

Інформаційний документ про стандартний страховий продукт

«СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА МЕЖІ КРАЇНИ ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ» "WOWINSUR" (код продукту 520)

Цей документ містить загальну інформацію про страховий продукт та не є пропозицією щодо укладення договору страхування. Зазначена інформація потрібна для розуміння сутності, ризиків, потенційних вигод та збитків цього продукту і допомагає порівняти його з іншими продуктами.

№ з/п	Вид інформації	Інформація Страховика
1	2	3
1	1. Інформація про Страховика	
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	Приватне акціонерне товариство "Українська пожежно-страхова компанія", код за ЄДРПОУ 20602681
3	Номер і дата видачі ліцензії на здійснення діяльності із страхування	Дата видачі 30.04.2024 р. Відомості про ризики / класи включені до Ліцензії за посиланням https://upsk.com.ua/dbs.8.files/upload/file/pubdoc/upsk_vityag_3.pdf
4	Місцезнаходження страховика	04080, Україна, м.Київ, вул.Кирилівська,40.
5	Адреса офіційного веб сайту страховика	https://upsk.com.ua/
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	<p>Основне (завжди наявне в договорі страхування незалежно від програми страхування):</p> <ul style="list-style-type: none"> Клас страхування 18 - страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі. <p>Ризики в межах класу 18: - Страхування медичних витрат.</p> <p>Додаткове (відповідно до вибору страхувальником програми страхування може бути відсутнє в договорі страхування):</p> <ul style="list-style-type: none"> Клас 1 – страхування від нещасного випадку (крім виробничої травми та професійного захворювання). <p>Ризики в межах класу 1: страхування від нещасного випадку.</p> <ul style="list-style-type: none"> Клас 13 – страхування іншої відповідальності перед третіми особами, ніж відповідальність оператора ядерної установки за ядерну шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту, без обмежень та особливостей, які дають підстави для застосування спрощеного підходу для

		<p>розрахунку капіталу платоспроможності та мінімального капіталу» в межах класу 13 «Страховання іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12)».</p> <p>Ризики в межах класу 13: заподіяння шкоди майну третіх осіб,</p> <p>Продукт призначений для страхування майнових інтересів Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать чинному законодавству України, які пов'язані з необхідністю відшкодування медичних витрат та/або з приводу організації надання та оплати медичної допомоги, медичної або посмертної репатріації Застрахованої особи в країну постійного проживання, або поховання за кордоном, в обсязі та в порядку, передбаченому Договором, якщо ці події відбулися в період та у місці дії Договору та медичні, медико-транспортні витрати були своєчасно погоджені із Страховиком та/або асистуючою компанією Страховика за кордоном.</p>
8	<p>Страхові ризики та обмеження страхування</p>	<p>Страховими ризиками визнаються події, на випадок яких проводиться страхування і які мають ознаки ймовірності та випадковості настання, а саме:</p> <ul style="list-style-type: none"> - звернення до медичного закладу та надання медичної допомоги Застрахованій особі під час дії Договору страхування у зв'язку з раптовим захворюванням, травмою, отруєнням, наслідком нещасного випадку, з метою отримання медичної допомоги та медичних послуг у межах та в обсязі визначених Договором страхування; - звернення спадкоємців Застрахованої особи, у разі її смерті внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку під час дії Договору страхування, у зв'язку із необхідністю покриття витрат, пов'язаних із репатріацією Застрахованої особи - претензії третіх осіб у випадку заподіяння шкоди їх майну <p>Обмеження страхування</p> <p>Страховальниками (Застрахованими особами) не можуть бути особи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - визначені у встановленому порядку недієздатними; - страхувальником не може бути особа молодше 18 років на момент укладання договору; - із встановленими хронічними захворюваннями які на момент укладення Договору мають наступне(і) захворювання та/чи стан(и): <ul style="list-style-type: none"> - новоутворення, хвороби ендокринної системи, цукровий діабет; - нервові захворювання (крім невритів), психічні захворювання, в т.ч. діагностика та встановлення причини епілептичних припадків; лікування психо-соматичних розладів, а також пов'язані з ними травматичні пошкодження; - онкологічні захворювання, цироз, хронічна ниркова недостатність, системні захворювання сполучної тканини, аутоімунні захворювання; - венеричні захворювання, захворювання, що передаються статевим шляхом, імунодефіцитний стан, СНІД; - хвороби крові та кровотворних органів; - епідемічні та пандемічні хвороби за виключенням

		<p>COVID-19;</p> <ul style="list-style-type: none"> - гостра та хронічна променева хвороба; - алкоголізм, наркоманія, токсикоманія; 																				
9	Територія та строк дії договору страхування	<p>Територія дії зазначається в Полісі як окрема країна або одна із географічних зон:</p> <ul style="list-style-type: none"> - «Європа» (EUROPE): Австрія, Азербайджан, Албанія, Алжир, Андорра, Бельгія, Болгарія, Боснія і Герцеговина, Ватикан, Великобританія, Вірменія, Угорщина, Греція, Німеччина, Данія, Єгипет, Ізраїль, Ірландія, Іспанія, Італія, Ісландія, Казахстан, Киргизія, Ліхтенштейн, Люксембург, Латвія, Литва, Мальта, Монако, Молдова, Нідерланди, Норвегія, Польща, Португалія, Румунія, Північна Македонія, Словаччина, Сан-Марино, Сербія, Словенія, Таджикистан, Туніс, Туреччина, Узбекистан, Україна, Франція, Фінляндія, Хорватія, Чорногорія, Чехія, Швейцарія, Швеція, Естонія. - «Цілий світ» (WORLDWIDE): всі країни світу <p>Винятками з території дії Договору є:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Країна/Місце постійного проживання Застрахованої особи; - Окремі зони (адміністративно-територіальні одиниці) країн, на території яких відбуваються воєнні дії; - Території білорусі, російської федерації <p>Дія Договору достроково припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:</p> <ul style="list-style-type: none"> - закінчення строку дії Договору, зазначеного в Полісі; - виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі; - та інших випадках, зазначених в договорі. <p>Строк дії договору – від 1 дня до 1 року. Строк страхового покриття – від 1 дня до 90 днів. Строк дії договору не продовжується.</p>																				
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	<p>Розміри страхової суми (ліміти відповідальності) в залежності від програми страхування:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Програма страхування</th> <th colspan="2">Ліміт відшкодування (USD)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>START</td> <td>медичні витрати</td> <td>50 000</td> </tr> <tr> <td>GOLD</td> <td>медичні витрати</td> <td>150 000</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">MAX+</td> <td></td> <td>500 000</td> </tr> <tr> <td>медичні витрати</td> <td>220 000</td> </tr> <tr> <td>витрати, інші, ніж медичні</td> <td>160 000</td> </tr> <tr> <td>страхування від нещасних випадків</td> <td>60 000</td> </tr> <tr> <td>страхування відповідальності перед 3-ми особами</td> <td>60 000</td> </tr> </tbody> </table>	Програма страхування	Ліміт відшкодування (USD)		START	медичні витрати	50 000	GOLD	медичні витрати	150 000	MAX+		500 000	медичні витрати	220 000	витрати, інші, ніж медичні	160 000	страхування від нещасних випадків	60 000	страхування відповідальності перед 3-ми особами	60 000
Програма страхування	Ліміт відшкодування (USD)																					
START	медичні витрати	50 000																				
GOLD	медичні витрати	150 000																				
MAX+		500 000																				
	медичні витрати	220 000																				
	витрати, інші, ніж медичні	160 000																				
	страхування від нещасних випадків	60 000																				
	страхування відповідальності перед 3-ми особами	60 000																				
11	Франшиза	Франшиза безумовна встановлюється на рівні 25% від суми																				

		<p>заподіяного збитку в програмі страхування START, зазначається в Договорі страхування/його індивідуальній частині. В програмах GOLD та MAX+ франшиза дорівнює 0%.</p> <p>Залежно від віку Застрахованої особи Ліміт відповідальності Страховика та розмір франшизи незалежно від програми страхування становлять:</p> <table border="1" data-bbox="568 349 1485 1084"> <thead> <tr> <th data-bbox="568 349 887 488">Вік Застрахованої особи, роки</th> <th data-bbox="887 349 1222 488">Ліміт відповідальності (USD)</th> <th data-bbox="1222 349 1485 488">Франшиза (Від суми заподіяного збитку)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="568 488 887 555">60-65</td> <td data-bbox="887 488 1222 555">10 000</td> <td data-bbox="1222 488 1485 555">10%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="568 555 887 622">65-70</td> <td data-bbox="887 555 1222 622">9 000</td> <td data-bbox="1222 555 1485 622">20%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="568 622 887 689">70-75</td> <td data-bbox="887 622 1222 689">8 000</td> <td data-bbox="1222 622 1485 689">30%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="568 689 887 757">75-80</td> <td data-bbox="887 689 1222 757">7 000</td> <td data-bbox="1222 689 1485 757">40%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="568 757 887 824">80-85</td> <td data-bbox="887 757 1222 824">6 000</td> <td data-bbox="1222 757 1485 824">50%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="568 824 887 891">85-90</td> <td data-bbox="887 824 1222 891">5 000</td> <td data-bbox="1222 824 1485 891">60%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="568 891 887 958">90-95</td> <td data-bbox="887 891 1222 958">4 000</td> <td data-bbox="1222 891 1485 958">70%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="568 958 887 1025">95-100</td> <td data-bbox="887 958 1222 1025">3 000</td> <td data-bbox="1222 958 1485 1025">75%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="568 1025 887 1084">більше 100</td> <td data-bbox="887 1025 1222 1084">2 000</td> <td data-bbox="1222 1025 1485 1084">80%</td> </tr> </tbody> </table>	Вік Застрахованої особи, роки	Ліміт відповідальності (USD)	Франшиза (Від суми заподіяного збитку)	60-65	10 000	10%	65-70	9 000	20%	70-75	8 000	30%	75-80	7 000	40%	80-85	6 000	50%	85-90	5 000	60%	90-95	4 000	70%	95-100	3 000	75%	більше 100	2 000	80%
Вік Застрахованої особи, роки	Ліміт відповідальності (USD)	Франшиза (Від суми заподіяного збитку)																														
60-65	10 000	10%																														
65-70	9 000	20%																														
70-75	8 000	30%																														
75-80	7 000	40%																														
80-85	6 000	50%																														
85-90	5 000	60%																														
90-95	4 000	70%																														
95-100	3 000	75%																														
більше 100	2 000	80%																														
12	Розмір страхової премії /страхового тарифу	<p>Розмір страхового платежу залежить від програми страхування і відображається на веб-сайті Страховика або Страхового агента після обрання Страхувальником програми страхування та додаткових опцій. Розмір страхової премії на один об'єкт страхування знаходиться в межах від 40,00 грн. (верхня межа не обмежується). Розмір страхової премії протягом дії Договору змінений бути не може.</p> <p>Згідно програми страхування MAX+ сплачений Страхувальником загальний страховий платіж розподіляється наступним чином:</p> <ul style="list-style-type: none"> - страховий платіж по класу 18 складає 60% - страховий платіж по класу 1 складає 30% - страховий платіж по класу 13 складає 10% 																														
13	Порядок та строки сплати страхової премії	<p>Страховий платіж (премія) сплачується Страхувальником на рахунок Страховика або Страхового агента, у разі виявлення Страхувальником бажання приєднатися до Договору страхування. Страхова премія сплачується одноразово за весь період дії Договору в день його укладення в загальній сумі, що відповідає обраним Страхувальником умовам програми страхування і зазначається в Договорі страхування/Полісі.</p>																														
14	Обов'язки сторін	<p>Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> - своєчасно сплачувати страхові платежі; - ознайомити Застрахованих осіб із умовами Договору; - при укладенні Договору надати Страховикові правдиву 																														

- інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати про будь-яку зміну страхового ризику;
- надати Страховику інформацію про місцезнаходження (країну перебування) Страхувальника або Застрахованої особи (якщо договір укладається на його користь іншою особою) на дату укладання Договору страхування;
 - надати Страховику всі необхідні документи щодо страхового випадку для прийняття рішення про здійснення страхової виплати або страхового відшкодування;
 - при укладенні договору страхування повідомити страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета договору;
 - вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
 - виконувати вказівки Асистанса та Страховика і погоджувати з ними всі дії, пов'язані з наданням невідкладних медичних та інших послуг, передбачених Договором;
 - дотримуватись вказівок лікуючого лікаря, дотримуватись розпорядку медичного закладу, в якому їй надається допомога;
 - надати Страховику або його представнику можливість з'ясувати причини та обставини страхового випадку, перевірити всі представлені йому документи. Укладенням Договору Застрахована особа звільняє лікарів, адвокатів/юристів від дотримання лікарської та іншої таємниць при наданні інформації Страховику або Асистансу щодо страхового випадку.

Страхувальник (Застрахована особа) має право:

- у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та порядку, встановленому умовами Договору;
- звертатися до Страховика за вказівками щодо порядку отримання необхідної допомоги;
- у випадку порушення Страховиком умов Договору вимагати дострокового припинення дії Договору;
- на отримання дублікату Договору страхування у випадку його втрати (один раз за строк дії Договору) на підставі письмової заяви Страхувальника/Застрахованої особи про надання дублікату.

Страховик зобов'язаний:

- ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами, ознайомлення може здійснюватися шляхом розміщення Договору та Правил на веб-сайті Страховика і надання посилання на них в Договорі;
- протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- у разі настання страхового випадку, здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений умовами Договору строк;
- не розголошувати відомостей про Страхувальника за

		<p>винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;</p> <ul style="list-style-type: none"> - за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості майна переукласти з ним договір страхування. <p>Страховик має право:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Перевіряти інформацію, надану Страхувальником для укладення Договору; - подавати запити в компетентні органи стосовно інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку; - у випадку порушення Страхувальником умов Договору вимагати дострокового припинення дії Договору; - проводити незалежну експертизу обставин страхового випадку, у разі необхідності призначати медичну комісію з метою обстеження Застрахованої особи, а також іншу експертизу стосовно страхової події; - здійснювати фіксацію технічними засобами телефонних переговорів стосовно страхових випадків; - використати квиток Застрахованої особи на зворотний шлях, у разі організації дострокового її повернення в країну постійного проживання; - відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Договором та чинним законодавством України; - відмовити у відшкодуванні будь-яких непрямих збитків Застрахованої особи; - відмовити у здійсненні страхової виплати/відшкодування у разі, якщо Застрахована особа знаходиться на території країни, щодо якої є діюча рекомендація МЗС України утриматись від поїздок на дату перетину Застрахованою особою кордону; - самостійно обирати медичний заклад для лікування Страхувальника/Застрахованої особи. Якщо Страхувальник/Застрахована особа відмовляється проходити лікування у медичному закладі, обраному Страховиком, і лікується у клініці, обраній самостійно, Страховик має право відмовити страховій виплаті; - передавати інформацію про Застраховану особу, зокрема, але не виключно персональні дані, що стосуються здоров'я Застрахованої особи 30 (результати обстежень, висновки лікарів тощо), в самостійно обраній медичний заклад для перевірки діагнозу, призначеного лікування та будь-яких інших обставин, необхідних для прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у такій виплаті, проведення розслідування щодо правомірності здійснення страхової виплати.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	<p>Дія Договору достроково припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:</p> <ul style="list-style-type: none"> - закінчення строку дії Договору, зазначеного в Полісі; - виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі; - несплати Страхувальником страхових платежів у

		<p>встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору;</p> <ul style="list-style-type: none"> - ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»; - ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; - прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним; - в інших випадках, передбачених чинним законодавством України. <p>У разі дострокового припинення дії Договору страхування за згодою сторін на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору. При цьому, сума до повернення розраховується як різниця між страховою премією по Договору, що припиняє дію, і вартістю Договору на строк, що діяв від дати укладення Договору до дати розірвання. Із суми, що повертається вираховуються нормативні витрати на ведення справи у розмірі 85%, фактичні виплати страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за Договором страхування (але не більше ніж визначено Правилами страхування).</p> <p>Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору Страхування, то Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.</p> <p>У разі дострокового припинення Договору страхування за згодою сторін на вимогу Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору. При цьому, сума до повернення розраховується як різниця між страховою премією по Договору, що припиняє дію і вартістю Договору на строк, що діяв від дати укладення Договору до дати розірвання. Із суми, що повертається вираховуються нормативні витрати на ведення справи у розмірі 85%, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування, але не більше ніж визначено Правилами страхування).</p>
16	3. Здійснення страхових виплат	

17

Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку

У разі настання випадку, що має ознаки страхового, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання випадку, що має ознаки страхового, повідомити Асистанс про настання випадку, зателефонувавши на номер або надіславши повідомлення на адресу електронної пошти, що зазначені безпосередньо в Полісі, та надати наступну інформацію:

- Прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- Номер контактного телефону;
- Місцезнаходження (країну, місто, готель і т.п.);
- Номер Договору страхування;
- Короткий опис подій, що відбулись, і яка потрібна допомога;
- Будь-яку іншу інформацію на вимогу Асистанса.

Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не має можливості зв'язатися з Асистансом або ситуація вимагає прийняття негайного рішення, пов'язаного з необхідністю отримання термінової медичної або іншої допомоги, Страхувальник (Застрахована особа) повинна самостійно звернутися в найближчу медичну установу або до лікаря, що має ліцензію та право практикувати, за отриманням невідкладної допомоги та обов'язково:

- пред'явити Договір страхування (Електронний поліс);
- оплатити, якщо буде потрібно, надані невідкладні медичні та інші послуги;
- одержати в лікаря чеки, квитанції і т.п. належним чином оформлені документи), що підтверджують факт захворювання й суму медичних витрат;
- подати Асистансу заяву про виплату страхового відшкодування й документи, передбачені Договором страхування.

У разі звернення за медичною допомогою або стаціонарного лікування Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повідомити Асистанс та узгодити всі витрати протягом 24 годин з моменту звернення за необхідною допомогою, або госпіталізацією, до моменту отримання медичних послуг та оплати цих послуг. Якщо вартість медичних послуг, включаючи амбулаторне чи стаціонарне лікування перевищує 1000 USD Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний письмово узгодити витрати зі Асистансом до початку отримання медичних послуг або лікування. Під письмовим узгодженням слід розуміти надсилання повідомлення про лікування та кошторису на діагностування або лікування засобами електронної передачі інформації (електронних листів) та отримання від Асистанса письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом.

Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний подати Асистансу протягом 30 календарних днів після настання випадку, що має ознаки страхового всі необхідні документи для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати.

У разі порушення строку повідомлення Асистанса про настання випадку, що має ознаки страхового, без поважних причин, або порушення строку надання документів, необхідних для

прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, Страховик відмовляє у здійсненні страхової виплати/відшкодування. Визнання причин поважними здійснюється на розсуд Страховика.

У випадках самостійної оплати Страхувальником/Застрахованою особою медичних послуг, у медичному закладі Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний отримати:

- довідку-рахунок з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем та ім'ям пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості;
- рецепти, виписані Застрахованій особі лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;
- деталізовані рахунки за інші послуги з розбивкою їх за датами та вартістю;
- документи, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, банківські квитанції тощо); рахунки за телефонні розмови (факсимільні повідомлення), на яких зазначено номер телефону, дату, час та вартість кожної розмови;
- акт про неналежне перевезення багажу (PIR - PropertyIrregularityReport), акт пошкодження багажу (DBR - DamageBaggageReport) або будь-яку іншу довідку про втрату або пошкодження багажу, видану компетентною службою, документи, що підтверджують розмір збитків – для страхових випадків щодо втрати/пошкодження багажу;
- документи, що характеризують обставини страхового випадку (протокол про вчинення правопорушення, заява потерпілого, довідка із поліції, пропозиції досудового урегулювання, копії позовної заяви або будь-які документи, що свідчать про вимоги до Застрахованої особи і обґрунтовують розмір нанесеного збитку – у разі настання страхового випадку по страхуванню цивільної відповідальності.

У разі настання випадку, що має ознаки страхового, по страхуванню багажу, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана:

- негайно після виявлення пошкоджень/втрати, не покидаючи території вокзалу/станції повідомити про настання страхового випадку компетентні органи (служба «LostandFound», служба розшуку багажу або інша служба, представник перевізника, поліція тощо);
- до огляду багажу представником компетентної служби залишити багаж у тому вигляді, в якому він був після настання страхового випадку, за винятком дій для дотримання вимог безпеки та вжиття заходів для збереження багажу та зменшення збитків.

		<p>У разі настання випадку, що має ознаки страхового, по страхуванню цивільної відповідальності Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана у випадку пред'явлення претензії, позову, негайно, але не пізніше 24 годин з моменту отримання, відправити на електронну адресу Асистанса, зазначену в Договорі, копію листа, постанови суду, позовної заяви, судового виклику (повідомлення), повідомлення, повістки суду, будь яких інших документів, отриманих у зв'язку із претензією. Якщо справа по страховій події передається до суду, Застрахована особа на вимогу Асистанса зобов'язана надати йому повноваження (зокрема, але не виключно нотаріально посвідчену довіреність) на ведення справи та представлення своїх інтересів у всіх судових інстанціях. Розгляд справи може здійснюватися лише за законами України або країни тимчасового перебування Застрахованої особи. Асистанс має право, але не зобов'язаний здійснювати захист Застрахованої особи по будь-якій претензії, пов'язаній із завданням збитків третій особі. Асистанс у будь-який момент має право відмовитися представляти інтереси Застрахованої особи, про що повідомляє Застраховану особу шляхом повідомлення на надану Страхувальником/Застрахованою особою електронну адресу. У разі представництва інтересів Застрахованої особи Асистансом, Застрахованій особа за умовами цього Договору заборонено без узгодження із Асистансом проводити будь-які переговори з позивачем або його представниками щодо досудового врегулювання справи, здійснювати відшкодування, визнавати частково або повністю вимоги, пред'явлені йому у зв'язку із страховою подією, а також без згоди Асистанса приймати на себе зобов'язання щодо врегулювання спору.</p> <p>Обов'язок доводити факт настання страхового випадку та обґрунтовувати розмір своїх витрат або, якщо необхідно, неможливість встановлення зв'язку із Асистансом повністю покладається на Страхувальника/Застраховану особу.</p>
18	Порядок здійснення страхових виплат	<p>Страхова виплата в рахунок оплати медичних, або інших передбачених Договором послуг, організованих Страховиком для Застрахованої особи, здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків.</p> <p>У випадку самостійної оплати Страхувальником (Застрахованою особою) медичних чи додаткових послуг, Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) на підставі заяви на отримання страхової виплати, яка подається протягом 30 календарних днів від дати настання страхової події. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний подати Страховику протягом 30 календарних днів після закінчення подорожі або лікування всі необхідні документи зазначені в Договорі для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати.</p> <p>Для отримання страхової виплати Страховику надаються такі документи, що є загальними для будь-якого страхового випадку:</p>

- письмова заява за формою, встановленою Страховиком;
- оригінал Договору страхування (Полісу);
- копія закордонного паспорта з відмітками про перетин кордону країни перебування, у разі, якщо перетин кордону не передбачає проставлення відміток, копії авіаквитків, залізничних або автобусних квитків або інший документ, що підтверджує перетин кордону;
- копія національного паспорта;
- копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера;
- рахунки за телефонні розмови із Страховиком, на яких зазначений номер телефону та вартість кожної розмови;
- копію зворотного квитка до Країни/Місця постійного проживання Застрахованої особи.
- документи, зазначені в пункті 8.7 Договору

Заява на страхову виплату та інші документи надаються Страховику не пізніше ніж через 30 календарних днів після настання випадку, що має ознаки страхового. Документи направляються безпосередньо в офіс Страховика або на електронну пошту Страховика. Оригінали документів надаються за запитом Страховика.

З урахуванням обставин події, що відбулась, Страховик має право вимагати додаткові документи для підтвердження факту та обставин настання страхового випадку, а також визначення розміру страхової виплати, які Страхувальник/Застрахована особа повинні надати протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту отримання вимоги Страховика. Вимога Страховика вважається отриманою в день надсилання листа електронною поштою або вручення рекомендованого листа.

Страховик має право вимагати у Страхувальника/Застрахованої особи копію зворотного квитка до країни, з якої розпочалася подорож.

Страховик має право звертатися до медичних установ, в яких Страхувальник/Застрахована особа отримував медичну допомогу для отримання додаткових документів/роз'яснень.

У випадку травми, дорожньо-транспортної пригоди чи поломки легкового автомобіля, на якому подорожував Страхувальник (Застрахована особа), додатково Страховику надається:

- складений в країні тимчасового перебування офіційний протокол або довідка про подію, де обов'язково має бути вказана така інформація: посадові особи, що засвідчують факт події, та їх повноваження на виконання таких дій;
- адреси та/або номери телефонів осіб, що засвідчили факт події;
- детальний опис обставин події та ролі Страхувальника (Застрахованої особи) в ній; підтвердження перебування Застрахованої особи у тверезому стані або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- копія посвідчення водія на право керування транспортним засобом. Обов'язок доведення права керувати транспортним засобом у країні, де трапилася дорожньо-транспортна пригода, покладається на

		<p>Страховальника/Застраховану особу.</p> <p>У випадку звернення Страховальника з приводу пошкодження внаслідок дорожньо-транспортної пригоди або поломки легкового автомобіля, додатково Страховику надається висновок автотоварознавчої експертизи.</p> <p>Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, наданих в порядку, передбаченому Договором.</p> <p>Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) банківських днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати або страхового відшкодування.</p> <p>За наявності підстав для сумніву щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати Страховик може відкласти рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин на строк не більше 45 (сорока п'яти) робочих днів.</p> <p>Про відмову у здійсненні страхової виплати (страхового відшкодування) або прийняття рішення про відстрочку виплати Страховик письмово повідомляє Застраховану особу протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту прийняття рішення з викладенням мотивації прийнятого рішення або обґрунтуванням причин відмови.</p> <p>Страхова виплата здійснюється Страховиком безготівково або іншим не забороненим чинним законодавством України способом на розсуд Страховика. Страхова виплата Застрахованій особі за послуги, надані за кордоном, здійснюється в національній валюті по курсу НБУ на дату здійснення витрат.</p> <p>Страхова сума по класу страхування зменшується на суму здійсненої Страховиком страхової виплати. Сума всіх страхових виплат не може перевищувати страхову суму, розмір якої зазначений у Договорі окремо по кожному класу страхування.</p>
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	<p>Страховик не оплачує і не відшкодовує вартість діагностики, лікування та послуг, пов'язаних із такими захворюваннями і подіями:</p> <ul style="list-style-type: none"> - медична допомога та лікування, що не пов'язані із необхідністю надання Застрахованій особі екстреної або невідкладної медичної допомоги; - лікування хронічних або вроджених захворювань (аномалій), деформацій та хромосомних порушень і вад, ускладнень, загострень цих захворювань, які не загрожують життю, або наслідків, що існували у Застрахованої особи на момент укладання Договору і потребували лікування, крім випадків, коли існує гостра загроза життю Застрахованої особи або виникає необхідність у цілеспрямованих заходах по усуненню гострого болю - новоутворення, хвороби ендокринної системи, цукровий

		<p>діабет;</p> <ul style="list-style-type: none"> - нервові захворювання (крім невритів), психічні захворювання, в т.ч. діагностика та встановлення причини епілептичних випадків; лікування психо-соматичних розладів, а також пов'язані з ними травматичні пошкодження; - онкологічні захворювання, цироз, хронічна ниркова недостатність, системні захворювання сполучної тканини, аутоімунні захворювання; - лікування захворювань, відомих на момент укладання та/або початку дії Договору страхування, незалежно від того, здійснювалось лікування чи ні, крім випадків, коли медична допомога була необхідна в зв'язку з невідкладною медичною допомогою або порятунком життя Страхувальника/Застрахованої особи. Наявність такого захворювання має бути доведена Страховиком; - венеричні захворювання, захворювання, що передаються статевим шляхом, імунодефіцитний стан, СНІД; - хвороби крові та кровотворних органів; - епідемічні та пандемічні хвороби за виключенням COVID-19; - гостра та хронічна променева хвороба; - планові консультації і обстеження під час вагітності, незалежно від терміну вагітності; - консультації, обстеження і лікування, пов'язані з ускладненням вагітності після 27 тижня вагітності, акушерська допомога особам з терміном вагітності більше 27 тижнів, пологи; - медичні послуги, пов'язані з проведенням абортів Застрахованій особі, за винятком невідкладного вимушеного переривання вагітності за медичними показаннями; - діагностика та лікування чоловічої/жіночої безплідності, клімаксу, синдрому виснажених яєчників, порушень менструального циклу, передменструального синдрому, порушень гормонального стану (гіперпролактинемії, гіперандрогенемії, інших), еректильної та сексуальної дисфункцій, штучне запліднення, витрати по запобіганню вагітності; - будь-які розлади здоров'я, ускладнення або смерть внаслідок невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічних дій ліків, що не були призначені лікарем, а також побічних дій харчових добавок; - захворювання або наслідки (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз; - захворювання та розлади органів слуху, крім гострого захворювання органів слуху за медичними показаннями; - захворювання, ушкодження, запалення очей, повік, сльозового апарату, крім випадків, пов'язаних із наданням невідкладної допомоги, що загрожує життю Застрахованої особи; - грибкові та дерматологічні хвороби, алергічні дерматити будь-якого походження, сонячні опіки першого та другого ступеню, інші зміни шкіри, спричинені ультрафіолетовим випромінюванням;
--	--	---

- захворювання, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, що призвели до медичних чи додаткових витрат під час подорожі, а також захворювання, що виникли після повернення Застрахованої особи з подорожі;
- подальше лікування за кордоном Застрахованої особи, якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання. Сторони погодили, що телефонний запис розмови або листування та обмін повідомленнями у месенджерах із Застрахованою особою або його родичами, здійсненого до асистуючої компанії або Страховику з приводу відмови від медичної евакуації прирівнюється до письмової відмови і може бути використаний Страховиком як доказ у разі виникнення суперечок;
- медичний огляд, що не є наслідком гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження, надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування, а також надання таких спеціальних послуг, як окрема палата, телефон, телевізор тощо;
- послуги та лікування, що можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до закінчення подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування і т.п.;
- хірургічні (оперативні) втручання, пов'язані з доброякісними та злоякісними новоутвореннями (карцинома, ліпома, інше згідно до Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10);
- проведення маніпуляцій і операцій на серці та судинах, у т.ч. ангіографія, ангіопластика, шунтування, стентування, встановлення штучного водія ритму і т.п.;
- діагностичні послуги: консультації, лабораторні дослідження та інші заходи не призначені лікарем та асистуючою компанією, як необхідні для встановлення діагнозу для подальшого лікування;
- проведення профілактичних вакцинацій, лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;
- всі види пластичних та косметичних операцій і процедур, всі види протезування (включаючи зуби та очі), трансплантації органів;
- стоматологічне лікування, за винятком зазначеного в підпунктах 6.2.3, 6.5.6 Договору (зняття гострого болю);
- медичні послуги, що надаються юридичною або фізичною особою, яка не має відповідної ліцензії, або особою, що не має права займатися медичною практикою;
- фізіотерапевтичне лікування, лікування нетрадиційними методами, лікування, яке вважається експериментальним або дослідницьким;
- придбання або ремонт допоміжних засобів (таких як кардіостимулятори, окуляри, контактні лінзи, слухові апарати, інгалятори, протези, милиці, інвалідні візки,

		<p>вимірювальні прилади тощо) придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування;</p> <ul style="list-style-type: none"> - штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи по запобіганню вагітності; - лікування алкоголізму, наркоманії і т.п., у тому числі лікування абстинентного синдрому; - медична евакуація, репатріація або поховання за кордоном, організовані без письмового узгодження із Страховиком; - витрати, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування; - самолікування, а також лікування, що здійснюється подружжям, батьками, або дітьми; - усунення наслідків самолікування; - необхідність у індивідуальному догляді, патронажі та охороні; - медичне обстеження із профілактичною метою; - продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання, витрати, які покриваються за рахунок соціального, медичного страхування та іншого забезпечення; - лікувальний відпочинок, реабілітаційне, санаторно-курортне та оздоровче лікування, а також спа-процедури; діагностичні послуги, консультації, лабораторні дослідження та інші заходи не призначені лікарем та асистуючою компанією, як необхідні для встановлення діагнозу для подальшого лікування; - захворювання, які є наслідком психічної реакції на військові події, внутрішні заворушення, терористичний акт, авіакатастрофу або побоювань, пов'язаних із такими подіями; - не відшкодовуються витрати, передбачені Договором, якщо вони здійснені Страхувальником (Застрахованою особою) без попереднього узгодження із Страховиком за винятком екстрених випадків, коли узгодження зі Страховиком неможливе у зв'язку з ризиком для життя та здоров'я Застрахованої особи; - не відшкодовуються витрати за страховими випадками що сталися під час Заняттям спортом на професійному рівні, Активного відпочинку або Роботи за виключенням наявності у Договорі спеціальної відмітки (Sport/Extremeleisure та/або Activeleisure та/або Work); - не відшкодовуються витрати у разі неповідомлення/несвоєчасного повідомлення Страховика про настання випадку, що має ознаки страхового; - не відшкодовуються витрати, пов'язані з нападом хижих або отруйних тварин чи комах, що сталися у водоймах природнього походження (ріки, моря, океани тощо) або під час туристичних прогулянок у ареалі їх проживання за межами місця тимчасового проживання Застрахованої особи; - не відшкодовуються будь-які витрати у тому випадку, якщо Страхувальник/Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування.
--	--	--

Не підлягають страховому відшкодуванню також медичні витрати Застрахованої особи у випадках, якщо:

- подорож була здійснена Застрахованою особою всупереч медичним протипоказанням для її здійснення;
- медичні послуги отримала інша особа, не застрахована згідно з Договором;
- Застрахована особа відмовилась від призначеного обстеження, лікування, медичного перевезення.

Страховик не відшкодовує штрафи, пені, неустойки, відсотки за прострочення платежів та інші непрямі збитки, упущену вигоду, яких зазнала Застрахована особа.

За страхуванням багажу страховими випадками не визнаються події, що виникли внаслідок:

- впливу на багаж звичайної температури, нормальної атмосферної вологості, природних якостей багажу (нормальний знос багажу) і граничне розходження у визначенні маси нетто), корозія, гниття, природний знос, внутрішнє псування, втрати, іржі, плісняви та т. ін.);
- внутрішніх властивостей або дефектів застрахованого багажу;
- протиправних дій третіх осіб, що не підтверджено правоохоронними органами;
- передача багажу до перевезення у пошкодженому стані;
- пошкодження багажу хробаками, гризунами, комахами;
- недостачі багажу при цілісності упакування і пломб, а також знецінення багажу внаслідок його забруднення при цілісності пакування і пломб та справності захисного устаткування;
- невідповідності технічного стану валіз/сумок для безпечного перевезення, навантаження, розвантаження або зберігання багажу;
- невідповідності упаковки багажу технічним умовам та стандартам;
- перевезення багажу перевізниками, що не мають ліцензії/дозволу на перевезення;
- конфіскації багажу митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;
- порушення Страхувальником/Застрахованою особою правил перевезення багажу, зокрема включення до зареєстрованого багажу, які згідно з правилами перевезення повинні перевозитись в ручній поклажі.

Щодо страхування цивільно-правової відповідальності не підлягають страховому відшкодуванню:

- збитки, пов'язані з господарською діяльністю Застрахованої особи, її зобов'язаннями за договорами;
- збитки, пов'язані із вчиненням Застрахованою особою кримінального правопорушення;
- збитки, завдані навколишньому середовищу;
- збитки, завдані Застрахованою особою із використанням будь-якого виду транспорту, що має двигун;

- збитки, завдані Застрахованою особою членам її сім'ї;
- штраф, пеня або інші фінансові санкції, що не є прямим наслідком нанесеної шкоди здоров'ю чи збитку майну третіх осіб;
- штраф, пеня або інші фінансові санкції, що не є прямим наслідком нанесеної шкоди здоров'ю чи збитку майну третіх осіб;
- збитки понад зазначену у Договорі страхову суму;
- збитки, завдані під час участі в спортивних змаганнях та під час підготовки до них;
- збитки, пов'язані із виробничою, професійною діяльністю Застрахованої особи;
- збитки, що виникли у зв'язку із обставинами, що були відомі Застрахованій особі до укладення Договору або які Застрахована особа здатна була передбачити і уникнути;
- шкода, завдана репутації третіх осіб.

Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

- навмисні дії або бездіяльність Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані необхідної самооборони (без перевищення її меж) або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- порушення Застрахованою особою правил поведінки, безпеки або розпорядку на території/в місці тимчасового перебування; порушення законодавства країни тимчасового перебування;
- подання Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої має бути здійснена страхова виплата, завідомо неправдивих відомостей про предмет страхування, місцезнаходження Страхувальника (Застрахованої особи) на дату укладання договору страхування, або про факт настання страхового випадку та суму витрат. Доказом надання відомостей про місцезнаходження Страхувальника (Застрахованої особи) на дату укладання Договору є відповідні відмітки про перетин кордону в закордонному паспорті або авіаквитки, залізничні чи автобусні квитки у разі перетину Застрахованою особою кордонів країн, де відмітки не ставляться;
- створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- несвоєчасне повідомлення Страховика про настання страхового випадку без поважних причин, відсутність узгодження або порушення термінів узгодження самостійно понесених витрат діагностування або на лікування, а також невчасне подання/не подання (не в повному обсязі) документів Страховику, письмової заяви для отримання страхової виплати (страхового відшкодування) та інших документів, що долучаються до заяви згідно з цим Договором або запитуються

Страховиком;

- невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором;
- невиконання вказівок Страховика/Асистанса в процесі врегулювання страхової події/настання страхового випадку;
- отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;
- вживання алкоголю (у разі придбання страхової програми «START»), наркотичних, токсичних речовин;
- задокументоване медичною установою вживання алкоголю у дозах більше 1 проміле (у разі придбання страхової програми «GOLD») або 1,5 проміле у крові (у разі придбання страхової програми «MAX+»),
- страхування осіб у віці від 2 місяців до 3-х років, а також від 60 до 80 років без додаткового платежу (націнки);
- вчинення Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- відмова Страхувальника/Застрахованої особи пройти повторну діагностику, отримати консультації на вимогу Страховика;
- придбання Страхувальником/Застрахованою особою Полісу на строк, менше ніж тривалість подорожі, за винятком випадків, коли Страхувальник/Застрахована особа продовжує строк перебування за кордоном або уклав Договір страхування, вже перебуваючи поза межами країни постійного проживання на умовах, передбачених Договором;
- отримання Страхувальником/Застрахованою особою юридичної (правової) допомоги, допомоги перекладача без попереднього узгодження із Страховиком;
- якщо Страхувальник/Застрахована особа є громадянином держави-агресора, держави-терориста або держави-спонсора тероризму згідно із локальним законодавством Страховика. У такому випадку Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі із вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 85%;

Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:

- громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану, іонізуючого випромінювання; застосування ядерної, хімічної чи біологічної зброї;
- вчинення самогубства або замаху на самогубство Застрахованою особою (за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб, що має бути доведено Страхувальником або Застрахованою особою);
- здійснення або при спробі здійснення Застрахованою особою протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами;

- невиконання Страхувальником офіційних рекомендацій Міністерства закордонних справ України, тел.: +38 044 238 16 сайт: [www.http://mfa.gov.ua/](http://mfa.gov.ua/), та Страховика щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлені окремим додатком до договору;
- поїздки Страхувальника, або іншої особи, визначеної у договорі страхування Страхувальником, до країни чи місцевості визначеної Страховиком як зона бойових дій (warzone), окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами договору страхування, що письмово оформлені окремим додатком;
- активна участь у війні (оголошена чи неоголошена), громадянській війні, бойових або військових діях, служба в збройних силах та військових формуваннях;
- нараження Застрахованої особи на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя);
- виконання Застрахованою особою будь-якого виду фізичної роботи, заняття професійним спортом або активним (спортивним) відпочинком, таким як: альпінізм та походи в гори, в т.ч. на висоту понад 3000 метрів без письмової заяви на укладення договору страхування, підводне плавання (дайвінг), спелеотуризм, спортивні стрибки у воду, будь-які форми польотів, зимові види спорту, участь в змаганнях, автоперегонах, а також відпочинком із підвищеним рівнем ризику, зокрема: з використанням механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, велосипедах, пішохідний туризм та інші аналогічні види відпочинку, якщо такі ризики не були оплачені додатковою страховою премією;
- нещасного випадку під час руху не туристичним маршрутом в горах, на морі, в джунглях або інших віддалених місцевостях, а також у разі наявних заборон місцевої влади на пересування в горах, на морі, тощо;
- участі у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту);
- керування Страхувальником/Застрахованою особою засобами наземного/водного/ повітряного транспорту без відповідного дійсного посвідчення або відповідної категорії, а також передачею Страхувальником/Застрахованою особою управління транспортним засобом особі, яка знаходилася в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, не має дійсного посвідчення водія або відповідної категорії;
- виконання будь-якої праці за трудовим договором (контрактом) чи виконанням роботи та/або наданням послуг за будь-яким цивільно-правовим договором, в тому числі з використанням інструменту, при завантаженні/розвантаженні транспортних засобів тощо, якщо в Полісі не було відмітки «Work»;
- надання стоматологічної допомоги, яка перевищує

		<p>необхідну допомогу для зняття болю</p> <p>Страховик не здійснює страхові виплати, пов'язані з відшкодуванням моральної шкоди, окрім випадків, зазначених у Договорі.</p> <p>Страховик не відшкодовує адміністративний, сервісний збір лікувального закладу, моральні збитки та збитки, заподіяні внаслідок професійної помилки лікарів або інших осіб, які надавали допомогу Страхувальнику/Застрахованій особі.</p>
20	4. Інша інформація	
21	Форма договору страхування	Договір укладається в письмовій формі – у формі електронного документу.
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	веб сайт страхового агента. https://ektatraveling.com/ua/?partner_id=ekta_insure
23	Інша інформація про страховий продукт	Відсутня
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Загальні умови страхового продукту «Страхування медичних витрат для подорожуючих за межі країни постійного проживання»«WOWINSUR»розміщені на офіційному сайті Страховика та Страхового агента за посиланнями: https://agent.insurs.online/upload/offers/terms_insurance_START_GOLD_MAX_UA_USD.pdf