



Загальні умови комплексного страхового продукту «Страховання подорожуючих за кордон «UPSK TRAVEL»» №509.2

Публічна частина договору комплексного страхування подорожуючих за кордон «UPSK TRAVEL»»

Ця редакція Загальних умов комплексного страхового продукту «Страховання подорожуючих за кордон «UPSK TRAVEL»» №509.2 діє з «18» листопада 2024 року та припиняє дію із затвердженням та введенням у дію нової редакції Загальних умов страхового продукту «Страховання подорожуючих за кордон «UPSK TRAVEL»».

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Загальні умови комплексного страхового продукту «Страховання подорожуючих за кордон «UPSK TRAVEL»» 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 перестраховання), виданої Національним банком України шляхом внесення запису до Державного реєстру фінансових установ про переоформлення ліцензії 30.04.2024 р., укладає договори комплексного страхування подорожуючих за кордон «UPSK TRAVEL» (далі – **Договір / Договори**) відповідно до цих Загальних умов комплексного страхового продукту ««Страховання подорожуючих за кордон «UPSK TRAVEL»» №509.2:

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» 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)».

1.3. Комплексний страховий продукт «Страховання подорожуючих за кордон «UPSK TRAVEL»» є стандартним страховим продуктом із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

1.4. Загальні умови стандартного страхового продукту «Страховання подорожуючих за кордон «UPSK TRAVEL»» є **пропозицією-офертою** (далі – **Загальні умови-Оферта**), яка задовольняє потреби та інтереси клієнтів (фізичних та юридичних осіб) в отриманні страхової послуги, та є публічною частиною договору. Договори укладаються шляхом приєднання у розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, а саме: клієнт може приєднатися до договору в цілому та не може запропонувати свої умови договору. Загальні умови-Оферта розміщені на офіційному веб-сайті Страховика <https://upsk.com.ua/>.

1.5. Договір складається з двох частин: Індивідуальної частини та цих Загальних умов-Оферти (публічна частина договору). Укладення Договорів здійснюється в порядку, викладеному в розділі 10 цих Загальних умов-Оферти.

1.6. Положення цих Загальних умов-Оферти поширюються на Договори, укладені з дати набуття чинності цих Загальних умов-Оферти до дати набуття чинності нової редакції Загальних умов страхового продукту «Страховання подорожуючих за кордон «UPSK TRAVEL»», незалежно від строків дії таких Договорів страхування.

1.7. 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**).

1.8. 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.

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

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

2.1. Поняття та терміни, які використовуються в Договорі, вживаються у такому значенні:

2.1.1. **Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Українська пожежно-страхова компанія» (фінансова установа, яка має право здійснювати діяльність із страхування на території України).

2.1.2. **Страхувальник** – особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування або є Страхувальником відповідно до законодавства.

2.1.3. **Сторони Договору** – Страховик та Страхувальник.

2.1.4. **Асистуюча компанія** – 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;

2.1.5. **Вигодонабувач** – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства.

2.1.6. **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 загрозувати її життю.

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

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

2.1.9. **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.

2.1.10. **Клієнт** – особа, яка звернулася за отриманням страхової послуги.

2.1.11. **Країна постійного проживання** – це визнана територія окремої держави, на якій Застрахована особа проживає сумарно понад 183 дні впродовж календарного року, або має посвідку на постійне проживання в цій країні, або Країна тимчасового захисту, в якій Застрахована особа проживає сумарно понад 183 дні впродовж календарного року.

2.1.12. **Країна тимчасового захисту** – країна, яка згідно Директиви Ради 2001/55/ЄС про мінімальні стандарти для надання тимчасового захисту у разі масового напливу переміщених осіб та про заходи, що сприяють збалансованості зусиль між державами-членами щодо прийому таких осіб та відповідальності за наслідки такого прийому надала українцям тимчасовий прихисток у зв'язку з повномасштабним вторгненням російської федерації на територію України.

2.1.13. **Ліміт відповідальності Страховика** – грошова сума, в межах якої Страховик зобов'язаний провести страхову виплату відповідно до умов Договору.

2.1.14. **Невідкладна/екстрена медична допомога** надається при екстрених/невідкладних станах у Застрахованої особи, бригадами, підрозділами, які забезпечують організацію та надання невідкладної / екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій, що супроводжуються: непритомністю, судомою, раптовим розладом дихання, блюванням кров'ю, гострим болем у черевній порожнині, зовнішньою кровотечею, ознаками гострих інфекційних захворювань, травмою (поранення, переломи, вивихи, опіки, тяжкі забої, травми голови), ураженням електричним струмом, блискавкою, тепловими ударами, переохолодженням, асфіксією всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх предметів у дихальні шляхи), ушкодженнями різної етіології під час надзвичайних ситуацій (дорожньо-транспортні пригоди, стихійні лиха тощо), гостре отруєння невідомими речовинами, укусами тварин, змій, павуків та комах.

2.1.15. **Невідкладна стоматологічна допомога** – комплекс заходів, що надається Застрахованій особі при гострому зубному болю, в екстреному порядку, при першому візиті до стоматолога, в термін не пізніше 24 годин від моменту звернення до лікаря-координатора Асистуючої компанії. Невідкладна стоматологічна допомога надається виключно при: гострих формах пульпітів (лікування пульпітів і періодонтитів по ургентній стоматології включає перше відвідування стоматолога без постановки постійної пломби), загостреннях всіх хронічних форм періодонтитів (крім фібринозного), періоститі, перикоронариті, флегмоні і абсцесі щелепно-лицевої ділянки, невідкладній допомозі у випадку щелепно-лицевої травми.

2.1.16. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заповдіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи. До зовнішнього впливу в цілях цих Загальних умов-Оферти віднесено: стихійні явища, пожежу, вибух, удар блискавки, дію електричного струму, дію води, аварію, дію інфекційних та/або бактеріальних токсинів, протиправні дії третіх осіб (в т.ч. згвалтування), напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи

чужорідних тіл, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удари сторонніх предметів (транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів тощо), 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. До порушень анатомічної цілості та/або фізіологічних функцій тканин, органів, систем для цілей цих Загальних умов-Оферти можна віднести травми, опіки, отруєння, обмороження, асфіксію, укуси тощо.

2.1.17. **Період очікування** – період, упродовж якого Страховик не здійснює страхову виплату по страхових випадках, що відбулись у цей період.

2.1.18. **Програма страхового продукту (Програма страхування)** – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхової премії, страхового тарифу, видом та розміром франшизи. При укладенні Договору Страхувальником може бути обрана одна Програма страхового продукту з наступного переліку: «А», «В», «С», «Е».

2.1.19. **Спеціалізовані особи (Треті особи)** – треті особи, які надають медичну, технічну, адміністративну та іншу допомогу і відповідні передбачені умовами Договору послуги Застрахованій особі за посередництвом Асистуючої компанії або Страховика та мають право на здійснення своєї діяльності.

2.1.20. **Страхова виплата (страхове відшкодування)** – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.

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

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

2.1.23. **Страхове покриття** – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору. Страхове покриття за конкретним Договором страхування включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту.

2.1.24. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату особі, визначеній у Договорі, або відповідно до законодавства.

2.1.25. **Страховий інтерес** – потреба потенційного страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю.

2.1.26. **Строк страхового покриття (кількість днів перебування за кордоном)** – строк, протягом якого діє страхове покриття та у разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов Договору. В цілях цього Договору – кількість днів, протягом яких Страховик несе відповідальність перед Застрахованою особою.

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

2.1.28. **COVID-19 (Коронавірусна інфекція) (код МКХ10 = U07.1)** – хвороба, яку спричинює коронавірус SARS-CoV-2, що підтверджена ПЛР діагностикою.

2.2. Терміни (визначення), не обумовлені цими Загальними умовами-Офертою, 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. Страхувальниками за Договорами страхування можуть бути:

3.1.1. дієздатна фізична особа;

3.1.2. юридична особа,

дані яких зазначені в Індивідуальній частині договору.

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

3.3. **Об'єктом страхування** за Договором в частині Страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) (далі – **покриття «Медичні витрати»**) (клас страхування 18)) та в частині Страхування від нещасного випадку (далі – **покриття «Нещасні випадки»**) (клас страхування 1)) є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи.

3.4. Надання Застрахованою особою згоди на страхування є не обов'язковим.

3.5. Не можуть бути застрахованими особи (обмеження страхування), які на дату прийняття рішення щодо страхування:

- 3.5.1. молодші 1 року або старше 85 років;
- 3.5.2. визнані у встановленому законом порядку недієздатними, в тому числі психічно хворими;
- 3.5.3. займаються (або планують займатися під час дії Договору) такими видами спорту: альпінізм, скелелазіння, гірський туризм (підняття понад 2500 м над рівнем моря);
- 3.5.4. є громадянами російської федерації та республіки білорусь.
- 3.6. У випадку, якщо Договір страхування буде укладено по відношенню до осіб, зазначених в п. 3.5 Загальних умов-Оферти, Страховик розцінить інформацію надану Страхувальником на етапі укладення Договору як таку, що містить неправдиві відомості про об'єкт страхування та / або про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.
- 3.7. Кількість та відомості по Застрахованим особам зазначаються в Індивідуальній частині договору.
- 3.8. **Вигодонабувачем** за Договором є Застрахована особа; у разі смерті Застрахованої особи – спадкоємець(ці) Застрахованої особи.
- 3.9. **Страховим ризиком** за Договором є:
- 3.9.1. **в частині покриття «Медичні витрати»:**
- 3.9.1.1. гостре захворювання / загострення хронічного захворювання, що сталося несподівано і становить загрозу для життя та здоров'я Застрахованої особи;
- 3.9.1.2. розлад здоров'я та/або тілесні ушкодження (травми), що є наслідком Нещасного випадку;
- 3.9.1.3. смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання або Нещасного випадку.
- 3.9.2. **в частині покриття «Нещасні випадки»:** Нещасний випадок.
- 3.10. **Страховим випадком** за Договором є:
- 3.10.1. **в частині покриття «Медичні витрати»:**
- 3.10.1.1. здійснення Застрахованою особою, Асистуючою компанією або Спеціалізованою Третьою особою 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. 3.9.1 Загальних умов-Оферти, що сталися із Застрахованою особою, під час та на території дії Договору, в межах та в обсязі обраної Програми страхування, страхової суми та лімітів відповідальності;
- 3.10.2. **в частині покриття «Нещасні випадки»:**
- 3.10.2.1. встановлення Застрахованій особі I або II-ї групи інвалідності або категорії «дитина з інвалідністю» внаслідок Нещасного випадку;
- 3.10.2.2. смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку.
- 3.11. Страхувальник при укладенні Договору обирає один з варіантів Програми страхування в частині покриття «Медичні витрати», які пропонує Страховик з урахуванням такого:
- 3.11.1. Програми страхування «А», «В» реалізуються Страховиком особам віком від 3 до 65 років, які на дату укладення Договору знаходяться на території України;
- 3.11.2. Програма страхування «С» реалізується Страховиком особам віком від 3 до 65 років, які на дату укладення Договору знаходяться за межами території України;
- 3.11.3. Програма страхування «Е» реалізується Страховиком особам віком від 1 до 85 років, які на дату укладення Договору знаходяться на території України.
- 3.12. Розмір страхової суми обирається Страхувальником з варіантів запропонованих Страховиком:
- 3.12.1. в частині покриття «Медичні витрати» визначається у валюті (USD/EUR);
- 3.12.2. в частині покриття «Нещасні випадки» визначається в національній валюті – гривні.
- 3.13. Ліміти відповідальності за Програмами страхування в частині покриття «Медичні витрати» визначаються у валюті (USD/EUR), зазначаються в п. 3.28 Загальних умов-Оферти та встановлюються в цілому по Договору.
- 3.14. **Страхові суми та ліміти відповідальності є агрегатними**, тобто зменшуються на розмір здійсненої страхової виплати.
- 3.15. **Франшиза** за Договором:
- 3.15.1. в частині покриття «Нещасні випадки» не передбачена;
- 3.15.2. в частині покриття «Медичні витрати» на вибір Страхувальника з варіантів: 0 або 50 або 100 або 200 або 300 у валюті страхової суми (USD/EUR) за Договором, що застосовується за кожним страховим випадком, на розмір якої зменшується розмір збитку перед виплатою;
- 3.15.3. у разі укладення Договору за Програмою страхування «С» (Застрахована особа знаходиться за кордоном), встановлюється період очікування (часова франшиза) 5 (п'ять) календарних днів з моменту зарахування страхової премії на рахунок Страховика – упродовж часової франшизи Страховик не визнає події страховими та не здійснює страхові виплати.
- 3.16. **Визначення страхового тарифу** за Договором:
- 3.16.1. в частині покриття «Нещасні випадки» встановлюється Страховиком у відсотках страхової суми в залежності від періоду страхового покриття та групи ризику, до якої належить Застрахована особа. Страховий тариф зазначається в Індивідуальній частині договору;

3.16.2. в частині покриття «Медичні витрати» не передбачено.

3.17. **Строк дії Договору та Строк страхового покриття (Кількість днів перебування за кордоном)** зазначаються в Індивідуальній частині Договору.

3.18. Договір набуває чинності з 00 год. 00 хв. (за Київським часом) дати наступної за датою надходження страхової премії за Договором в повному обсязі на рахунок Страховика, але не раніше дати початку дії Договору, що вказана Індивідуальній частині договору. Відповідальність Страховика починається з моменту перетину Застрахованою особою кордону Країни постійного проживання або країни тимчасового перебування або країни, громадянином якої є Застрахована особа, при виїзді за кордон, але не раніше 00 год. 00 хв. (за Київським часом) дати, вказаної як початок дії Договору в Індивідуальній частині договору (за датою, що настала пізніше) та закінчуються в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при в'їзді на територію Країни постійного місця проживання або країни тимчасового перебування, або країни, громадянином якої є Застрахована особа, або о 24 год. 00 хв. дати, визначеної в Індивідуальній частині договору як кінцева дата його дії (за датою, що настала раніше). Страховик несе відповідальність в межах Кількості днів передування за кордоном, яка зазначена в Індивідуальній частині договору. При кожному виїзді за кордон Кількість днів перебування автоматично зменшується на кількість днів подорожі, проведених Застрахованою особою в Місці дії Договору.

3.19. При укладенні Договору за Програмою страхування «С» (Застрахована особа знаходиться за межами території України), відповідальність Страховика починається після періоду очікування (часової франшизи) – 5 календарних днів від дати зарахування на рахунок Страховика страхової премії за Договором в повному обсязі.

3.20. У випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі страхової премії за Договором в строк, передбачений в Індивідуальній частині договору, Договір вважається таким, що не набув чинності.

3.21. Якщо на дату закінчення строку дії Договору повернення Застрахованої особи з-за кордону неможливе, внаслідок страхового випадку по п. 3.28.1 Загальних умов-Оферти, при наявності відповідного медичного висновку, відповідальність Страховика по даному страховому випадку продовжується додатково на 7 календарних днів, починаючи з 00 год. 00 хв. дати, яка є наступною за датою закінчення дії Договору.

3.22. Страхова премія за Договором сплачується одноразово (одним платежем) в строк, зазначений в Індивідуальній частині договору.

3.23. Страхувальник сплачує страхову премію виключно у національній валюті України.

3.24. Місце (територія) дії Договору зазначається в Індивідуальній частині договору та на вибір Страхувальника з варіантів:

3.24.1. **територія Europe (E)** – території країн: Австрія, Албанія, Андорра, Бельгія, Болгарія, Боснія і Герцеговина, Ватикан, Великобританія, Гібралтар, Греція, Данія, Естонія, Ірландія, Ісландія, Іспанія, Італія, Кіпр, Латвія, Литва, Ліхтенштейн, Люксембург, Македонія, Мальта, Молдова, Монако, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Португалія, Румунія, Сан-Марино, Сербія, Словаччина, Словенія, Угорщина, Фінляндія, Франція, Хорватія, Чеська Республіка, Чорногорія, Швейцарія, Швеція, а також: Туреччина, Єгипет, Туніс, ОАЕ;

3.24.2. **територія All World (W)** (весь світ) – всі країни світу, за виключенням країн, територій, де Договір не діє;

3.24.3. **Будь-яка країна**, за виключенням країн, де Договір не діє.

3.25. **Договір не діє:**

3.25.1. в зонах збройних конфліктів, країнах, які знаходяться під наглядом або санкціями ООН, в зонах епідемій за визначенням ВООЗ, територіях воєнного або збройного конфлікту або будь-якої місцевості, що підконтрольна терористам, незаконним збройним формуванням тощо, на окупованих територіях;

3.25.2. на території України;

3.25.3. на території Країни постійного проживання Застрахованої особи (визначення відповідно до п. 2.1.11 Загальних умов-Оферти);

3.25.4. на території країни, громадянином якої є Застрахована особа;

3.25.5. на територіях російської федерації та республіки білорусь.

3.26. В залежності від мети подорожі (повідомляється Страхувальником при укладенні Договору) в Індивідуальній частині договору зазначається одна з **груп ризику:**

3.26.1. **Туризм (T)** – лікувально-оздоровчий, екскурсійний, паломницький (релігійний), пляжний та інші потрібні категорії туризму, що орієнтовані на спокійну і ненапружену, в сенсі фізичних навантажень, програму туристичної подорожі, а саме: бадмінтон, більярд, боулінг, бридж спортивний, городковий спорт, крокет, дартс, стрільба з лука, теніс настільний, шахи, шашки, катання на роликівих ковзанах, керлінг, подорожі (піші походи) зі спокійним ландшафтом, їзда (катання) на велосипеді (окрім гірських) та гірбордах/гіроскутерах.

3.26.2. **Активний спортивний відпочинок (A)** – пов'язаний із ризиком та істотними фізичними навантаженнями без участі в змаганнях, вимагає сміливості і навичок та/або використання механічних та

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

3.26.3. **Любительський спорт (AS)** (крім занять екстремальними видами спорту) – участь у спортивних тренуваннях та спортивних змаганнях без отримання матеріальної винагороди.

3.26.4. **Професійний спорт (PS)** (крім занять екстремальними видами спорту) – участь у спортивних тренуваннях та спортивних змаганнях на професійному рівні за умови отримання матеріальної винагороди.

3.26.5. **Екстремальний спорт (ES)** – участь у заходах із високим ступенем ризику, що вимагають від учасників спеціальних навиків та підготовки: парашутизм, банджо-джампінг, роуп-джампінг, парашутний спорт, дельтапланеризм, пара планеризм, параглайдинг, рафтинг (3 і вище рівень складності), автоспорт, мотоспорт, кінні перегони, серфінг, кайтсерфінг, вітрильний спорт, водні лижі, яхтинг, стрибки в воду, акробатика, стрибки на батуті, туристичні походи/трекінг (3-5 категорії складності), підводне плавання, полювання, польоти з використанням безмоторних засобів, польоти у якості пілота, участь у перегонах на транспортних засобах, тваринах тощо.

3.26.6. **Робота (P)** – фізична праця за наймом (наприклад, водії транспортних засобів, робітники лісового та сільського господарства, робітники, які зайняті фізичною працею, студентська практика тощо).

3.26.7. **Небезпечна робота (J)** – небезпечна фізична праця за наймом (працівники, члени екіпажів авіаційних і морських суден, шахтарі, особи, зайняті на важких і небезпечних роботах в нафтової і газової промисловості, пожежники, робітники охоронних структур, будівельники-висотники тощо).

3.26.8. **Навчання (E)** – виїзд за кордон з метою навчання.

3.27. Опис опцій програм страхування в частині покриття «Медичні витрати»:

3.27.1. **«Стационарне лікування»:** передбачає організацію та/або оплату вартості витрат (в межах ліміту, зазначеного в програмі страхування), що виникли в процесі надання Застрахованій особі медичної стаціонарної допомоги в медичних закладах, що передбачає лікування Застрахованої особи **при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги**, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму, за наявності хвороб та станів, що вимагають стаціонарного лікування до моменту, коли стан Застрахованої особи за рішенням лікаря дозволить евакуювати її до Країни постійного проживання, і включає: медикаментозне лікування, діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги і винагороди медичному персоналу, вартість перебування в палатах стандартного типу, в тому числі, реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному медичному закладі;

3.27.2. **«Амбулаторне лікування»:** передбачає організацію та/або оплату вартості витрат (в межах ліміту, зазначеного в програмі страхування), що виникли в процесі надання Застрахованій особі амбулаторної допомоги **при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги**, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму Застрахованої особи, в медичному закладі або дипломованим лікарем, а саме: консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі, лікарів вузькопрофільної спеціалізації; проведення лабораторних досліджень та інструментальних методів діагностики в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу; консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторного лікування; проведення лікувальних заходів та маніпуляцій, забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;

3.27.3. **«Невідкладна допомога»:** передбачає організацію та/або оплату вартості витрат щодо надання невідкладної (екстреної) медичної допомоги Застрахованій особі за медичними показниками, що включає:

виїзд бригади невідкладної медичної допомоги, експрес-діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі, забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами, доставку автомобілем невідкладної медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування;

3.27.4. «**Невідкладна стоматологічна допомога**»: передбачає організацію та/або оплату вартості витрат (в межах ліміту, зазначеного в програмі страхування), що виникли в процесі надання Застрахованій особі невідкладної стоматологічної допомоги, що включає: огляд, консультації лікаря-стоматолога, діагностичні обстеження, знеболювання, медикаментозне забезпечення, встановлення тимчасових пломб, видалення зубів, ремонт зубних протезів, пов'язаних з усуненням ускладнень, що виникають при прийнятті їжі;

3.27.5. «**Транспортування (медична евакуація)**» до найближчого медичного закладу чи лікаря, спеціалізованого медичного закладу, конкретного пункту в Україні або Країни постійного проживання або країни, громадянином якої є Застрахована особа, або країни тимчасового перебування (за рішенням Страховика щодо конкретного пункту), якщо транспортування є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку. Залежно від стану здоров'я Застрахованої особи її можуть транспортувати: каретою «швидкої допомоги», таксі, літаком санітарної авіації чи іншим альтернативним видом транспорту. Рішення щодо вибору транспортного засобу мають право приймати лікарі, уповноважені Асистуючою компанією / Страховиком, при чому авіатранспорт покривається тільки у випадках, що загрожують життю Застрахованої особи та/або відсутня можливість надання альтернативних видів транспорту. Проїзд Застрахованої особи здійснюється економічним класом у випадку втрати проїзних документів у зв'язку з госпіталізацією;

3.27.6. «**Репатріація тіла (останків) Застрахованої особи**» організація та/або оплата вартості посмертної репатріації останків Застрахованої особи у разі її смерті здійснюється за рішенням Страховика або Асистуючої компанії до конкретного пункту в Україні або Країни постійного проживання або країни, громадянином якої є Застрахована особа, або країни тимчасового перебування;

3.27.7. «**Телефонні переговори**». Передбачає оплату вартості телефонних переговорів, здійснених з Асистуючою компанією (Страховиком) з метою отримання або погодження отримання послуг, передбачених Договором страхування щодо Застрахованої особи у разі раптової хвороби або нещасного випадку. Відшкодування цих витрат проводиться безпосередньо Страхувальнику (Застрахованій особі) на основі пред'явлених оригіналів рахунків, квитанцій.

3.27.8. «**Діагностика та лікування Covid-19**». Страховик відшкодовує витрати на діагностику (за умови подальшого позитивного результату тесту), невідкладну медичну допомогу, амбулаторне (виключно в частині медичних витрат без покриття вартості знаходження на самоізоляції, в карантині чи обсервації) та стаціонарне лікування Застрахованої особи з приводу захворювання на Covid-19 в межах ліміту, передбаченого обраною програмою страхування.

3.27.9. «**Повернення додому неповнолітніх дітей, які подорожують разом з Застрахованою особою**» передбачає відшкодування витрат в межах ліміту, передбаченого обраною програмою страхування, на проїзд дітей Застрахованої особи віком до 18 років до конкретного пункту Країни постійного проживання або країни, громадянином якої є Застрахована особа, або країни тимчасового перебування (за рішенням Страховика або Асистуючої компанії щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), якщо Застрахована особа не може бути транспортована через свій фізичний стан і підлягає лікуванню в стаціонарі більше 10 днів, а медична евакуація Застрахованої особи до Країни постійного проживання або країни, громадянином якої є Застрахована особа, або країни тимчасового перебування є неможливою за медичними показниками та за умови, що поруч з Застрахованою особою немає особи старше 18 років, яка подорожує разом з нею.

3.27.10. «**Транспортні витрати Застрахованої особи**» у випадку втрати проїзних документів у зв'язку з госпіталізацією - відшкодовуються витрати на проїзд Застрахованої особи економічним класом;

3.27.11. «**Поховання або кремацію тіла Застрахованої особи за кордоном (в країні тимчасового перебування)**» передбачає відшкодування витрат в межах ліміту, передбаченого обраною програмою страхування, на ритуальні послуги, кремацію в країні тимчасового перебування.

3.28. Перелік витрат на одну Застраховану особу, які відшкодовуються Страховиком відповідно до обраної Страхувальником Програми страхування. Медичні витрати, які покриваються / відшкодовуються Страховиком помічені словом «так»; медичні витрати, які не покриваються / не відшкодовуються Страховиком помічені словом «ні».

Перелік витрат	Програми страхування			
	А	В	С	Е
3.28.1. «Стационарне лікування»	так, в межах СС	так, в межах СС	так, в межах СС	так, в межах ліміту 500 \$/€
3.28.2. «Амбулаторне лікування»	так, в межах СС	так, в межах СС	так, в межах СС	так, в межах ліміту 200 \$/€
3.28.3. «Невідкладна допомога»	так, в межах СС	так, в межах СС	так, в межах СС	так, в межах СС
3.28.4. «Стоматологічна допомога»	так, в межах ліміту 150 \$/€	так, в межах ліміту 200 \$/€	так, в межах ліміту 200 \$/€	так, в межах ліміту 150 \$/€
3.28.5. «Транспортування (медична) евакуація»	так, в межах СС	так, в межах СС	так, в межах СС	так, в межах СС
3.28.6. «Репатріація тіла (останків) Застрахованої особи»	так, в межах ліміту 2500 \$/€	так, в межах ліміту 2500 \$/€	так, в межах ліміту 2500 \$/€	так, в межах ліміту 2500 \$/€
3.28.7. «Телефонні переговори»	так, в межах ліміту 50 \$/€	так, в межах ліміту 50 \$/€	так, в межах ліміту 50 \$/€	так, в межах ліміту 50 \$/€
3.28.8. «Діагностика та лікування Covid-19»	так, в межах ліміту 2000 \$/€	так, в межах ліміту 3000 \$/€	так, в межах ліміту 3000 \$/€	так, в межах ліміту 2000 \$/€
3.28.9. «Повернення додому неповнолітніх дітей Застрахованої особи»	ні	в межах ліміту 1000 \$/€	ні	ні
3.28.10. «Транспортні витрати Застрахованої особи»	ні	так, в межах ліміту 200 \$/€	так, в межах ліміту 200 \$/€	ні
3.28.11. Поховання або кремацію тіла Застрахованої особи за кордоном (в країні тимчасового перебування)	так, в межах ліміту 2500 \$/€	так, в межах ліміту 2500 \$/€	так, в межах ліміту 2500 \$/€	так, в межах ліміту 2500 \$/€

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

4.1. Страхувальник має право:

4.1.1. на етапі укладення Договору ознайомитися з Загальними умовами-Офертою, Інформаційним документом, та отримувати від Страховика або страхового посередника будь-яку вичерпну інформацію, що стосується страхового продукту «Страхування подорожуючих за кордон «UPSK TRAVEL»»;

4.1.2. достроково припинити дію Договору та / або ініціювати внесення змін до Договору у випадках, передбачених частиною 2 ст. 634 Цивільного кодексу України;

4.1.3. відмовитися від Договору в порядку, передбаченому Договором;

4.1.4. отримати дублікат Індивідуальної частини договору у разі її втрати (у разі укладення Договору в паперовій формі) або отримати повторно відправлення форми договору за допомогою ІТС або електронної пошти (у разі укладення Договору у формі електронного документа);

4.1.5. вимагати від Страховика дотримання конфіденційності щодо будь-якої інформації стосовно умов Договору;

4.1.6. на отримання інформації про стан розгляду Страховиком документів щодо події, заявленої як страховий випадок;

4.1.7. оскаржити в порядку, передбаченому законодавством, відмову Страховика у страховій виплаті або розмір страхової виплати.

4.2. Страхувальник зобов'язаний:

4.2.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором;

4.2.2. при укладенні Договору повідомити Страховика всю наявну та достовірну інформацію та обставини, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику (перелік такої інформації та обставин зазначено в п. 10.4 Загальних умов-Оферти);

4.2.3. протягом строку дії Договору, повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (зміна ступеня страхового ризику) та/або інших обставин,

що впливають на розмір страхової премії за Договором (перелік таких обставин зазначено в п. 10.5 Загальних умов-Оферти). Повідомлення про зміну ступеня ризику надається Страхувальником протягом 24-х годин з моменту, як тільки про такі зміни стало відомо, з подальшим письмовим повідомленням протягом 3-х (трьох) робочих днів;

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

4.2.5. при укладенні Договору страхування повідомити Страховика про наявність страхового інтересу стосовно Застрахованої особи та Вигодонабувача;

4.2.6. **повідомити Застраховану особу про укладений на її користь Договір** та ознайомити з умовами Договору страхування, роз'яснити порядок його дій у разі настання страхового випадку, при цьому отримання згоди Застрахованої особи на укладення Договору є необов'язковим;

4.2.7. інформувати Страховика, Асистуючу компанію про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором;

4.2.8. у разі настання події, що може призвести до настання страхового випадку, та/або події, що має ознаки страхового випадку, діяти згідно з умовами, визначеними Договором;

4.2.9. вживати всіх заходів для запобігання настання страхового випадку та зменшення наслідків події;

4.2.10. у разі отримання Застрахованою особою (Вигодонабувачем) відшкодування збитків в будь-якій формі від третіх осіб, у тому числі відповідальних за заподіяні збитки, протягом 3 (трьох) робочих днів (з дня отримання) письмово сповістити про це Страховика, а якщо страхова виплата вже була здійснена Страховиком – протягом 10 (десяти) робочих днів (з дня отримання) повернути Страховику суму отриманої страхової виплати або відповідну її частину;

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

4.2.12. вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати Страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку;

4.2.13. повернути Страховику отриману суму страхової виплати в повному обсязі або в певній її частині, якщо протягом строку позовної давності будуть виявлені обставини, що відповідно до законодавства або умов Договору повністю чи частково звільняють Страховика від здійснення страхової виплати, протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання письмового повідомлення від Страховика;

4.2.14. надавати на письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства, яке регулює відносини у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

4.3. Обов'язки Страхувальника, зазначені в пп. 4.2.7 - 4.2.14 Загальних умов-Оферти, покладаються в тому числі і на Застраховану особу.

4.4. Страховик має право:

4.4.1. при укладанні Договору вимагати від Страхувальника всі необхідні відомості та документи для оцінки ступеня страхового ризику;

4.4.2. перевіряти достовірність інформації та документів, наданих Страхувальником, а також виконання (дотримання) умов Договору;

4.4.3. вимагати припинення дії Договору у порядку, що передбачений законодавством України;

4.4.4. самостійно проводити розслідування для з'ясування причин та обставин події, що має ознаки страхового випадку;

4.4.5. у разі зміни обставин, що мають суттєве значення для оцінки страхового ризику, та/або збільшення ступеня страхового ризику протягом строку дії Договору вимагати від Страхувальника внесення змін до Договору та сплати додаткової страхової премії;

4.4.6. у разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору та/або сплати додаткової страхової премії достроково припинити дію Договору на підставі невиконання Страхувальником умов Договору;

4.4.7. 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;

4.4.8. після страхової виплати застосувати право вимоги до особи, відповідальної за заподіяні збитки (за виключенням Страхувальника (особи, відповідальність якої застрахована));

4.4.9. відмовити у страховій виплаті або зменшити її розмір у випадках, передбачених Договором, у тому числі, коли Страхувальник не сприяє або перешкоджає у здійсненні прав Страховика, передбачених умовами Договору, або не виконує розпорядження або рекомендації Страховика;

4.4.10. вимагати повернення страхової виплати в повному обсязі або в певній її частині, якщо протягом строку позовної давності будуть виявлені обставини, що відповідно до законодавства або умов Договору повністю чи частково звільняють Страховика від здійснення страхової виплати.

4.5.Страховик зобов'язаний:

4.5.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору;

4.5.2. надавати роз'яснення з усіх питань, що виникають у Страхувальника за умовами Договору;

4.5.3. вжити заходів щодо оформлення документів, наданих Страхувальником, для своєчасного здійснення страхової виплати;

4.5.4. у разі настання страхового випадку та за наявності законних підстав здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк;

4.5.5. в строки, передбачені Договором, повідомити Страхувальника про необхідність додаткової перевірки інформації щодо події, заявленої як страховий випадок, та продовження строків прийняття рішення щодо такого випадку;

4.5.6. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог чинного законодавства;

4.5.7. не розголошувати відомостей про Страхувальника, Застраховану особу (Вигодонабувача), що становлять таємницю страхування, крім випадків та порядку, встановлених законодавством України.

4.6. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність:

4.6.1. 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.

4.6.2. Страхувальник, Застрахована особа (Вигодонабувач) 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, у випадках невиконання обов'язків передбачених пп. 4.2.10, 4.2.13 Загальних умов-Оферти.

4.6.3. Сторони звільнюються 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.

4.6.4. Страховик звільняється від відповідальності, страхова виплата не проводиться та надання будь-якої вигоди за цим Договором не здійснюється, якщо це буде порушенням постанов, резолюцій Організації Об'єднаних Націй або торговельних або економічних санкцій, законів або постанов Європейського Союзу, Сполученого Королівства або Сполучених Штатів Америки, що забороняє Страховику або перестраховику за договором перестрахування, згідно з яким перестраховано Договір, здійснювати страхування або перестрахування або сплачувати страхову виплату за Договором або за договором перестрахування.

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

5.1. Зміни в Договір вносяться шляхом укладання додаткових угод у письмовій формі по одному примірнику для кожної із Сторін, які є його невід'ємною частиною.

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 на попередніх умовах або про припинення його дії.

5.3. Якщо Страхувальник не згодний щодо внесення змін та сплати додаткової страхової премії у випадку, передбаченому в п. 4.2.4 Загальних умов-Оферти, Страховик має право достроково припинити Договір

страхування у порядку, передбаченому абзацом четвертим частини четвертої статті 105 Закону України «Про страхування» через невиконання Страхувальником умов Договору.

5.4.3 моменту отримання заяви однією зі Сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії Договору продовжує діяти на попередніх умовах.

5.5. Страхувальник, протягом строку дії Договору, не має право змінювати Застраховану особу.

5.6. Дія Договору припиняється за взаємною згодою Сторін, а також у разі:

5.6.1. закінчення строку дії Договору страхування;

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

5.6.3. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);

5.6.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законом України;

5.6.5. набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;

5.6.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

5.7. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше, як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування. Страховик має право достроково припинити Договір страхування без згоди Страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, якщо інше не передбачено законодавством України.

5.8. Страховик повертає у разі дострокового припинення Договору страхування частину сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору:

5.8.1. Страхувальнику, – за таких обставин:

5.8.1.1. на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням Страховиком умов Договору;

5.8.1.2. на підставі вимоги Страховика, пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору;

5.8.1.3. у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 39³ Податкового кодексу України;

5.8.2. особі, визначеній на підставі законодавства України, – в разі ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи, крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування».

5.9. У разі дострокового припинення дії Договору страхування Страховик повертає Страхувальнику повністю сплачену ним страхову премію, у випадку:

5.9.1. вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов Договору;

5.9.2. вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору;

5.9.3. припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;

5.9.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним.

5.10. Повернення Страхувальнику страхової премії у разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення Договору страхування Страхувальником відповідно до статті 56 Закону України «Про страхування» здійснюється відповідно до вимог нормативно-правового акту Національного банку з питань передачі Страховиком страхового портфеля.

5.11. При достроковому припиненні дії Договору у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.

5.12. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору, визначається у відсотках від страхової премії і складає **65%**. Частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, вираховується у розмірі, що відповідає частці таких витрат та зазначається в Індивідуальній частині договору страхування.

5.13. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися у безготівковій формі.

5.14. У разі прийняття рішення про дострокове припинення строку дії Договору Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше, ніж протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору страхування.

5.15. 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.

5.16.Строк дії укладеного Договору не може бути продовженим.

5.17.Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України. Договір визнається недійсним також у разі, якщо:

5.17.1. його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;

5.17.2. відсутній об'єкт страхування;

5.17.3. Страховиком доведено, що Договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;

5.17.4. у Страхувальника відсутній страховий інтерес (на момент настання події, яка має ознаки страхового випадку).

5.18.Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

5.19.У разі недійсності Договору (правочину) кожна із Сторін зобов'язана повернути другій Стороні все, що вона одержала на виконання цього Договору (страхові премії, страхові виплати тощо).

6. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1.Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від Договору без пояснення причин, крім випадку, якщо за таким Договором повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку.

6.2.Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій 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 протягом 10 (десяти) робочих днів від дати отримання повідомлення Страхувальника про відмову від Договору повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що з дня укладення Договору до дати прийняття рішення Страхувальником про відмову від Договору не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

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

7.1.У разі настання передбаченої Договором події, яка в подальшому може бути кваліфікована як страховий випадок, Страхувальник, Застрахована особа, представник Застрахованої особи (опікун, піклувальник), родич Застрахованої особи (батько / мати / чоловік / дружина / діти (у тому числі, усиновлені) / рідні сестри і брати) зобов'язані:

7.1.1. до того, як звернутися за медичною допомогою до медичного закладу, негайно незалежно від пори доби, але не пізніше 24 годин з моменту настання події, звернутись в цілодобову службу Асистуючої компанії за телефонами та / або іншими каналами зв'язку:

Асистуюча компанія:
ТОВ «Еншурія Оперейшнз Україна»
(код ЄДРПОУ 43812574)
Багатоканальна лінія 24/7:
+380 44 39 000 10 – Україна; +1 929 480 9559 – міжнародна лінія
Електронна пошта: care@ensuria.com

Служба турботи для подорожуючих

Якщо під час поїздки стався страховий випадок та вам потрібна допомога, ви можете звернутися до міжнародної асистанської служби, що працює 24/7



Скануй,
щоб зв'язатися
з нами у Telegram,
Viber, Facebook

International line
+1 929 480 9559

Ukrainian line
+38 044 39 000 10

Email
care@ensuria.com

7.1.2. При зверненні до Асистуючої компанії повідомити таку інформацію:

7.1.2.1. прізвище, ім'я Застрахованої особи;

7.1.2.2. номер Договору (Індивідуальної частини договору);

7.1.2.3. Програму страхування;

7.1.2.4. строк дії Договору;

7.1.2.5. місцезнаходження Застрахованої особи (країна, населений пункт, готель тощо) та номер контактного телефону;

7.1.2.6. детальний опис події та характер необхідної допомоги;

7.1.3. виконувати вказівки Асистуючої компанії.

7.2. Якщо з об'єктивних причин, повідомлення, передбачене п. 7.1.1 Загальних умов-Оферти, неможливо здійснити до моменту отримання медичних послуг, це необхідно зробити відразу, але не пізніше 24 годин, як тільки з'явиться така можливість.

7.3. Об'єктивними причинами можуть бути:

7.3.1. неприйнятний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які можуть представляти її інтереси);

7.3.2. відсутність діючих засобів зв'язку в місці перебування Страхувальника / Застрахованої особи.

7.4. У випадку недотримання строків повідомлення Страхувальник / Застрахована особа повинен обґрунтувати це у письмовій формі, на вимогу Страховика.

8. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Для здійснення Страховиком страхової виплати Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач повинен надати Страховику протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту в'їзду на територію України або Країни постійного проживання або країни, громадянином якої є Застрахована особа, або країни тимчасового перебування, такі документи (в залежності від характеру, обставин та наслідків події):

8.1.1. заяву про страхову подію за формою встановленою Страховиком;

8.1.2. оригінал або дублікат Індивідуальної частини договору (примірник Страхувальника) у разі укладення Договору страхування в паперовій формі;

8.1.3. закордонний паспорт Застрахованої особи (з відмітками про перетин кордону країни перебування);

8.1.4. документи, що посвідчують особу, яка звернулася за отриманням страхової виплати;

8.1.5. медичний висновок лікаря медичного закладу, в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу, із зазначенням прізвища та ім'я Застрахованої особи, діагнозу;

8.1.6. рахунки медичного закладу;

8.1.7. квитанції або чеки, що підтверджують факт оплати рахунку, або рахунки з відміткою медичного закладу про оплату;

8.1.8. рецепти на придбання ліків;

8.1.9. чеки на придбання виписаних лікарем ліків;

8.1.10. проїзні документи (для відшкодування вартості проїзду, якщо опція передбачена Програмою страхування);

8.1.11. оригінали рахунків за придбані послуги, що були надані, і відшкодування витрат за які передбачені обраною Програмою страхування, та оригінали квитанцій, що підтверджують факт оплати рахунків;

8.1.12. у разі смерті Застрахованої особи: свідоцтво про смерть Застрахованої особи; свідоцтво про право на спадщину; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; довідка лікувального закладу про причину смерті; оригінали документів щодо оплати послуг перевезення тіла Застрахованої особи або її поховання за кордоном;

8.1.13. у разі встановлення інвалідності Застрахованій особі або категорії «дитина з інвалідністю»: належним чином засвідчену копію довідки медичної соціальної експертної комісії (МСЕК) про встановлення групи інвалідності або лікарсько-консультативної комісії (ЛКК) про встановлення дитині категорії «дитина з інвалідністю»; копію Направлення на МСЕК та повідомлення лікувально-профілактичного закладу про рішення МСЕК (форма 088/о) з вказаним діагнозом з приводу якого встановлено групу інвалідності (протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту отримання документу);

8.1.14. для осіб, що здійснюють трудову/навчальну діяльність за кордоном: документ, що підтверджує перебування Застрахованої особи у трудових відносинах (працевлаштування); документ, що підтверджує перебування Застрахованої особи на навчанні;

- 8.1.15. інші необхідні документи за вимогою Страховика, пов'язані із страховим випадком, які мають значення для його підтвердження.
- 8.2. Документи, зазначені в п. 8.1 Загальних умов-Оферти, оригінали яких складено іноземною мовою, повинні бути перекладені українською мовою та належним чином посвідчені (на запит Страховика).
- 8.3. За наявності підстав для сумніву щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати Страховик може відтермінувати рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин компетентними органами, на строк не більше 45 (сорока п'яти) робочих днів.
- 8.4. Відповідальність за надання, достовірність інформації, зазначеної в документах та/або копіях наданих документів, несе Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач.
- 8.5. Неподання документів, зазначених в п. 8.1 Загальних умов-Оферти, дає Страховику право відмовити у страховій виплаті в частині, що не підтверджена такими документами.
- 8.6. За письмовою згодою Страховика може бути зменшено перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків і які повинні бути надані Страховику. Страховик приймає таке рішення враховуючи особливості конкретної події, що має ознаки страхового випадку.
- 8.7. Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами Договору на підставі заяви Страхувальника, Застрахованої особи або іншої особи, яка має право на отримання страхової виплати, та страхового акту, який складає Страховик (уповноважена особа) за формою встановленою Страховиком:
- 8.7.1. Асистуючій компанії, яка сплатила витрати на лікування, додаткові витрати, за послуги надані Застрахованій особі згідно з наданим рахунком чи іншим платіжно-розрахунковим документом (за умови, якщо такі витрати передбачені обраною Програмою страхування) (в частині покриття «Медичні витрати»);
- 8.7.2. безпосередньо Спеціалізованій (Третій) особі за надані Застрахованій особі послуги згідно з наданим рахунком чи іншим платіжно-розрахунковим документом. Зазначена умова діє тільки при наявності договірних відносин між Спеціалізованою особою та Страховиком або Асистуючою компанією (в частині покриття «Медичні витрати»);
- 8.7.3. Застрахованій особі / Страхувальнику / Вигодонабувачу, що самостійно сплатила надані послуги (в частині покриття «Медичні витрати»);
- 8.7.4. Застрахованій особі або Вигодонабувачу (в частині покриття «Нещасні випадки»).
- 8.8. Протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком всіх документів, які необхідні для підтвердження факту, причин, обставин настання події, що має ознаки страхового випадку, та визначення розміру збитків, передбачених Договором, та відповідей від органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, на запити Страховика, Страховик:
- 8.8.1. приймає рішення про визнання випадку страховим та здійснює страхову виплату протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня складання страхового акту;
- 8.8.2. у разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати протягом 10 (десяти) робочих днів з дати його прийняття повідомляє Страхувальника та/або Застраховану особу або Вигодонабувача про прийняте рішення з обґрунтуванням підстав відмови в паперовій формі на поштову адресу або в інший спосіб узгоджений Сторонами / Застрахованою особою (Вигодонабувачем).
- 8.9. Розмір страхової виплати внаслідок настання страхового випадку становить:
- 8.9.1. **За покриттям «Медичні витрати»:**
- 8.9.1.1. у розмірі понесених прямих витрат, передбачених обраною Програмою страхування, у межах страхової суми та лімітів відповідальності;
- 8.9.1.2. за вирахуванням розміру франшизи передбаченої Договором із суми збитку;
- 8.9.1.3. якщо загальна сума збитків по наданих рахунках перевищує зазначену в Договорі страхування страхову суму (ліміти, передбачені Програмою страхування), то в першу чергу здійснюються страхові виплати за витрати на лікування, а у разі смерті Застрахованої особи – за витрати на посмертну репатріацію тіла (останків) або витрати на поховання за кордоном;
- 8.9.1.4. Страховик здійснює страхову виплату за вартість медичних та інших послуг, передбачених обраною Програмою страхування, у разі їх самостійної оплати Застрахованою особою, за умови попереднього погодження зі Страховиком або Асистуючою компанією факту звернення Застрахованої особи до медичного закладу або іншої Спеціалізованої (третьої) особи, та подальшого погодження вартості медичних послуг, що будуть надаватися Застрахованій особі в цьому медичному закладі або у Спеціалізованої (третьої) особи;
- 8.9.1.5. у разі самостійної оплати вартості медичних та інших послуг та за відсутності попереднього погодження Страховиком або Асистуючою компанією факту звернення до медичного закладу

(Спеціалізованої (третьої) особи) та/або вартості медичних послуг, що надавалися Застрахованій особі в цьому медичному закладі або у Спеціалізованої (третьої) особи, Страховик відшкодовує суму в ліміті 150,00 \$/€ по курсу Національного банку України за умови надання всіх документів, передбачених Договором (за виключенням Програми страхування «С»).

8.9.2. За покриттям «Нещасні випадки»:

8.9.2.1. у разі смерті Потерпілої третьої особи – 100% страхової суми;

8.9.2.2. у разі призначення Застрахованій особі I групи інвалідності або категорії «дитина з інвалідністю» – 100% страхової суми;

8.9.2.3. у разі призначення Застрахованій особі II групи інвалідності – 70% страхової суми;

8.10. Всі збитки, розмір яких перевищує страхові суми, ліміти відповідальності, відшкодовуються Страхувальником, Застрахованою особою самостійно.

9. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

9.1. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого п. 8.8.2 Загальних умов-Оферти, повідомити Страхувальника / Застраховану особу / Вигодонабувача у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави для відмови.

9.2. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

9.2.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законодавством чи міжнародними звичаями;

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

9.2.3. подання Страхувальником та / або потерпілими третіми особами неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику або про факт настання страхового випадку;

9.2.4. одержання Страхувальником та / або потерпілими третіми особами 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;

9.2.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (особою, відповідальність якої застрахована) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

9.2.6. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником про зміни ступеня страхового ризику протягом дії Договору (відповідно до переліку, зазначеному в п. 10.5 цих Загальних умов-Оферти)

9.2.7. ненадання Страховику оформлених належним чином документів, що підтверджують факт настання події, що має ознаки страхового випадку, розмір збитків та інших документів, подача яких передбачена Договором;

9.2.8. наявність обставин, які є винятками зі страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором.

9.3. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено у судовому порядку.

10. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. До укладення Договору Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від Клієнта (потенційного Страхувальника) інформації з'ясовує потреби та вимоги у страхуванні.

10.2. 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 за кордон «UPSK TRAVEL»» не передбачено.

10.3. 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).

10.4. Клієнт (потенційний Страхувальник) перед укладенням Договору зобов'язаний проінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для

оцінки страхового ризику та надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування. Такою інформацією є:

10.4.1. відомості про Клієнта (потенційного Страхувальника): фізична особа чи юридична особа;

10.4.2. відомості про осіб, яких Клієнт планує застрахувати:

- П.І.Б., дата народження, вік особи;
- паспорт або інший документ, що посвідчує особу; РНОКПП;
- країна(и) подорожі;
- місце знаходження осіб на момент укладання Договору;
- група ризику (мета подорожі);
- термін днів перебування;
- строк дії Договору.

10.4.3. наявність страхового інтересу щодо Застрахованої особи;

10.4.4. наявність інших діючих договорів страхування, де об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи;

10.4.5. підтвердження факту, що Застрахована особа не підпадає під ознаки, зазначені в п. 3.5 Загальних умов.

10.5. Страхувальник протягом дії Договору зобов'язаний повідомляти про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (зміна ступеня страхового ризику) – зміна вірогідності (в більший або менший бік) настання страхового випадку та / або розміру можливих збитків. До таких обставин належать:

10.5.1. встановлення Застрахованій особі статусу, зазначеного в п. 3.5 Загальних умов;

10.5.2. укладення іншого договору страхування з аналогічним об'єктом страхування (подвійне страхування).

10.6. Відповідальність за достовірність даних, наданих Страховику несе Страхувальник. Всі відомості, що надані Страховику мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику (ймовірність настання страхового випадку, розмір можливих збитків від його настання), а також розміру страхової премії.

10.7. Договір укладається в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформлюється у паперовій формі або в формі електронного документа, в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію або згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг».

10.8. Порядок укладення Договору у формі електронного документа.

10.8.1. Договір страхування, додатки до нього (за наявності) та інші документи необхідні для виконання умов Договору страхування, оформлені в електронному вигляді, є електронними документами, які містять всі реквізити аналогічних паперових документів.

10.8.2. Порядок укладення Договору із Страхувальником - фізичною особою.

10.8.2.1. Для укладення Договору Клієнт:

- надає інформацію для укладення Договору, а саме: повідомляє представнику Страховика, що відповідальний за реалізацію страхових послуг, інформацію про себе (прізвище, ім'я, адресу реєстрації або місця проживання, дату народження, реєстраційний номер облікової картки платника податку або документ, що підтверджує відмову від нього, номер (та за наявності - серія) паспорта громадянина України для виїзду за кордон, дату видачі та орган, що його видав, номер мобільного телефону для зв'язку, адресу електронної пошти);
- 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) відповідно до п. 10.4 Загальних умов-Оферти;
- повідомляє представника Страховика про обрані умови страхування (програму страхування).

10.8.2.2. Страховик, на підставі отриманої інформації, формує проект Індивідуальної частини договору (далі – Індивідуальна пропозиція), та надсилає його Клієнту засобами електронної комунікації або відмовляє в укладенні договору. Одночасно з направленням Індивідуальної пропозиції Страховик надає Клієнту інформацію, зазначену в п. 10.3 Загальних умов-Оферти, шляхом надання посилання на веб-сайт Страховика або QR-коду для переходу на веб-сайт Страховика. Після направлення Індивідуальної пропозиції за допомогою ІТС Страховика або страхового посередника Клієнту надсилається одноразовий ідентифікатор на зазначений Клієнтом засіб електронного/мобільного зв'язку.

10.8.2.3. Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом пропозиції Страховика укласти Договір є: підписання Індивідуальної частини договору (Індивідуальної пропозиції) електронним підписом шляхом введення одноразового ідентифікатора в ІТС Страховика або страхового посередника та сплата страхової премії на умовах, визначених Договором. Після здійснення акцепту Клієнт набуває статусу Страхувальника.

10.8.2.4. Після підписання Індивідуальної частини договору Страхувальником, особа, уповноважена Страховиком на підписання договорів страхування, за допомогою ІТС Страховика присвоює номер Договору та підписує Індивідуальну частину договору з використанням кваліфікованого електронного підпису (далі – КЕП).

10.8.2.5. Страховик направляє на електронну адресу, надану Страхувальником, або іншим способом обраним Страхувальником, підписаний обома Сторонами примірник Договору (обидві його частини), додатки до нього (за наявності) у формі електронного документу одразу після підписання такого договору.

10.8.3. **Порядок укладення Договору із Страхувальником - юридичною особою.**

10.8.3.1. Для укладення Договору Клієнт (його уповноважена особа):

- надає інформацію для укладення Договору, а саме: 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 Клієнта, 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) відповідно до п. 10.4 Загальних умов-Оферти;
- повідомляє представника Страховика про обрані умови страхування (програму страхування).

10.8.3.2. Страховик, на підставі отриманої інформації, формує проект Індивідуальної частини договору (далі – Індивідуальна пропозиція), та надсилає його Клієнту у вигляді електронного повідомлення або відмовляє в укладенні договору. Одночасно з направленням Індивідуальної пропозиції Страховик надає Клієнту інформацію, зазначену в п. 10.3 Загальних умов-Оферти, шляхом надання посилання на веб-сайт Страховика або QR-коду для переходу на веб-сайт Страховика.

10.8.3.3. Клієнт приймає (акцептує) пропозицію укласти договір на умовах, викладених в Індивідуальній пропозиції, шляхом підписання Індивідуальної частини Договору з використанням КЕП (удосконаленого електронного підпису (УЕП) (на період воєнного часу) із кваліфікованою електронною позначкою дати та часу підписання) та сплатою страхової премії на умовах, визначених Договором. Після здійснення акцепту Клієнт набуває статусу Страхувальника. Страхувальник надсилає Страховику підписану з його сторони Індивідуальну частину договору у вигляді електронного повідомлення.

10.8.3.4. Після підписання Індивідуальної частини договору Страхувальником, особа, уповноважена Страховиком на підписання договорів страхування, за допомогою ІТС Страховика або страхового посередника присвоює номер Договору та підписує Індивідуальну частину договору з використанням КЕП.

10.8.3.5. Страховик направляє Страхувальнику підписаний обома Сторонами примірник Договору (обидві його частини), додатки до нього (за наявності) у формі електронного документу одразу після підписання такого договору.

10.8.3.6. 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 із Сторін для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси. Страховик зі своєї сторони використовує сервіс «Вчасно».

10.8.4. На письмову вимогу Страхувальника Індивідуальна частина 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.

10.8.5. Датою укладення Договору у формі електронного документу є дата накладення КЕП Страховика.

10.8.6. Місцем укладення Договору у формі електронного документу є місцезнаходження Страховика: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 40.

10.9. **Порядок укладення Договору у формі паперового документу.**

- 10.9.1. Укладення Договору здійснюється відповідно до пп. 10.8.2.1, 10.8.3.1 Загальних умов-Оферти.
- 10.9.2. На підставі отриманої інформації Страховик формує проект Індивідуальної частини договору та пропонує її Клієнту або відмовляє в укладенні Договору страхування.
- 10.9.3. Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом пропозиції Страховика укласти Договір є: підписання Індивідуальної частини договору власноручним підписом Клієнта (уповноваженої особи) та сплата страхової премії на умовах, визначених Договором. Після здійснення акцепту Клієнт набуває статусу Страхувальника.
- 10.9.4. Договір укладається у формі паперового документа у 2-х (двох) примірниках по одному для кожної Сторони з проставленням власноручних підписів Сторін.
- 10.9.5. Дата та місце укладення Договору зазначено в Індивідуальній частині договору.
- 10.9.6. Примірник Індивідуальної частини договору страхування (примірник Страхувальника), укладеного у паперовій формі, а також додатки до нього (за наявності) надаються Страховиком Страхувальнику одразу після його підписання Сторонами.
- 10.10. Загальні умови-Оферта відтворюються на паперовому носії за письмовою вимогою Страхувальника.
- 10.11. Підписанням Індивідуальної частини договору Страхувальник приєднується до Договору в цілому та погоджується дотримуватися умов, викладених в Індивідуальній частині договору та Загальних умовах-Оферти (публічній частині договору).
- 10.12. Усі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені рекомендованим листом, факсимільним зв'язком з підтвердженням про отримання чи доставлені кур'єром за адресами, зазначеними у Договорі (крім повідомлень, для яких прямо передбачено Договором окремий порядок їх надання).

11. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

- 11.1. Страховик не визнає страховим випадком подію та не здійснює страхову виплату, якщо випадок стався внаслідок:
- 11.1.1. події, що не обумовлена як страховий ризик чи випадок в Договорі, та/або мала місце не під час його дії чи за межами території його дії;
- 11.1.2. самогубства Застрахованої особи (за винятком випадків, коли вона була доведена до цього протиправними діями третіх осіб), або навмисного нанесення собі тілесні ушкодження або у випадку, коли Застрахована особа попросила це зробити іншу особу;
- 11.1.3. перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції;
- 11.1.4. впливу ядерного вибуху, випромінювання, застосування ядерної зброї, ядерного інциденту радіації або радіоактивного зараження, впливу проникної радіації, радіоактивного забруднення будь-яким ядерним паливом або відходами внаслідок згоряння ядерного палива, впливу іонізуючого випромінювання або радіоактивного забруднення;
- 11.1.5. збройної агресії, воєнних дій, а саме: вторгнення, дій іноземних держав (при оголошенні війни або без оголошення війни), воєнних/збройних конфліктів, дії незаконних збройних формувань, диверсії, повалення/захоплення влади або спроби таких дій, посягання на територіальну цілісність, мародерства, агресії іншої держави або заходів щодо її подолання, вторгнення військ іншої держави або несанкціонований перетин кордону військами іншої держави або будь-яких інших дій за політичними, економічними, соціальними мотивами; дії мін, торпед, бомб, гранат, снарядів, інших будь-яких бойових припасів та або знарядь війни; дії будь-яких вибухових речовин або пристроїв, що використані з метою пошкодження або знищення майна та/або завдання шкоди здоров'ю або життю людей;
- 11.1.6. терористичного акту, громадянської війни, масових заворушень усякого роду, порушень громадського порядку, терористичної або антитерористичної діяльності, страйків, заколотів, локаутів, повстань, революцій, узурпації влади, самоуправства, цивільних безладь; державних переворотів, актів тероризму, військової диктатури;
- 11.1.7. дії азбестового пилу, азбесту, діетілстіролу (DES), діоксину, сечовинного формальдегід.
- 11.2. Страховик не несе відповідальність і не здійснює страхову виплату за цим Договором за витрати:
- 11.2.1. на санаторно-курортне лікування;
- 11.2.2. що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показниками), що вона сама, чи в супроводі іншої особи, може повернутися до Країни постійного проживання або країни, громадянином якої є Застрахована особа, або країни тимчасового перебування;
- 11.2.3. на медичну та іншу допомогу в Україні або Країні постійного місця проживання або країни, громадянином якої є Застрахована особа, або країни тимчасового перебування Застрахованої особи;

- 11.2.4. та збитки через неможливість працювати, брати участь в подорожі, екскурсії, проводити відпустку за кордоном, за бронювання квитків і місць у готелях, моральну шкоду;
- 11.2.5. щодо захворювань та станів, які пов'язані з вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності та випадків, коли стан Застрахованої особи загрожує її життю;
- 11.2.6. щодо венеричних захворювань і СНІДу, а також всіх хвороб, викликаних ВІЛ-інфекцією;
- 11.2.7. пов'язані із раптовою хворобою або нещасним випадком, що стались внаслідок та (або) під час перебування в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, або вживання не прописаних лікарем ліків, самолікування;
- 11.2.8. щодо вроджених, хронічних, онкологічних захворювань і хвороб, що почались до моменту перетину кордону Країни постійного проживання або країни, громадянином якої є Застрахована особа, або країни тимчасового перебування Застрахованої особи, а також витрати, пов'язані із нещасним випадком, що став наслідком вроджених, хронічних, онкологічних захворювань і хвороб, що почались до моменту перетину кордону вище наведених країн. Виключенням є випадки ліквідації гострої смертельної небезпеки для життя Застрахованої особи або зняття гострого болю; при цьому обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком витрат є наявність медичного висновку (висновку Асистуючої компанії), що підтверджує відповідний стан Застрахованої особи;
- 11.2.9. на медичні та інші послуги, якщо подорож здійснювалась з метою їх отримання;
- 11.2.10. щодо захворювань, виникнення яких могло бути попереджено завчасною вакцинацією, при наявності вимог прикордонних служб щодо вакцинації при виїзді у відповідну країну;
- 11.2.11. на стоматологічну допомогу, за винятком знеболюючого лікування та пов'язаного з ним необхідного пломбування тільки природних (натуральних) зубів в межах лімітів передбачених Договором (обраною Програмою страхування);
- 11.2.12. на пластичні, косметичні операції, будь-яке протезування, купівлю і ремонт допоміжних засобів (зокрема окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, протезів, милиць тощо);
- 11.2.13. на медичну та іншу допомогу або витрати у разі смерті Застрахованої особи в результаті ДТП, якщо транспортним засобом керувала Застрахована особа, не маючи прав водія чи знаходячись під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, а також, якщо Застрахована особа, заздалегідь про це знаючи, їхала у транспортному засобі, яким керувала особа, що не має прав водія, чи знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин;
- 11.2.14. пов'язані із скоєнням (або спробою скоєння) Застрахованою особою умисного правопорушення за кордоном, яке визнається таким за законами, що діють в країні перебування, або за законами, що діють в країні постійного проживання або країні, громадянином якої є Застрахована особа, або країні тимчасового перебування Застрахованої особи;
- 11.2.15. на психотерапевтичне і психіатричне лікування;
- 11.2.16. пов'язані з наданням медичних послуг, що не є необхідними з медичної точки зору (за рішенням Страховика або Асистуючої компанії), чи з лікуванням і придбанням медичних препаратів, не призначеним лікарем;
- 11.2.17. пов'язані з наданням послуг Спеціалізованою (третьою) особою, що не має відповідної ліцензії, або права на здійснення відповідної діяльності;
- 11.2.18. на проведення дезінфекцій, профілактичних вакцинацій, ін'єкцій, щеплень, лікарських експертиз і лабораторних досліджень, не пов'язаних зі страховим випадком;
- 11.2.19. пов'язані з наданням додаткового комфорту зокрема: телевізора, телефону, кондиціонера, послуг перукаря, масажиста, косметолога;
- 11.2.20. на водолікування, геліотерапію та косметичне лікування, якщо воно не зумовлене травмою, одержаною внаслідок нещасного випадку в період дії Договору;
- 11.2.21. на лікування нетрадиційними методами;
- 11.2.22. на реабілітацію та фізіотерапію;
- 11.2.23. пов'язані з штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, витрати по запобіганню вагітності;
- 11.2.24. на поточні обслідування зору та слуху;
- 11.2.25. на платне лікування у медичному закладі, а також витрати та іншу допомогу у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне отримання наданих послуг;
- 11.2.26. на допомогу, що не є необхідною за висновком Страховика або Асистуючої компанії;
- 11.2.27. на медичну допомогу, яку з медичної точки зору (згідно медичного висновку, висновку Асистуючої компанії) можливо відкласти до повернення в Україну або Країну постійного проживання або країну, громадянином якої є Застрахована особа, або країну тимчасового перебування Застрахованої особи;
- 11.2.28. на лікування розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води), захворювання вуха, що не супроводжуються підвищенням температури тіла, інтоксикацією, крім випадків гострого больового синдрому;

- 11.2.29. на лікування дерматитів, захворювань шкіри, алергічних дерматитів, кропивниць та еритем, сонячних опіків, укусів комах та інших представників флори та фауни, ушкодження м'яких верхніх тканин шкіри (синці, подряпини), крім випадків, коли стан Застрахованої особи загрожує її життю;
- 11.2.30. на лікування туберкульозу, цукрового діабету, а також захворювань, що є його наслідками, крім випадків ліквідації гострої смертельної небезпеки для життя Застрахованої особи;
- 11.2.31. на проведення високотехнологічних маніпуляцій, операцій на серці та судинах, в т.ч. агіографія, ангіопластика, шунтування тощо, операцій з приводу аневризми судин, крім невідкладних операцій при ускладнених аневризмах судин головного мозку, серця, коли існує загроза життю Застрахованої особи;
- 11.2.32. пов'язані із захворюванням шлунково-кишкового тракту, що не потребують парентерального лікування, за виключенням дітей до 16 років;
- 11.2.33. на лікування травм, станів та захворювань, що виникли внаслідок грубого порушення загальноприйнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, т.ч. ті, що рекомендовані представниками Страховика, туристичного оператора та працівниками баз розміщення (готелі, пляжі тощо);
- 11.2.34. на повторні звернення до лікаря або до медичного закладу, в межах одного захворювання та /або травми, крім випадків ліквідації гострої смертельної небезпеки та /або надання невідкладного хірургічного втручання;
- 11.2.35. які покриваються за рахунок соціального, медичного або іншого страхування/забезпечення.
- 11.3. Страховик не здійснює страхової виплати у разі, якщо Страхувальник (Застрахована особа):
- 11.3.1. не повідомив Страховика або Асистуючу компанію про звернення за медичною або іншою допомогою, або про факт настання нещасного випадку протягом 24 годин з моменту його настання без поважних на це причин;
- 11.3.2. не погодив з Асистуючою компанію всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг, в разі настання події, яка може призвести до настання випадку;
- 11.3.3. не виконував розпорядження та/чи рекомендації Страховика або Асистуючої компанії, щодо дій у разі настання події, яка може призвести до настання випадку;
- 11.3.4. відмовляється від переведення в лікувальний заклад Країни постійного проживання або країни, громадянином якої є Застрахована особа, або країни тимчасового перебування Застрахованої особи з того моменту, коли лікар визначає, що стан здоров'я Застрахованої особи за медичними показниками дозволяє їй самій чи в супроводі іншої особи повернутися.
- 11.4. Страховик не здійснює страхову виплату зазначену в п. 8.9.1.5 Загальних умов-Оферти у разі відсутності погодження Страховиком необхідності та доцільності факту отримання Застрахованою особою медико-санітарної та (або) іншої допомоги, медичних та (або) додаткових послуг, та (або) обсягу чи вартості їх отримання.
- 11.5. Не відноситься до страхових випадків, визначених у п. 3.10 Загальних умов-Оферти, травмування Застрахованої особи внаслідок здійснення нею діяльності, віднесеної до опису однієї з груп ризику, зазначених в п. 3.26 Загальних умов-Оферти, крім випадку, коли при укладенні Договору відповідна група ризику була обрана Страхувальником та зазначена належним чином в Індивідуальній частині договору.
- 11.6. Не відноситься до страхових випадків, визначених у п. 3.10 Загальних умов-Оферти, травмування Застрахованої особи внаслідок заняття альпінізмом, скелелазінням по природному рельєфу на відкритій місцевості.
- 11.7. За Договором Страховик не відшкодовує: сплату штрафів, пені та інших (у тому числі адміністративних) санкцій, визначених будь-яким договором чи законом, моральну шкоду, упущену вигоду, неотриманий (втрачений) дохід (включаючи відсотки, неустойки), інші непрямі збитки;
- 11.8. Договір страхування не може бути укладений (обмеження страхування) по відношенню до осіб, (обмеження страхування), які відповідають критеріям зазначеним в п. 3.5 Загальних умов-Оферти.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 12.1. Усі спори між Сторонами Договору вирішуються шляхом проведення переговорів.
- 12.2. У разі неможливості вирішення спору шляхом переговорів, він вирішується у судовому порядку передбаченому законодавством України.
- 12.3. При вирішенні питань, що не врегульовані Договором страхування, Сторони керуються законодавством.

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

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

Асистуюча компанія:
ТОВ «Еншурія Оперейшнз Україна»
(код ЄДРПОУ 43812574)
Багатоканальна лінія 24/7:
+380 44 39 000 10 – Україна; +1 929 480 9559 – міжнародна лінія
Електронна пошта: care@ensuria.com

Служба турботи для подорожуючих

Якщо під час поїздки стався страховий випадок та вам потрібна допомога, ви можете звернутися до міжнародної асистанської служби, що працює 24/7



Скануй,
щоб зв'язатися
з нами у Telegram,
Viber, Facebook

International line

+1 929 480 9559

Ukrainian line

+38 044 39 000 10

Email

care@ensuria.com