

**Загальні умови комплексного страхового продукту
«Страховання медичних витрат подорожуючих за межі країни постійного проживання
WOW INSUR» №520.2**

Публічна частина договору

Ця редакція Загальних умов комплексного страхового продукту «Страховання медичних витрат подорожуючих за межі країни постійного проживання WOW INSUR» діє з «18» листопада 2024 року та припиняє дію із затвердженням та введенням у дію нової редакції.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Загальні умови комплексного страхового продукту «Страховання медичних витрат подорожуючих за межі країни постійного проживання WOW INSUR» 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 та відповідно до вимог Положення про внутрішню політику з андеррайтингу та Положення про внутрішню політику з розроблення та впровадження страхових продуктів.

1.2. Страховик на підставі безстрокової ліцензії на здійснення діяльності зі страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування), виданої Національним банком України шляхом внесення запису до Державного реєстру фінансових установ про переоформлення ліцензії 30.04.2024 р., укладає договори комплексного страхування медичних витрат подорожуючих за межі країни постійного проживання WOW INSUR (далі – **Договір / Договори**) відповідно до цих Загальних умов комплексного страхового продукту «Страховання медичних витрат подорожуючих за межі країни постійного проживання WOW INSUR» (далі – **Загальні умови**):

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 «Страховання витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі»;

1.2.2. за ризиком «страхування витрат, інших, ніж медичні, 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 «Страховання витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі»;

1.2.3. за ризиком «страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання» в межах класу страхування 1 «Страховання від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання);

1.2.4. за ризиком «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 розрахунку капіталу платоспроможності та мінімального капіталу», в межах класу страхування 13 «Страховання іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12).

1.3. Комплексний страховий продукт «Страховання медичних витрат подорожуючих за межі країни постійного проживання WOW INSUR» є стандартним страховим продуктом із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

1.4. Компанія не пропонує даний страховий продукт разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складовою одного пакета страхування.

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

Активний відпочинок (Active leisure) – нерегулярні заняття Страхувальником (Застрахованою особою) будь-яким видом спорту та фізичними вправами, за винятком вправ, зазначених в п.3.6 Договору, в тому числі: катання на велосипеді, квадроциклі, баггі, електронних самокатах, гіроскутерах, тощо зі швидкістю не більше 15 км за годину, катання на коні, верблюді, слоні; банджо-, роуп-джампінг; туристичні походи; аквапарк, сафарі; пляжний футбол, волейбол; плавання в басейні і відкритих водоймах; риболовля, полювання.

У разі настання страхового випадку під час катання на велосипеді, квадроциклі, баггі, електричних самокатах, гіроскутерах, тощо, презюмується, що швидкість була більше 15 км за годину. Обов'язок доведення дотримання швидкості до 15 км за годину лежить на Страхувальнику.

Амбулаторно-поліклінічна допомога (медична допомога в амбулаторно-поліклінічних умовах) – медична допомога Застрахованій особі при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може

призвести до серйозних порушень функцій організму, в т.ч. стійкій дисфункції якого-небудь органу або до виникнення загрози життю Застрахованої особи. Включає витрати на послуги лікаря, діагностичні дослідження, медикаменти та витратні матеріали (вата, бинт, шприци, перчатки), необхідні для лікування, засоби фіксації (гіпс, бандаж тощо).

Асистанс (Асистуюча компанія) – юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і здійснює організацію сервісного та медичного обслуговування у разі настання Страхового випадку для Страхувальника.

Договір страхування – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено договір страхування (надати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

Екстрена медична допомога (невідкладна медична допомога) – медична допомога, яка полягає у здійсненні організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. Надається Застрахованій особі при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкій дисфункції якого-небудь органу), або до виникнення загрози життю Застрахованої особи.

Заняття спортом на професійному рівні (професійний спорт/екстремальний відпочинок)/(Professional sports/Extreme leisure) – регулярні заняття Страхувальником (Застрахованою особою) будь-яким видом спорту, в том числі участь у тренуваннях, змаганнях, та/або нерегулярними фізичними вправами з екстремальними навантаженнями в тому числі: катання на сноуборді і лижах; рафтинг; серфінг; стрибки з висоти; альпінізм та скелелазіння; акробатика; стрибки у воду; дайвінг; катання на велосипеді, мопеді, мотоциклі, квадроциклі, баггі, електричних самокатах, гіроскутерах, тощо зі швидкістю більше 15 км за годину.

Країна постійного проживання – країна, під юрисдикцією якої знаходиться місце постійного проживання фізичної особи або країна, громадянином якої є фізична особа.

Ліміт відповідальності (ліміт відшкодувань) – граничний розмір страхової виплати визначений Договором за окремими видами витрат по страхових випадках.

Медичні витрати – витрати на амбулаторне, стаціонарне лікування та придбання ліків за призначенням лікаря, необхідність яких виникла внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання.

Місце постійного проживання – місце проживання на території будь-якої держави не менше одного року фізичної особи, яка не має постійного місця проживання на території інших держав і має намір проживати на території цієї держави протягом необмеженого строку, не обмежуючи таке проживання певною метою, і за умови, що таке проживання не є наслідком виконання цією особою службових обов'язків або зобов'язань за договором (контрактом).

Невідкладна медична допомога – медична допомога, що надається Застрахованій особі в умовах поліклініки або дипломованим лікарем цілодобового стаціонару при станах, що виникають у Застрахованої особи внаслідок гострих захворювань, загострення хронічних хвороб, нещасних випадків, і спрямована на ліквідацію загрози життю та запобігання подальших пошкоджень.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, короточасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи зовнішня подія, пов'язана з Активним відпочинком або протиправними діями третіх осіб, що фактично відбулась протягом строку дії Договору і призвела до тілесного ушкодження, а саме: травматичні ушкодження тканин і органів організму з порушенням їхньої цілісності та функцій, деформацією або порушенням опорно-рухового апарату, спричиненими зовнішнім впливом (травми). Нещасними випадками також вважаються гостре отруєння отруйними рослинами, грибами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), ліками (крім випадків самолікування), утоплення, асфіксія внаслідок попадання сторонніх тіл або рідин у дихальні шляхи, (енцефаломієлітом), правцем, сказом, ботулізмом, опіки, ураження блискавкою або електричним струмом, обмороження, переохолодження.

Період покриття (період дії страхового захисту) - період часу в межах строку дії Договору, протягом якого

Страховик несе зобов'язання по прийнятим на страхування ризикам.

Подорож – це виїзд за межі Країни/Місця постійного проживання з туристичною або іншою метою і передбачає повернення в Країну/Місце постійного проживання.

Страховий поліс (Поліс) – індивідуальна частина договору страхування, що посвідчує його укладання.

Пошуково-рятувальні роботи – комплекс заходів, який проводиться навченими та, за вимогою, технічно-оснащеними фахівцями з організації пошукових робіт та рятування в зоні стихійного лиха, природної або техногенної катастрофи, наслідків складних погодних або географічних умов з метою евакуації (вивезення, виведення) постраждалого (постраждалих, вцілілих, поранених тощо) з місця події до безпечного місця, а також надання ними екстреної медичної допомоги.

Програма страхування – перелік послуг, згідно з умовами Договору, що будуть організовані та/або оплачені Страхувальнику при настанні страхового випадку (Програма страхування для кожної Застрахованої особи визначена в договорі страхування).

Робота (Work) – виконання оплачуваної фізичної роботи характерної для робітничих професій у галузях будівництва, промисловості, транспорту, добування корисних копалин, сільського та комунального господарства або в приватних домогосподарствах.

Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. По окремих страхових послугах, що вказані у цьому Договорі, встановлені відповідні ліміти страхової суми (ліміти відповідальності), в межах яких здійснюються страхові виплати. Розміри та валюта страхових сум вказуються у Договорі. По всім видам страхування зазначена у Договорі страхова сума є індивідуальною для кожної із Застрахованих осіб.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

Страховий захист – визначені Договором страхування обов'язки Страховика щодо здійснення страхової виплати та/або забезпечення надання медичних послуг у разі настання страхового випадку, який стався протягом дії Договору страхування.

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

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

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

Стационар – лікувальний заклад для цілодобового перебування пацієнтів, безперервного нагляду за ними і надання необхідної та кваліфікованої медичної допомоги.

Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. За окремими страховими послугами розміри франшизи зазначаються у Договорі. Франшиза зазначається як конкретна сума або відсоток від страхової суми. Якщо страховий випадок передбачає застосування декількох видів франшиз, вони застосовуються у вигляді суми франшиз.

Члени сім'ї Застрахованої особи – чоловік/дружина, діти, батьки, рідні брати та сестри Застрахованої особи.

Страховик – Приватне акціонерне товариство "Українська пожежно-страхова компанія", ІКЮО 20602681, яке зобов'язується здійснювати страхові виплати на визначених Договором умовах та за визначену винагороду (страхову премію).

Страховий агент - ТОВ «ІНШУРС ОНЛАЙН», ІКЮО 44272770, здійснює діяльність від імені та в інтересах

страховика за винагороду за реалізацію страхових продуктів на підставі договору із страховиком.

Страхувальник – дієздатна фізична особа, резидент або нерезидент України, який уклав зі Страховиком Договір страхування.

Застрахована особа – фізична особа віком від 2 місяців (станом на дату початку подорожі), прізвище, ім'я та по-батькові і дата народження якої вказані в Полісі та на користь якої укладено договір Страхування і яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Усі терміни, яким не дається визначення у Договорі страхування, вживаються у значенні, як передбачено в законодавстві.

3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

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

Об'єктом страхування за Договором є:

- життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи;
- майно Застрахованої особи на праві володіння, користування і розпорядження майном та/або можливі збитки чи витрати;
- відповідальність Застрахованої особи за заподіяну шкоду особі або її майну.

За Договором Страхувими ризиками є:

1. Страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон, внаслідок настання страхового випадку, а саме: 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;
2. Страхування витрат, інших ніж медичні, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон внаслідок настання страхового випадку, згідно з обраною Програмою страхування;
3. Страхування від нещасного випадку, а саме настання страхового випадку: смерть Застрахованої особи у зв'язку з нещасним випадком, що стався під час подорожі (поїздки);
4. Страхування відповідальності перед третіми особами, а саме настання страхового випадку: заподіяння Застрахованою особою під час подорожі (поїздки) ненавмисної шкоди потерпілій третій особі та/або її майну.

Події визнаються страховими випадками, якщо вони (іх перелік) зазначені у Договорі страхування, мали місце в період дії Договору страхування та підтверджені належним чином оформленими документами, виданими компетентними органами в установленому законом порядку (медичними установами та іншими установами і організаціями) і не належать до винятків чи обмежень страхування, передбачених умовами Договору страхування.

Медичні та медико-транспортні витрати повинні бути своєчасно погоджені із Страховиком та/або Асистуючою компанією Страховика за кордоном і визнані ними доцільними та виправданими.

Договір набуває чинності з моменту перетину Застрахованою особою кордону Країни постійного проживання (під час виїзду з країни постійного проживання) або з 00 годин за UTC+ 2 дня, вказаного як початок дії Договору (за датою, що настала пізніше), але не раніше моменту сплати страхового платежу.

Дія договору закінчується в момент перетину Застрахованою особою кордону Країни постійного проживання (під час в'їзду до Країни постійного проживання) або о 24 годині дня, вказаного як закінчення дії Договору (за датою, що настала раніше), якщо інші обставини, передбачені Договором не привели до дострокового припинення його дії.

У разі придбання Страхувальником Полісу поза межами Країни постійного проживання, страховий захист

починається через три дні, починаючи з дня, наступного за днем укладення Договору страхування, що зазначений в Полісі.

Грошовий еквівалент (вартісні складові) страхового захисту розраховується окремо за кожною програмою страхування, при цьому за основними ризиками окремо, за додатковими ризиками окремо.

При розрахунку враховуються додаткові параметри страхового ризику (додаткові складові) до яких може належати:

- Вік та кількість Застрахованих осіб;
- Строк страхування (строк дії Договору);
- Кількість днів покриття;
- Розмір безумовної франшизи;
- Тип поїздки.

Територія дії Договору зазначається в Полісі як окрема країна або одна із географічних зон:

- «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.

Винятками з території дії Договору є:

- Країна/Місце постійного проживання Застрахованої особи;
- Окремі зони (адміністративно-територіальні одиниці) країн, на території яких відбуваються воєнні дії в період настання страхового випадку;
- Території населених пунктів, що не перебувають під ефективним контролем органів державної влади України, території воєнного або збройного конфлікту або будь-якої місцевості, що підконтрольна терористам, незаконним збройним формуванням, збройним силам Російської Федерації, території населених пунктів, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження (Автономна Республіка Крим та місто Севастополь).
- Території білорусі, російської федерації.

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

Страховальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

- своєчасно сплачувати страхові платежі;
- **повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, Застраховану особу про укладений на її користь Договір, і якщо Застрахована особа протягом 30 календарних днів не повідомила страховика про наявність заперечень проти укладення договору страхування, такий договір вважається укладеним на її користь;**
- 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) Страховальника 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;
- ініціювати внесення змін до умов Договору до початку строку його дії у порядку визначеному

Розділом 5 цих Загальних умов;

- достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог Розділу 5 цих Загальних умов;
- протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого договору без пояснення причин, в порядку зазначеному в Розділі 6 цих Загальних умов;
- оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або розмір здійсненої страхової виплати в судовому порядку;
- 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 цими Загальними умовами, ознайомлення може здійснюватися шляхом розміщення інформації 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;
- у разі настання страхового випадку відшкодувати витрати, понесені Страхувальником для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог законодавства;
- видати Страхувальнику дублікат Договору страхування у разі втрати оригіналу. Після видачі дублікату втрачений примірник вважається недійсним.

Страховик має право:

- перевіряти інформацію, надану Страхувальником для укладення Договору;
- подавати запити в компетентні органи стосовно інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку;
- ініціювати внесення змін до умов Договору до початку строку його дії у порядку визначеному Розділом 5 цих Загальних умов;
- достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог Розділу 5 цих Загальних умов;
- 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 обраний 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.

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

За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик зобов'язаний сплатити Страхувальнику пеню у розмірі 0,01% від суми, що підлягає виплаті, за кожен день прострочення, але не більше 3% (трьох відсотків) від суми страхової виплати (страхового відшкодування).

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

Зміни до Договору можуть бути внесені за згодою Сторін шляхом підписання Додаткової угоди до Договору. Всі додатки, додаткові договори або додаткові угоди до Договору виступають як невід'ємна його частина. Зміни та доповнення до умов Договору вносяться за взаємною згодою Сторін до початку строку дії Договору, протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною. Якщо будь-яка зі Сторін Договору не згодна на внесення змін до умов Договору, в цей же строк вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії. Зміни до договору надаються клієнту у тому самому порядку, що і Договір.

Дія Договору достроково припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

- закінчення строку дії Договору;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі;
- несплати Страхувальником страхових платежів у 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;
- ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності;
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
- в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

Дія договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Дія договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами такого договору та законодавством України.

У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю. У разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення договору страхування відповідно до частини третьої статті 56 Закону "Про страхування" за ініціативою Страхувальника після такої передачі страховик- правонаступник повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування.

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.

У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, Страховик повертає страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

У разі дострокового припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов договорів страхування за цим страховим продуктом, яка закладається у страховий тариф під час його обчислення, складає **85%**.

6. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від Договору без пояснення причин, крім договорів страхування, строк дії яких становить

менше 30 календарних днів та крім випадку, якщо за таким Договором повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку

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: care@insurs.online](mailto:care@insurs.online) з зазначенням банківських реквізитів для перерахування коштів.

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

У разі настання події, що має ознаки страхового випадку (надалі - **Подія**), Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання Події повідомити Асистанс про настання Події, 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 (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 - Property Irregularity Report), акт пошкодження багажу (DBR - Damage Baggage Report) 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 відповідальності.

У разі настання Події 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 «Lost and Found», 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.

У разі настання Події по страхуванню 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. 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.

8. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

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.

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 цьому Розділі для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати.

Для отримання страхової виплати Страховику надаються такі документи, що є загальними для будь-якого страхового випадку:

- 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 постійного проживання Застрахованої особи.

на обґрунтовану вимогу Страховика, інші документи, що підтверджують (встановлюють) обставини настання Події.

Заява на страхову виплату та інші документи надаються Страховику не пізніше ніж через 30 календарних днів після настання Події. 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.

Документи надаються Страховику українською або англійською мовами. Якщо документи складені іншою мовою, Страхувальник/Застрахована особа долучає до документів їх нотаріально засвідчений переклад українською мовою.

Усі документи, що подаються Страховику, мають бути розбірливе написані або надруковані на бланках та мати підписи посадових осіб з відповідними печатками, а також назву, адресу та контактний телефон установи (особи), що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери тощо) надаються в оригіналі. Усі документи, інформація та докази надаються Страховику безкоштовно.

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

Страхувальник/Застрахована особа погоджуються на вимогу Страховика надати йому свою історію хвороби та/або медичну картку, засвідчену належним чином.

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 Страхувальника/Застраховану особу.

У випадку звернення Страхувальника з приводу пошкодження внаслідок дорожньо-транспортної пригоди або поломки легкового автомобіля, додатково Страховику надається висновок автотоварознавчої експертизи.

Відшкодування витрат на медичну допомогу та інші передбачені Договором послуги третіх осіб здійснюється Страховиком безпосередньо цим третім особам в безготівковій формі на підставі виставлених рахунків у відповідності до чинного законодавства України. Оплата Страхувальником/Застрахованою особою медичних послуг самостійно здійснюється лише за наявності письмової згоди Страховика і у випадках, коли оплата потребується невідкладно, у такому випадку Страхувальник/Застрахована особа повинна довести невідкладність обставин.

Якщо вартість зазначених послуг сплатив Страхувальник (Застрахована особа) самостійно, то такі витрати

підлягають відшкодуванню Страховиком відповідно до умов цього Договору.

Страхові виплати щодо відшкодування непередбачених самостійних витрат Страхувальника (Застрахованої особи) у разі, якщо вони передбачені цим Договором, здійснюються виключно в гривнях. Страхова виплата здійснюється в гривнях за курсом НБУ на дату настання страхового випадку.

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 цим Договором.

Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) банківських днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати або страхового відшкодування.

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.

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.

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.

Страхова сума по виду 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 виду страхування.

Якщо Страховик після здійснення страхової виплати виявить, що страхову виплату було здійснено на підставі підроблених документів та/або документів, що містять недостовірну інформацію та/або недостовірної інформації, наданої Страхувальником/Застрахованою особою під час укладення Договору, Страховик має право стягнути із Страхувальника та/або Застрахованої особи суму такої страхової виплати та звернутися до правоохоронних органів. У такому випадку Страхувальник і всі Застраховані особи згідно з Полісом несуть солідарну відповідальність перед Страховиком. Строк, протягом якого Страховик може ініціювати стягнення коштів є необмеженим. Припинення дії Договору не впливає на право Страховика на звернення до правоохоронних органів і стягнення коштів

9. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

Підставою (причиною) 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.

10. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

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 медичних витрат подорожуючих за межі країни постійного проживання» «WOW INSUR» не передбачено.

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).

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:

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

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 перебування;

строк дії Договору.

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

Для укладення Договору в електронній формі, Страхувальник повинен до початку подорожі (за винятком випадків, передбачених цим Договором) самостійно або за допомогою Страхового агента зайти на веб-сторінку Страхового агента Страховика, оформити заявку, зазначивши інформацію про себе, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, іншу інформацію, необхідну для укладення Договору, а також обов'язково ознайомитись з умовами Договору, інформацією про фінансову послугу.

Договір укладається шляхом приєднання Страхувальника до Оферти (пропозиції) щодо укладання Договору.

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

Відповідно до обраних Страхувальником умов та зазначених ним даних, після сплати Страхувальником страхового платежу (премії) формується Індивідуальна частина Договору – Поліс. Поліс є підтвердженням укладення Договору страхування і містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, дату укладення, строк дії Договору страхування та інші індивідуальні умови Договору страхування.

Сторони погодили, що Страховик надає Страхувальнику Поліс англійською мовою. На запит Страхувальника/Застрахованої особи Страховик протягом 2 робочих днів надсилає на електронну адресу, надану Страхувальником, Поліс українською мовою.

Сторони погодили, що Договір може бути укладений шляхом підписання Страхувальником Договору із використанням одноразового ідентифікатора (введення паролю, надісланого Страховиком на засіб мобільного зв'язку Страхувальника). Для підписання Договору/Полісу одноразовим ідентифікатором Страхувальнику надсилається такий одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником засіб зв'язку, вказаний під час реєстрації у системі. Перед підписанням Полісу Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їх достовірність. Для підписання Полісу одноразовим ідентифікатором Страхувальник вводить отриманий одноразовий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці на веб-сторінці в мережі інтернет та підтверджує його введення.

Договір вважається підписаним уповноваженим представником Страховика шляхом проставлення електронного підпису та печатки на Оферті.

Поліс направляється Страхувальнику на адресу електронної пошти, зазначену Страхувальником під час оформлення заявки. Сторони домовились, що вчинення таких дій є належним врученням Договору страхування Страхувальнику.

Договір вважається укладеним з моменту після сплати Страхувальником страхового платежу (премії).

Укладення Договору у формі паперового документу не передбачено.

11. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

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

- 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 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;
- 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 Страховика 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, якщо інше не передбачено Договором;
- 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, вимірювальні прилади тощо) придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування;
- 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/Extreme leisure та/або Active leisure 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 природного 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 упакування 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 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.

Застрахованими особами не можуть бути особи:

- визначені у встановленому порядку недієздатними;
- із встановленими хронічними захворюваннями, які на момент укладення Договору мають наступне(і) захворювання та/чи стан(и):
 - новоутворення, хвороби ендокринної системи, цукровий діабет;
 - 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;
 - 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;
 - алкоголізм, наркоманія, токсикоманія.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

Договір складений та має тлумачитися відповідно до чинного законодавства України.

У випадку виникнення розбіжностей з питань, що пов'язані з Договором, Сторони докладуть усіх зусиль для їх вирішення шляхом переговорів.

Спори, які Сторонам не вдалося вирішити шляхом переговорів, підлягають вирішенню в судах України відповідно до чинного законодавства України.

Сторони, керуючись ст. 27 Цивільного процесуального Кодексу України визначили, що позови до Страховика повинні розглядатися судом у місті Києві за місцезнаходженням Страховика.

Місцем територіальної підсудності є відповідний суд у м. Києві за місцезнаходженням Страховика.

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

- 1) У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа (її представник) / Страхувальник / Вигодонабувач має звернутись до Асистуючої компанії, контакти якої зазначені в Договорі страхування.
- 2) Адреса для направлення документів/листування: 03150, м. Київ, вул. Ділова, 5 корп. 2, літ. В1, ТОВ «АСИСТАНС ІНШУРС ОНЛАЙН»
- 3) Контактні телефони: +1 786 840 07 79, +4 822 390 62 46, +380 67 213 50 11
- 4) Адреса електронної пошти: care@insurs.online