Інформаційний документ
про стандартний комплексний страховий продукт

Страхування медичних витрат подорожуючих за межі країни постійного проживання WOW INSUR

(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 ІКЮО 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	• Клас страхування 18 - страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі. • Клас 1 – страхування від нещасного випадку (крім виробничої травми та професійного захворювання). • Клас 13 - страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12). Особам плануючим подорож за межі країни постійного проживання пропонується укласти зі Страховиком Договір страхування (далі – **Договір**) згідно Загальних умов комплексного страхового продукту "Страхування медичних витрат подорожуючих за межі країни постійного проживання WOW INSUR" затверджених наказом В.О. Голови Правління №121 від 11.11.2024, початок дії з 18.11.2024, та які розміщенні за посиланням: https://upsk.com.ua/dbs.8.files/upload/file/sp/520.2_zusp_vzr_wow_insur.pdf (далі - **Загальні умови**).

<table>
<tr><td></td><td></td><td>
Об’єкт страхування за програмами:
<table>
<tr><th>Об’єкт страхування:</th><th>START</th><th>GOLD</th><th>MAX+</th></tr>
<tr><td>здоров’я, працездатність Застрахованої особи</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td></tr>
<tr><td>можливі збитки чи витрати Застрахованої особи чи іншої особи</td><td>-</td><td>-</td><td>+</td></tr>
<tr><td>відповідальність Застрахованої особи за заподіяну нею шкоду третій особі або її майну</td><td>-</td><td>-</td><td>+</td></tr>
</table>
Продукт призначений для страхування інтересів Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать чинному законодавству України, які пов'язані:
- з необхідністю відшкодування медичних та інших 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;
- страхуванням від нещасного випадку;
- відшкодуванням шкоди заподіяної третім особам та/або їх майну.
</td></tr>
<tr><td>8</td><td>Страхові ризики та обмеження страхування</td><td>
Страховими ризиками визнаються події, на випадок яких проводиться страхування і які мають ознаки ймовірності та випадковості настання, а саме:
За класом страхування 18:
- зверненні 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 (медичні витрати);
- витрати, інших ніж медичні, пов’язані 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 (витрати, інші, ніж медичні);
За класом страхування 1:
- смерть Застрахованої особи у зв’язку з нещасним випадком, що стався під час подорожі (поїздки) (страхування від нещасних випадків);
За класом страхування 13:
- заподіяння Застрахованою особою під час подорожі (поїздки) ненавмисної шкоди потерпілій третій особі та/або її майну (страхування відповідальності перед 3-ми особами).
</td></tr>
</table>

Страхові ризики за програмами:

Страхові ризики:	**START**	**GOLD**	**MAX+**
медичні витрати	+	+	+
витрати, інші, ніж медичні	-	-	+
страхування від нещасних випадків	-	-	+
страхування відповідальності перед 3-ми особами	-	-	+

Обмеження страхування є однаковим для всіх програм страхування:
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 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 COVID-19;
- гостра та хронічна променева хвороба;
- алкоголізм, наркоманія, токсикоманія.

Повний перелік обмежень страхування наведено у Розділі 11 Загальних умов.

<table>
<tr>
<td>9</td>
<td>Територія та строк дії договору страхування</td>
<td>Територія дії однакова для всіх програм страхування та 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;
- Території білорусі, російської федерації
Дія Договору достроково припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:
- закінчення строку дії Договору, зазначеного в Полісі;
- виконання Страховиком зобов’язань перед Застрахованою особою в повному обсязі;
- та інших випадках, зазначених в договорі.
Строк дії договору однаковий для всіх програм страхування – від 2 днів до 1 року
Строк страхового покриття – від 2 днів до 90 днів.
Строк дії договору не продовжується.</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)</td>
<td>Страхові суми фіксовані для всіх програм страхування та обираються із запропонованих Страховиком варіантів:
Програма страхування START: медичні витрати 50 000 USD
Програма страхування GOLD: медичні витрати 150 000 USD
Програма страхування MAX+:
- медичні витрати 220 000 USD;
- витрати, інші, ніж медичні 160 000 USD;
- страхування від нещасних випадків 60 000 USD;
- страхування відповідальності перед 3-ми особами 60 000 USD.
Залежно від Програми страхування Ліміт відповідальності Страховика зазначаються у Договорі.
Залежно від віку Застрахованої особи Ліміт відповідальності Страховика є однаковим для всіх програм страхування та становить:
<table>
<tr><td>Вік Застрахованої особи, роки</td><td>Ліміт відповідальності (USD)</td></tr>
<tr><td>60-65</td><td>10 000</td></tr>
<tr><td>65-70</td><td>9 000</td></tr>
<tr><td>70-75</td><td>8 000</td></tr>
<tr><td>75-80</td><td>7 000</td></tr>
<tr><td>80-85</td><td>6 000</td></tr>
<tr><td>85-90</td><td>5 000</td></tr>
<tr><td>90-95</td><td>4 000</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><td>95-100</td><td>3 000</td></tr>
<tr><td>більше 100</td><td>2 000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>11</td><td>Франшиза</td><td>Безумовна франшиза залежить від обраної програми страхування та встановлюється у % від суми заподіяного збитку згідно таблиці:

<table>
<tr><th>START</th><th>GOLD</th><th>MAX+</th></tr>
<tr><td>25%</td><td>0%</td><td>0%</td></tr>
</table>

Залежно від віку Застрахованої особи розмір франшизи є однаковим для всіх програми страхування та становить:
<table>
<tr><td>Вік Застрахованої особи, роки</td><td>Франшиза (Від суми заподіяного збитку)</td></tr>
<tr><td>60-65</td><td>10%</td></tr>
<tr><td>65-70</td><td>20%</td></tr>
<tr><td>70-75</td><td>30%</td></tr>
<tr><td>75-80</td><td>40%</td></tr>
<tr><td>80-85</td><td>50%</td></tr>
<tr><td>85-90</td><td>60%</td></tr>
<tr><td>90-95</td><td>70%</td></tr>
<tr><td>95-100</td><td>75%</td></tr>
<tr><td>більше 100</td><td>80%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>12</td><td>Розмір страхової премії / страхового тарифу</td><td>Розмір страхового тарифу визначається Страховиком залежно від Програми страхування, віку Застрахованої особи, строку подорожі та інших умов, які можуть вплинути на ризик виникнення страхового випадку.

Мінімальний страховий тариф : 0,001%;
Максимальний страховий тариф: 10%</td></tr>
<tr><td>13</td><td>Порядок та строки сплати страхової премії</td><td>Страховий платіж (премія) сплачується Страхувальником на рахунок Страховика, Страхового агента або Субагента 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
безготівково за реквізитами: рахунок № UA343052990000026004036802129 в АТ КБ "ПРИВАТБАНК", МФО 305299
або за реквізитами які надані Страховиком чи його представником</td></tr>
</table>

		при укладанні Договору.
14	Обов’язки сторін	**Страхувальник (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) 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; - ініціювати внесення змін до умов Договору до початку строку його дії у порядку визначеному Розділом 5 Загальних умов; - достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог Розділу 5 Загальних умов; - протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого договору без пояснення причин, в порядку зазначеному в Розділі 6 Загальних умов; - оскаржити відмову Страховика у здійснені 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 Загальних умов; - достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог Розділу 5 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).**
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	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 пізніш 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%.** 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 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.
16	**3. Здійснення страхових виплат**	
17	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.
18	Порядок 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. 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 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. Повний порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат зазначено у Розділі 8 Загальних умов.
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	Не підлягають страховому відшкодуванню 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 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. Повний перелік винятків із страхових випадків наведено у Розділі 11 Загальних умов. 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 Страховикові 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.
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 та сайти партнерів
23	Інша інформація про страховий продукт	Відсутня
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Загальні умови комплексного страхового продукту «Страхування медичних витрат для подорожуючих за межі країни постійного проживання WOWINSUR» розміщені на офіційному сайті за посиланням Типова форма Індивідуальної частини договору Страхування медичних витрат для подорожуючих за межі країни постійного проживання WOWINSUR (електронна форма) за посиланням