3. Оригінал документа, що засвідчує право на спадщину особи, яка звернулася за страховою виплатою;

9.3.5.4. У випадку стійкої втрати працездатності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (якщо Застрахована особа є повнолітньою особою): оригінал (завірена копія) довідки, яка видана Державною установою (органом, відомством), що уповноважена видавати документи встановленого державою зразка щодо встановлення групи інвалідності. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою особою: висновок Державної установи (органу, відомства), що уповноважена видавати документи встановленого державою зразка щодо встановлення Застрахованій особі категорії «дитина з інвалідністю». У разі необхідності, Страховик підтверджує стійку втрату працездатності результатами обстеження у Головному бюро судмедекспертизи МОЗ України та клініці, обраній Страховиком (у дипломованого лікаря експерта);

9.3.5.5. У всіх випадках, коли в розслідуванні обставин, що спричинили настання страхового випадку, брали участь органи МВС, прокуратури та інші правоохоронні органи: копію заяви або повідомлення Страхувальника, Застрахованої особи (Вигодонабувача) про кримінальне правопорушення до органу державної влади, уповноваженого розпочати досудове розслідування; документ, що підтверджує внесення органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, відомостей про кримінальне правопорушення до Єдиного реєстру досудових розслідувань за ознаками відповідного злочину, передбаченого законом України про кримінальну відповідальність, із зазначенням попередньої правової кваліфікації кримінального правопорушення; копію постанови слідчого чи прокурора або ухвали суду про закриття кримінального провадження чи зупинення досудового розслідування або рішення (вироку) суду у разі їх наявності.

9.3.5.6. Інші документи на обґрунтований письмовий запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку.

9.4. Документи надаються Страховику українською мовою, у формі оригінальних або нотаріально засвідчених примірників, або простих копій, за умови надання можливості звірки цих копій з оригінальними примірниками документів.

9.5. До документів, за якими не може бути здійснена страхова виплата, відносяться:

9.5.1. Документи, які оформлені не у відповідності із вимогами чинного законодавства України, та/або документи медичних закладів, підприємств, установ, закладів та (або) організацій, які створені та (або) діють не на підставі чинного законодавства України;

9.5.2. Довідки, консультативні висновки, акти виконаних робіт, калькуляції витрат, товарні чеки аптечних закладів тощо без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій до

прибуткових касових ордерів), що підтверджують факт оплати отриманих медичних та інших послуг або медикаментів;
9.5.3. Квитанції без номера, без зазначення код ЄДРПОУ;
9.5.4. Товарні чеки від фізичних осіб - підприємців без номера, підпису або печатки фізичної особи - підприємця;
9.6. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані в неповному обсязі та/ або в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), рішення про здійснення виплати або відмову її здійснити приймається після отримання документів, оформлених у належній формі та наданих у необхідному обсязі. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє в письмовій формі одержувача страхової виплати протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання таких документів.
9.7. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, за письмовою згодою Страховика може бути зменшено перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат і які повинні бути надані Страховикові.
9.8. **За покриттям «Медичні витрати»:**
9.8.1. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати одержаних Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та інших послуг (в тому числі медикаментів) у межах страхової суми для цієї Застрахованої особи та лімітів відповідальності Страховика, зазначених у Розділі 8 Загальних умов. Страхові виплати можуть бути здійснені:

- Медичному закладу, який надав Застрахованій особі медичні та інші послуги (в тому числі медикаменти), якщо Застрахована особа за направленням Асистансу звернулася до медичного закладу з переліку Асистанса, або
- Застрахованій особі (одержувачу страхової виплати), якщо вона звернулася до медичних закладів, що не входять до переліку Асистанса, та самостійно оплатила вартість медичної допомоги та/або медикаментів у випадку, коли Асистанс не мав можливості організувати необхідну медичну допомогу, за умови обов'язкового попереднього (до їх отримання) узгодження з Асистансом. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість одержаних медичних та інших послуг (в тому числі придбала медикаменти), Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі (одержувачу страхової виплати), розмір якої визначається на підставі документів, що підтверджують здійснені витрати та передбачені у п. 9.3. Загальних умов.

9.8.2. Страховик відшкодовує вартість призначених лікарем медикаментів при невідкладному стаціонарному та /або амбулаторно-поліклінічному лікуванні, що зареєстровані як лікарські засоби в Україні та входять до Державного реєстру лікарських засобів.
9.9. **За покриттям «Нещасні випадки»:**
9.9.1. При встановленні Застрахованій особі інвалідності або зміні групи інвалідності на вищу внаслідок нещасного випадку, категорії «дитина з інвалідністю» (для Застрахованих осіб віком до 18 років) внаслідок нещасного випадку страхова виплата здійснюється Страховиком в наступному розмірі:

- 100% страхової суми при встановленні 1-ої групи інвалідності;
- 80% страхової суми при встановленні 2-ої групи інвалідності;
- 60% страхової суми при встановленні 3-ої групи інвалідності;
- 100% страхової суми при встановленні категорії «дитина з інвалідністю» (для Застрахованих осіб віком до 18 років);

9.9.2. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку страхова виплата здійснюється Страховиком у розмірі 100% страхової суми, з врахуванням попередніх виплат, що були здійснені за страховими випадками по ЗО.
9.10. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх належним чином оформлених документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитків та які необхідні для здійснення страхової виплати, Страховик:
9.10.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складання страхового акту за визначеною Страховиком формою і протягом 10 (десяти) робочих днів з дня складання страхового акту здійснює страхову виплату шляхом перерахування суми страхової виплати на рахунок одержувача страхової виплати.
9.10.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття рішення про відмову з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.
9.10.3. Приймає обґрунтоване рішення про відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати згідно п. 9.12. Загальних умов та письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття такого рішення протягом 10 (десяти) робочих днів з дня його прийняття.
9.11. У разі виникнення спорів між Страховиком та Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) щодо причин і розміру витрат кожна зі Сторін має право вимагати проведення

незалежної експертизи за рахунок Сторони, яка вимагає проведення такої експертизи. У разі визнання події страховим випадком особі, яка оплатила вартість експертизи, відшкодовується оплачена вартість експертизи в межах страхової суми.
9.12. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати якщо:
9.12.1. У Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем відомостей і документів. Строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у її здійсненні) продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджувальних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до п.8.3. Загальних умов;
9.12.2. На підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір страхової виплати. У такому випадку Страховик має право призначити розслідування або експертизу, виконувану незалежним фахівцем (експертом), який має відповідно до законодавства України належні повноваження, з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку та розміру страхової виплати. При цьому Страховик складає страховий акт не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання Страховиком остаточних результатів такого розслідування або експертизи, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до п. 9.3. Загальних умов;
9.12.3. Органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, щодо події, що може бути визнана страховим випадком, було розпочате досудове розслідування, протягом здійснення якого Страхувальника (Застрахованої особи, іншої особи, на користь якої укладено Договір) було визнано підозрюваним або обвинуваченим, рішення про здійснення або відмову здійснити страхову виплату приймається Страховиком після закриття кримінального провадження, зупинення досудового розслідування або винесення вироку суду.
9.13. Після здійснення страхової виплати відповідний ліміт відповідальності Страховика зменшується на розмір здійсненної виплати.

10. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

10.1. Підставою/причиною для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:
10.1.1. 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;
10.1.2. вчинення Страхувальником, Застрахованої особою умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;
10.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;
10.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (ЗО, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);
10.1.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором;
10.1.6. порушення Страхувальником (ЗО) умов Договору;
10.1.7. невиконання Страхувальником (ЗО) своїх обов'язків за Договором;
10.1.8. створення Страхувальником (ЗО, Вигодонабувачем) Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
10.1.9. несплата Страхувальником страхової премії в розмірах та в строки, які встановлені в Договорі;
10.1.10. ненадання документів згідно Розділу 9 Загальних умов;
10.1.11. інші випадки, передбачені законодавством України або Договором.

11. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Договори страхування укладаються відповідно до законодавства, за умови наявності у потенційного Страхувальника страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.
11.2. До укладення Договору страхування з метою прийняття Клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору, Страховик надає Клієнту доступну та вичерпну інформацію в обсязі та в порядку, що передбачено частинами 2 - 5 ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», в тому числі: про страховий продукт з урахуванням потреб Клієнта; про Страховика, про відокремлений

структурний підрозділ (у разі, якщо Договір укладено в такому структурному підрозділі) та страхового посередника (у разі, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника).
11.3. Індивідуальні консультації щодо умов страхового продукту та рекомендації (пропозиції), яке саме страхове покриття максимально відповідатиме вимогам та потребам Клієнта у страхуванні, за страховим продуктом «Страхування подорожуючих по Україні» не передбачені.
11.4. Страхувальник перед укладенням договору страхування зобов'язаний проінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію, у тому числі про наявність страхового інтересу, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування та/або про розмір страхової премії за договором страхування. До обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, відносяться:
10.3.1. вік ЗО;
10.3.2. стан здоров'я ЗО;
10.3.4. маршрут та мета подорожі;
10.3.5. строк подорожі.
11.5. При укладенні договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника документи, необхідні для оцінки страхового ризику та укладання договору страхування.
11.6. В Договорі може бути передбачено, що окремі положення цих Загальних умов не включаються в Договір і не діють в конкретних умовах страхування, або умови Договору доповнюються іншими умовами за згодою Сторін, або ж умови Договору мають пріоритет над цими Загальними умовами.
11.7. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі, з дотриманням вимог законодавства України про мови, на підставі письмової або зробленої іншим чином заяви Страхувальника. Після укладання Договору заява та інша інформація і ствердження, зроблені Страхувальником чи від його імені, вважаються невід'ємною частиною Договору. Заповнена заява на страхування не зобов'язує сторони укладати договір страхування.
11.8. Договір укладається як у письмовій формі – у паперовому вигляді та/або в електронній формі, в порядку передбаченому Законом України «Про електронну комерцію». Факт укладання Договору може посвідчуватись полісом (страховим свідоцтвом, сертифікатом), що є формою Договору.

12. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

12.1. **Якщо інше не зазначено у Договорі, за покриттям «Медичні витрати» Страховиком не відшкодовуються витрати на:**
12.1.1. Лікування СНІДу та ВІЛ-інфекції; наркоманії, токсикоманії, алкоголізму, в тому числі станів, захворювання, травм, опіків та отруєння, отриманих внаслідок СНІДу та ВІЛ-інфекції;
12.1.2. Лікування захворювань, за яким встановлена група інвалідності (I, II, III), інвалідності з дитинства та їх ускладнення; вроджених аномалій та вад розвитку, спадкових захворювань, крім випадків, коли стан здоров'я Застрахованої особи загрожує її життю;
12.1.3. Лікування професійних захворювань відповідно до висновку науково-дослідного інституту МОЗ України професійної патології (наприклад, асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба тощо);
12.1.4. Діагностику та лікування класичних венеричних захворювань (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз); діагностику та лікування захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації ВООЗ (в.ч. гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз, за винятком кандидозних вульвовагинітів та баланопоститів, якщо вони не є складовою змішаної інфекції); ToRCH- інфекцій (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес - вірус), вірус Епштейн - Барра;
12.1.5. Діагностику та лікування інвазійних хвороб шлунково-кишкового тракту (в тому числі амебіаз, лямбліоз, аскаридоз);
12.1.6. Лікування дерматологічних захворювань: в тому числі мікози, оніхомікози, псоріаз, екзема, себорея будь-якого типу, вугрова хвороба, демодекоз, короста, педикульоз, алопеція, контагіозний молюск, вітіліго;
12.1.7. Лікування вікових дегенеративно-дистофічних змін і захворювань та їх ускладнення, в т.ч: катаракта, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз; остеохондроз (крім зняття гострого больового синдрому);
12.1.8. Лікування цукрового діабету, туберкульозу, онкологічних захворювань та їх ускладнень на всіх стадіях захворювання, окрім станів, що потребують надання екстреної (швидкої) та невідкладної медичної допомоги;
12.1.9. Лікування хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги (тривалістю до 14 днів);

12.1.10. Лікування функціональних порушень (в тому числі. синдром подразненого кишківника, диспанкреатизм, дискінезія жовчовивідних шляхів (крім стадії вираженого загострення), дисбактеріоз, дисбіоз, бактеріальний вагіноз, диспепсія, функціональний закреп); діагностику дисбіозу, дисбактеріозу;
12.1.11. Лікування комп'ютерного синдрому, синдрому сухого ока, глаукоми, міопії, косоокості;
12.1.12. Лікування системних захворювань сполучної тканини, в тому числі ревматизму неактивної фази; демієлінізуючих захворювань; аутоімунних та алергічних хвороб (окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги);
12.1.13. Лікування безпліддя, порушень сексуальної та репродуктивної функції; дисгормональних станів, мастопатії; аденоми простати, ендометріозу, фіброміоми, окрім невідкладних станів; Супровід, медичний догляд, лікування патологій вагітності, пологів (за винятком позаматкової вагітності), звичного не виношування вагітності;
12.1.14. Лікування психічного захворювання, психопатії, неврозів, астено - депресивних станів, синдрому хронічної втоми, епілепсії, порушення мови; вегето-судинної (нейро-циркуляторна) дистонії, за винятком кризу;
12.1.15. Лікування хвороб крові, в тому числі. онкогематологічних захворювань;
12.1.16. Лікування хронічних хвороб периферійних судин (в тому числі варикозної хвороби, облітеруючого ендартеріту, облітеруючого атеросклерозу, хвороби Рейно, хронічної венозної недостатності), окрім невідкладних станів;
12.1.17. Лікування особливо небезпечних інфекційних хвороб: в тому числі чуми, холери, натуральної віспи, геморагічної лихоманки; захворювання, що потребують проведення карантинних заходів;
12.1.18. Лікування бородавок, папіломи, атероми та доброякісних пухлин (в тому числі ліпом, поліпів, гемангіом, гігром), за винятком ускладнених випадків (травмування, запалення, кровотеча тощо);
12.1.19. Лікування хронічної ниркової, печінкової та серцевої недостатності (окрім невідкладних станів);
12.1.20. Діагностику та лікування гепатитів (крім вірусного гепатиту А), мікс – гепатитів, цирозу печінки, гепатозу;
12.1.21. Діагностику інфікування COVID - 19, спричиненого коронавірусом SARS-CoV-2.
12.2. **Якщо інше не зазначено у Договорі, за покриттям «Медичні витрати», у разі настанні страхового випадку, Страховиком не відшкодовується вартість таких послуг та медикаментів:**
12.2.1. Профілактичні огляди, диспансерний нагляд; реабілітаційні та лікувально-оздоровчі заходи;
12.2.2. Планове лікування в умовах стаціонару або амбулаторії/поліклініки;
12.2.3. Медикаменти, призначені з метою профілактики, біостимулятори, вакцини, полівітаміни, імуномодулятори, пробіотики (окрім випадків необхідності їх призначення при антибіотикотерапії), бактеріофаги, стимулятори загальної дії (бальзам Бітнера, Вігор та інші), ферменти загальної дії (вобензим, флогензим та інші), препарати, що знижують рівень ліпідів у крові, психотропні, ноотропні препарати, цитостатики, препарати, що мають хондропротекторну дію, гепатопротектори, БАДи та інші;
12.2.4. Будь-які послуги за абонементом; відшкодування благодійних внесків;
12.2.5. Лікування на бальнеологічних, лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку; реабілітація та відновлювальна терапія після перенесених травм та захворювань;
12.2.6. Медичні довідки: для поліції, носіння зброї, на вступ до учбових/дитячих закладів, сертифікати нарколога та психіатра тощо; відкриття та закриття лікарняного листку без огляду лікаря; оформлення лікарняного листку по догляду за дитиною;
12.2.7. Медичні маніпуляції на дому (ін'єкції, забір аналізів та інше), окрім випадків для тяжкохворих пацієнтів та пацієнтів з призначеним лікарем суворим ліжковим режимом;
12.2.8. Професійні огляди; освідчення водіїв, тести на профпридатність, збір та оформлення документації з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності; транспортування медичним транспортом або таксі із стаціонару додому, транспортування на планові консультації та перев'язки в медичні заклади, оплата послуг таксі тощо;
12.2.9. Обстеження та лікування методами нетрадиційної медицини: в тому числі гіпноз, психотерапія, консультація та лікування у психолога, психотерапевта; логопеда; іридодіагностика, біокорекція, мануальна терапія, рефлексотерапія, гірудотерапія; плазмоферез, гемосорбція, гемодіаліз, озонотерапія, плазмофільтрація, УФО крові, аутогемотерапія, спелеотерапія;
12.2.10. Косметичний, профілактичний та оздоровчий масаж, водолікування та бальнеологічне лікування (процедури), використання барокамери та лазерних технологій, спелеотерапія;
12.2.11. Витрати на вироби медичного призначення (медичні вироби), крім шприців, крапельниць, медичного бинту та вати, шовного матеріалу; медикаменти та послуги не призначені лікарем; ліки, придбані поза аптечною мережею України (не мають реєстрації на території України);
12.2.12. Витрати на засоби догляду та гігієни, косметичні засоби;
12.2.13. Витрати на забезпечення інгаляторами-пристроями (спейсери, небулайзери та ін.); медичне обладнання та техніку, інструментарій, пристрої, що замінюють або корегують функції втрачених органів;

12.2.14. Виклик до дому лікарів, в тому числі професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, лікарів вузькопрофільної спеціалізації або консультації в поліклініці провідних (головних) фахівців, професорів, докторів (кандидатів) медичних наук;
12.2.15. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (в тому числі планова герніопластика, ринопластика, венектомія тощо);
12.2.16. Нейрохірургічні, кардіохірургічні, операції на серці, судинах, діагностичні гістеро- та лапароскопії, окрім невідкладних станів;
12.2.17. Трансплантація органів та тканин; протезування (в тому числі зубів);
12.2.18. Забезпечення кровозамінниками та препаратами крові в разі відсутності їх в лікувально-профілактичних закладах;
12.2.19. Засоби, які корегують функції органів: в тому числі штучні водії ритму, стенти, серцеві клапани;
12.2.20. Медикаменти, необхідні для тривалого прийому (в тому числі гормональні, ферментні, антигіпертензивні), крім стадії загострення, в період якого відшкодовується вартість медикаментів до стабілізації стану здоров‘я;
12.2.21. Штучне запліднення, проведення аборту без медичних показань, послуги з планування сім’ї, контрацепція, стерилізація, безпліддя, імпотенція, клімактеричний синдром, порушення менструального циклу, гіперплазія ендометрію, гіперандрогенія, полікістоз яєчників, синдром виснаження яєчників, фонові та передпухлинні захворювання шийки матки, гіперпролактінемія, застосування препаратів-аналогів гонадотропін-рилізинг-гормону (в тому числі золадекс, диферелін), гормональних спіралей типу „Мірена”;
12.2.22. Визначення гормонального стану;
12.2.23. Зміна ваги, діагностика та лікування ожиріння, модифікація тіла, в тому числі хірургічна зміна статі; планова діагностика гомеостазу організму (імунограма, алергопроби (алергологічна панель), ліпідограма, консультація імунолога, гіпосенсибілізуюча терапія при алергозах тощо;
12.2.24. Корекція зору (лікування короткозорості, далекозорості, астигматизму, конусу), окуляри, лінзи, тренажери, процедури, в тому числі апаратне лікування косоокості, підбір окулярів, лазерна біостимуляція сітківки;
12.2.25. Стоматологічні послуги та допомога, за винятком послуг, що оплачуються Страховиком в межах ліміту відповідальності згідно з п.7.2.6. Загальних умов;
12.2.26. Оздоровчі послуги: заняття в тренажерному (спортивному) залі, басейні тощо, косметичні послуги.
12.3. **За покриттям «Медичні витрати» Страховик не відшкодовує:**
12.3.1. Витрати на медичні послуги, що не передбачені Договором або не призначені лікарем; витрати на медичні послуги, отримані в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг; витрати на медичні та інші послуги, отримані з порушенням умов Договору, та у разі порушення строку для звернення за страховою виплатою відповідно до умов Договору;
12.3.2. Витрати на лікування захворювання, що розпочалося до початку дії Договору, та потребує подальшого лікування;
12.3.3. Витрати на медичні та інші послуги, які призначені протягом строку дії Договору, але отримані після його закінчення або після дострокового припинення дії Договору;
12.3.4. Витрати на послуги, надання яких не погоджене з Асистансом;
12.3.5. Додаткові (альтернативні) консультації та обстеження;
12.3.6. Витрати на послуги (в тому числі. вартість медикаментів), щодо яких Застрахованою особою були надані неправдиві відомості про факт та обставини страхового випадку, за наявності виправлень в документах, що суттєво впливають на прийняття рішення (виправлення дати звернення Застрахованої особи за медичною допомогою, діагнозу тощо);
12.3.7. Витрати на послуги (у тому числі вартість медикаментів), у разі відмови Застрахованої особи на вимогу Страховика пройти додаткове медичне обстеження або огляд представниками медичного закладу для підтвердження встановленого їй діагнозу та необхідності отриманих послуг;
12.3.8. Витрати на оплату медичних послуг (в тому числі. вартість медикаментів), що пов’язані із хворобами та травмами, про наявність яких було відомо Застрахованій особі під час укладення Договору, але про які не був повідомлений Страховик Застрахованою особою;
12.3.9. Витрати на оплату медичної допомоги, медичних та інших послуг, отримані Застрахованою особою в медичних закладах, підприємствах, установах, організаціях, що створені та/або діють не на підставі чинного законодавства України;
12.3.10. Витрати на оплату медичних послуг (в тому числі. вартість медикаментів), призначення яких не відповідає чинним стандартам, протоколам діагностики, лікування тощо, рекомендованим і затвердженим Міністерством охорони здоров’я України (МОЗ), що базуються на принципах доказової медицини;
12.3.11. Витрати на оплату послуг (в тому числі. вартість медикаментів), пов’язаних з поліпрагмазією, профілактичними або експериментальними діагностичними обстеженнями.

12.3.12. Витрати на лікування та діагностику захворювання чи травми, що виникли внаслідок грубого порушення ЗО 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 та інше).

12.4. **За покриттям «Нещасні випадки» не вважаються страховими випадками події, якщо вони сталися внаслідок:**

12.4.1. Умисних дій з боку Страхувальника, Застрахованої особи, інших осіб, призначених для отримання страхової виплати, що призвели до настання нещасного випадку;

12.4.2. Участі Застрахованої особи у будь-якій протизаконній діяльності;

12.4.3. Навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

12.4.4. Самогубства або замаху на самогубство, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджено у встановленому законодавством порядку;

12.4.5. Подій, що сталися в результаті психічного розладу або втрати свідомості Застрахованої особи внаслідок обставин, які викликані крововиливом в мозок, епілептичним припадком або іншими конвульсіями, що охоплюють все тіло Застрахованої особи;

12.4.6. Будь-яких дій та/або отруєння, порушення свідомості або погіршення психічного сприйняття Застрахованої особи під дією алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів, або іншими речовинами, які вживалися з метою сп'яніння, виключаючи випадки, коли вживання такої речовини сталося в результаті протиправних дій третіх осіб;

12.4.7. Керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом:

12.4.7.1. на керування яким Застрахована особа не мала права або за відсутності у неї посвідчення водія на право керування транспортним засобом відповідної категорії;

12.4.7.2. у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння чи під впливом медикаментів, під час вживання яких заборонено керування транспортним засобом;

12.4.8. Перебування Застрахованої особи в транспортному засобі, якщо Застрахована особа заздалегідь знала, що особа, яка керує таким транспортним засобом:

12.4.8.1. не має законних підстав для керування транспортними засобами або посвідчення водія на право керування транспортним засобом відповідної категорії;

12.4.8.2. перебуває в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння чи під впливом медикаментів, під час вживання яких заборонено керувати транспортним засобом;

12.4.9. Використання транспортних засобів або знарядь праці, що належать підприємству (організації, установі) з власною корисною метою та (або) без дозволу адміністрації цього підприємства (організації, установи);

12.4.10. Участі Застрахованої особи у парі, тобто угоді заснованій на ризику, укладеній між двома або декількома особами (як фізичними та/або юридичними) про виграш, результат якого залежить від обставини, щодо якої невідомо, настане вона чи ні;

12.4.11. Дії Застрахованої особи, направлені на невиправданий ризик для життя Застрахованої особи (за винятком тих випадків, коли це було пов'язано з виконанням службових обов'язків, рятуванням свого життя чи життя іншої людини);

12.4.12. Виконання Застрахованою особою протягом строку дії Договору будь-якої фізичної чи іншої роботи за договором підряду чи іншим договором цивільно-правового характеру;

12.4.13. Прямого чи опосередкованого зв'язку з гострими чи хронічними патологічними станами чи захворюваннями, у тому числі професійними хворобами;

12.4.14. Самолікування або іншого медичного втручання, що здійснюється самою Застрахованою особою, або іншими особами за її дорученням (без медичного призначення лікаря);

12.4.15. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я та/або настання наступного страхового випадку;

12.4.16. Встановлення Застрахованій особі під час дії цього Договору підвищеної групи інвалідності в порівнянні з групою інвалідності, яка була встановлена їй до дати підписання цього Договору, крім випадку, коли таке підвищення є наслідком нещасного випадку, що відбувся із Застрахованою особою протягом строку дії цього Договору;

12.4.17. Авіаційних польотів (крім випадків перельоту в якості пасажира на регулярних авіарейсах або на рейсах чартерних компаній);

12.4.18. Порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил протипожежної безпеки, інших вимог нормативно-правових актів, порушення правил експлуатації будь-яких об'єктів, порушення правил дорожнього руху тощо;

12.4.19. Свідомого перебування в місцях, заздалегідь відомих як небезпечні для життя та здоров'я людини (місця проведення вибухових, будівельно-монтажних робіт, військові полігони, стрільбища тощо).

12.5. **За покриттям «Нещасні випадки» до страхових випадків не відносяться:**
12.5.1. Загострення хронічних захворювань, інфекційні захворювання (за винятком правцю, сказу, кліщового енцефаліту та інших захворювань, що передаються через укуси тварин та комах);
12.5.2. Гельмінтози; харчове отруєння, викликане: бактеріями мікробного походження (токсикоінфекції, ботулізм тощо), кишковою паличкою, стрептококами, стафілококами, сальмонельозом, гепатитом А, шигельозом, гострими кишковими інфекціями тощо;
12.5.3. Операційні та післяопераційні травми, що виникли внаслідок оперативного лікування Застрахованої особи, крім наслідків нещасного випадку;
12.5.4. Встановлення інвалідності або смерть Застрахованої особи внаслідок неправильних медичних маніпуляцій (невідповідного медичного втручання та/або процедур, та/або дій з боку медичного персоналу);
12.5.5. Зникнення Застрахованої особи безвісти;
12.5.6. Встановлення інвалідності, смерть Застрахованої особи внаслідок будь-якої хвороби або захворювання, що не є наслідком нещасного випадку;
12.5.7. Події, що не обумовлені в Договорі як страховий випадок.
12.6. **Страховик не відшкодовує та не оплачує:**
12.6.1. витрати на пошук і рятування Застрахованої особи, яка постраждала від нещасного випадку;
12.6.2. витрати на доставку до медичного закладу та/або до місця проживання/знаходження Застрахованої особи.
12.6.3. моральну шкоду та/або упущену вигоду (втрату доходу, простої, штраф, пеня тощо), будь-які побічні збитки або витрати;
12.6.4. витрати, що не обумовлені подією, на випадок якої особа була застрахована, та збитками, що виникли внаслідок захворювань чи нещасних випадків, які вже мали місце на момент укладання цього Договору чи сталися після припинення дії Договору, та/або події, що сталася за межами території дії цього Договору.
12.7. **Не визнаються страховими випадками та страхова виплата не здійснюється за подіями, що прямо або опосередковано пов'язані та/або є наслідком:**
12.7.1. Заняття Застрахованою особою протягом строку дії Договору спортом на професійному або непрофесійному (аматорському) рівні та/або заняття екстремальним відпочинком/спортом (заняття альпінізмом, скелелазанням, стрибками з парашутом, дельтапланеризмом, парапланеризмом, планеризмом, дайвінгом, гірським туризмом, сноубордінгом, фрістайлом, стрибками на лижах з трампліну, гірськолижним спортом).
12.7.2. Проведення Застрахованою особою протягом строку дії Договору активного дозвілля з підвищеним ризиком травмування, якщо не була відмічена відповідна група ризику для ЗО та не була сплачена відповідна підвищена страхова премія.
12.7.3. Будь-яких військових/воєнних дій, а також маневрів або інших військових/воєнних заходів.
12.7.4. Вторгнення, дій іноземних держав (при оголошенні війни або без оголошення війни), воєнних/збройних конфліктів, дії незаконних збройних формувань, повалення/захоплення влади або спроби таких дій, мародерства, агресії іншої держави або заходів щодо її подолання, вторгнення військ іншої держави або несанкціонованого перетину кордону військами іншої держави.
12.7.5. Дії знарядь війни (мін, бомб, ракет, гранат тощо), зброї.
12.7.6. Громадянської війни, громадських заворушень, терористичних актів, терористичної або антитерористичної діяльності, вуличних заворушень усякого роду, масових заворушень або страйків, заколотів, локаутів, повстань, революцій, узурпації влади, цивільних безладь, військового, воєнного або надзвичайного стану.
12.7.7. Впливу радіоактивного чи іншого іонізуючого випромінювання, в тому числі того, що виділяється радіоактивними речовинами альфа, бета чи гама випромінюванням, випромінювання нейтронів та такого, що надходить від прискорювачів оптичних заряджених часток (лазери), мікрохвильових чи аналогічних квантових генераторів.
12.7.8. Застосування атомної зброї, впливу ядерного вибуху, проникаючої радіації, радіоактивного зараження будь-яким ядерним паливом або відходами в результаті згоряння ядерного палива (у цьому виключенні мається на увазі процес ядерного розпаду, що самопідтримується).
12.7.9. Державних переворотів, військової диктатури; мобілізації, арешту та інших подібних заходів політичного характеру, які здійснені згідно з розпорядженням військової чи цивільної влади та політичних організацій або за розпорядженням існуючого де-юре та/або де-факто уряду чи будь-якого органу влади, або за вимогою представників військової чи цивільної влади.
12.8. Дія страхового захисту не поширюється на події, що трапилися під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених Кримінально-процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними.

12.9. Договір щодо Застрахованої особи припиняє дію з моменту, коли Застрахована особа стає особою, яка відповідно до умов п.3.3. Загальних умов не може бути застрахованою.
12.10. Умовами Договору можуть передбачатися інші винятки із страхових випадків та обмеження страхування, якщо це не суперечить законодавству.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

13.1. Усі спори між Сторонами Договору вирішуються шляхом проведення переговорів.
13.2. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.
13.3. При вирішенні питань, що не врегульовані Договором та цими Загальними умовами, Сторони керуються законодавством.
13.4. У разі неможливості вирішення спору шляхом переговорів, він вирішується у судовому порядку передбаченому законодавством України.

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

14.1. **Приватне акціонерне товариство «Українська пожежно-страхова компанія»**

- Поштова адреса для направлення документів/листування: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 40
- Номер телефону для повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку: 0-800-507-050
- Адреса електронної пошти: info@upsk.com.ua

14.2. **Асистуюча компанія: ТОВ "Асістанський центр "Ел.Ай.Сі. Асістанс"**(код ЄДРПОУ 31568089)

- Багатоканальна лінія 24/7: **+380 44 238 69 70**;
- Безкоштовна лінія по україні: **0 800 500 108**
- Електронна пошта: **help@lic.kiev.ua**
- Viber/telegram **+380975095306**

14.3. Страховик також може надати в Договорі додаткові контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.