



Загальні умови страхового продукту
«Комплексне медичне страхування та страхування цивільної
відповідальності іноземців, які тимчасово перебувають на території
України»

Публічна частина Договору комплексного медичного страхування та
страхування цивільної відповідальності іноземців, які тимчасово перебувають
на території України

Ця редакція Загальних умов страхового продукту «Комплексне медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземців, які тимчасово перебувають на території України» № 529.1 діє з «15» квітня 2025 року та припиняє дію із затвердженням та введенням у дію нової редакції Загальних умов страхового продукту «Комплексне медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземців, які тимчасово перебувають на території України».

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Загальні умови комплексного страхового продукту «Комплексне медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземців, які тимчасово перебувають на території України» розроблені Приватним акціонерним товариством «Українська пожежно-страхова компанія» (далі – **Страховик**) відповідно до вимог Закону України «Про страхування», Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», нормативно-правових актів Національного банку України, чинного законодавства України.

1.2. Страховик на підставі безстрокової ліцензії на здійснення діяльності зі страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування), виданої Національним банком України шляхом внесення запису до Державного реєстру фінансових установ про переоформлення ліцензії 30.04.2024 р., укладає договори комплексного страхування іноземців, які тимчасово перебувають на території України (далі – **Договір / Договори**) відповідно до цих Загальних умов страхового продукту «Комплексне медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземців, які тимчасово перебувають на території України» № 529.1:

1.2.1. за ризиком «медичне страхування» в межах Класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» та/або

1.2.2. 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 13 «Страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12)».

1.3. Страховий продукт «Комплексне медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземців, які тимчасово перебувають на території України» є стандартним страховим продуктом із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

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

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

1.6. Положення цих Загальних умов-Оферти поширюються на Договори, укладені з дати набуття чинності цих Загальних умов-Оферти до дати набуття чинності нової редакції Загальних умов страхового продукту «Комплексне медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземців, які тимчасово перебувають на території України», незалежно від строків дії таких Договорів страхування.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.4. **Асистуюча компанія (Асистанс)** – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, визначеним договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування;

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

2.1.6. **Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

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

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

2.1.9. **Інформаційно-телекомунікаційна система** (далі – **ІТС**) – сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовуються Страховиком для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.

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

2.1.11. **Ліміт відповідальності Страховика (Ліміт відповідальності)** – грошова сума, в межах якої Страховик зобов'язаний провести страхову виплату відповідно до умов Договору. Ліміт відповідальності може бути встановлений за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком або страховим випадком, групою страхових ризиків тощо.

2.1.12. **Медичні послуги** - це послуги, які надаються медичними закладами, та є необхідними для відновлення здоров'я Застрахованої особи і рекомендовані лікарем медичного закладу.

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

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

2.1.15. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи. До зовнішнього впливу в цілях цих Загальних умов-Оферти віднесено: стихійні явища, пожежу, вибух, удар блискавки, дію електричного струму, дію води, аварію, дію інфекційних та/або бактеріальних токсинів, протиправні дії третіх осіб (в тому числі згвалтування), напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи чужорідних тіл, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удари сторонніх предметів (транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів тощо), інші фізичні, хімічні, технічні, механічні, біологічні тощо чинники, наслідком впливу яких є порушення анатомічної цілості та/або фізіологічних функцій тканин, органів, систем Застрахованої особи або її смерть. До порушень анатомічної цілості та/або фізіологічних функцій тканин, органів, систем для цілей цих Загальних умов-Оферти можна віднести травми, опіки, отруєння, обмороження, асфіксію, укуси тощо.

2.1.16. **Опція програми страхування** - конкретні умови страхування, набір медичних послуг та/або видів медичної допомоги, передбачених програмою страхування.

2.1.17. **Періоди страхування** – проміжки часу згідно з Індивідуальною частинною Договору, протягом яких Страховик несе зобов'язання за Договором, за умови сплати Страхувальником страхової премії у відповідному розмірі та в строк, зазначений в Індивідуальній частині Договору.

2.1.18. **Програма страхового продукту (Програма страхування)** – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхової премії, страхового тарифу, видом та розміром франшизи.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. Терміни (визначення), не обумовлені цими Загальними умовами-Офертою, вживаються у визначенні відповідно до законодавства України. Якщо значення будь-якого терміну (визначення) не обумовлено цими Загальними умовами-Офертою та не може бути визначено, виходячи із законодавства, такий термін (визначення) використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

3.1. **Страхувальниками** за Договорами страхування можуть бути:

3.1.1. дієздатна фізична особа;

3.1.2. юридична особа.

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

3.3. **Об'єктом страхування за Договором є:**

3.3.1. в частині Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування) (далі – **покриття «Медичне страхування»**) (клас страхування 2) - **життя, здоров'я Застрахованої особи.**

3.3.2. в частині Страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12) (далі – **покриття «Страхування відповідальності перед третіми особами»** (клас 13)) - відповідальність Страхувальника

(Застрахованої особи) перед третіми особами за заподіяну шкоду третій особі та пов'язаною з примусовим видворенням Страхувальника (Застрахованої особи) за межі України.

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

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

3.5.1. старші 75 років;

3.5.2. є громадянами України;

3.5.3. визнані у встановленому законом порядку недієздатними, в тому числі психічно хворими;

3.5.4. є громадянами російської федерації та/або республіки білорусь.

3.6. У випадку, якщо Договір страхування буде укладено по відношенню до осіб, зазначених в п. 3.5 Загальних умов-Оферти, Страховик розцінить інформацію, надану Страхувальником на етапі укладення Договору, як таку, що містить неправдиві відомості про об'єкт страхування та / або про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

3.7. Відомості про Застраховану особу зазначаються в Індивідуальній частині договору.

3.8. Вигодонабувачем є:

3.8.1. Застрахована особа - за страховим покриттям «Медичне страхування»;

3.8.2. потерпілі треті особи, що зазнали збитків по відшкодуванню або понесенню витрат на примусове (адміністративне) видворення Застрахованої особи за межі України - за страховим покриттям «Страхування відповідальності перед третіми особами».

3.9. Страховим ризиком за Договором є наступні події, що можуть статися протягом строку дії Договору:

3.9.1. в частині покриття «Медичне страхування»:

3.9.1.1. гостре захворювання/загострення хронічного захворювання Застрахованої особи, що сталося несподівано і становить загрозу для її життя та здоров'я;

3.9.1.2. розлад здоров'я та/або тілесні ушкодження (травми) Застрахованої особи, що є наслідком Нещасного випадку.

3.9.2. в частині покриття «Страхування відповідальності перед третіми особами»: настання відповідальності та обов'язку Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок її дій або бездіяльності відшкодувати шкоду заподіяну третій особі, при отриманні такою третьою особою збитків по відшкодуванню або понесенню витрат на примусове (адміністративне) видворення Страхувальника (Застрахованої особи) за межі України.

3.10. Страховим випадком за Договором є:

3.10.1. в частині покриття «Медичне страхування»: звернення Застрахованої особи під час дії Договору до медичного закладу (далі – ЛПУ) відповідно до умов Договору та одержання медичних послуг у межах їх переліку, передбаченого Договором, та в обсязі страхової суми та лімітів відповідальності.

3.10.2. в частині покриття «Страхування відповідальності перед третіми особами»: настання відповідальності та обов'язку Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок його (її) дій або бездіяльності відшкодувати шкоду, заподіяну третій особі, шляхом понесення такою особою збитків по відшкодуванню або понесенню витрат на примусове (адміністративне) видворення Страхувальника (Застрахованої особи) за межі України. При цьому обов'язковими є наступні умови:

3.10.2.1. подія сталася під час перебування Страхувальника (Застрахованої особи) на території дії Договору на законних підставах;

3.10.2.2. обставини, що спричинили заподіяння шкоди, сталися протягом строку дії Договору, за умови, що Страхувальник (Застрахована особа) до укладення Договору не знав (не знала) про обставини, які можуть спричинити настання такої події;

3.10.2.3. рішення про примусове (адміністративне) видворення Страхувальника (Застрахованої особи) за межі України підтверджується рішенням суду про примусове видворення Страхувальника (Застрахованої особи), що набрало законної сили протягом строку дії Договору;

3.10.2.4. вимоги щодо відшкодування витрат на примусове (адміністративне) видворення Страхувальника (Застрахованої особи), заявлені третіми особами щодо події, що відбулась під час дії даного Договору;

3.10.2.5. факт заподіяння шкоди та (або) завдання збитку є обґрунтованим та доведеним;

3.10.2.6. подія не підпадає під винятки зі страхових випадків.

3.10.2.7. видворення Страхувальника (Застрахованої особи) за межі України здійснено у примусовому порядку.

3.11. Розмір страхової суми (СС) обирається Страхувальником з варіантів запропонованих Страховиком:

3.11.1. в частині покриття «Медичне страхування» визначається у в національній валюті – гривні.

3.11.2. в частині покриття «Страхування відповідальності перед третіми особами», в національній валюті – гривні.

3.12. За певними страховими опціями покриття «Медичне страхування» встановлені ліміти відповідальності, які визначаються у гривнях.

Страхова опція	Ліміт відповідальності
Амбулаторне лікування **	1 500 грн.
Стационарне лікування **	10 000 грн.
Швидка та невідкладна допомога	В межах СС
Невідкладна стоматологічна допомога ***	800 грн.
Діагностика та лікування Covid-19 **	5 000 грн.

** - ліміт відповідальності за цією страховою опцією встановлений на 1 (один) страховий випадок;

*** - ліміт відповідальності за цією страховою опцією встановлений на весь період страхування.

3.13. Після здійснення страхової виплати ліміт відповідальності та страхова сума зменшуються на розмір здійсненої страхової виплати.

3.14. **Строк дії Договору** поділяється на періоди страхування (періоди дії страхового покриття), які є частиною строку дії Договору. При цьому строк кожного періоду страхування (в межах строку дії Договору) не може перевищувати один календарний рік, а складові страхового покриття, в тому числі вартісні (страхова сума, страховий тариф, страхова премія), встановлюються для кожного такого періоду страхування.

3.14.1. Страхове покриття діє 24 години на добу протягом строку дії Договору в межах періодів страхового покриття (періодів страхування) з урахуванням умов Договору:

3.14.1.1. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дати, вказаної в Договорі як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження в повному обсязі страхової премії на рахунок Страховика та діє до 24 години 00 хвилин дати, вказаної в Договорі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини, передбачені Договором, не призвели до його дострокового припинення.

3.14.1.2. У випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі або надходження в строк, що перевищує 7 (сім) календарних днів з дати, вказаної як дата граничного терміну сплати, на рахунок Страховика страхової премії, Договір вважається таким, що не набув чинності.

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

3.15.1. Місце (територія) дії Договору – Україна, за виключенням тимчасово окупованих територій; територій, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження; населених пунктів/територій, що розташовані на лінії розмежування (відповідно до нормативно-правових актів, затверджених у встановленому законодавством порядку); територій, на яких тривають / проводяться воєнні (бойові) дії, або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні) відповідно до переліку визначеного уповноваженим органом влади на момент настання події, що має ознаки страхового випадку

3.16. Перелік страхових опцій та опис медичних послуг, що сплачуються Страховиком при настанні страхового випадку в частині **покриття «Медичне страхування»:**

3.16.1. **«Амбулаторне лікування»:** передбачає організацію та/або оплату вартості витрат (в межах ліміту відповідальності), що виникли в процесі надання Застрахованій особі амбулаторно-поліклінічної допомоги при станах здоров'я, що потребують невідкладної медичної допомоги: консультації лікарів, в т. ч. вузькопрофільної спеціалізації; проведення лабораторних досліджень за призначенням лікаря, проведення інструментальних методів досліджень, ультразвукових (крім доплерографії), рентгенологічних (крім комп'ютерної та/або магнітно-резонансної томографії) за призначенням лікаря; призначення схеми лікування; лікувальні маніпуляції (перев'язки, ін'єкції, блокади та ін.); проведення хірургічних операцій і маніпуляцій.

3.16.2. **«Стационарне лікування»:** передбачає організацію та/або оплату вартості витрат (в межах ліміту відповідальності), що виникли в процесі надання Застрахованій особі медичної стаціонарної допомоги при станах здоров'я, що потребують невідкладної медичної допомоги і включає: консультаційні послуги лікарів, діагностичні та лікувальні процедури, медикаментозне лікування, оперативні втручання, використання необхідного для лікування медичного обладнання, вартість перебування в палатах стандартного типу, в тому числі, реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному медичному закладі;

3.16.3. **«Швидка та невідкладна допомога»:** передбачає організацію та/або оплату вартості витрат щодо надання невідкладної (екстреної) медичної допомоги Застрахованій особі за медичними показниками, що включає: виїзд бригади невідкладної медичної допомоги, експрес-діагностику, проведення лабораторних тестів та невідкладну допомогу (лікувальні маніпуляції, ін'єкції, накладання шин, реанімаційні заходи тощо) на догоспітальному етапі, надання невідкладної медичної допомоги в травмпункті при розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку, забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами, доставку автомобілем невідкладної медичної допомоги до чергового (ургентного) відділення ЛПУ, найближчої до місця настання події, для проведення подальшого лікування.

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

3.16.5. «Діагностика та лікування COVID-19». Страховик оплачує витрати на діагностику (за умови подальшого позитивного результату тесту), невідкладну медичну допомогу, амбулаторне (виключно в частині медичних витрат без покриття вартості знаходження на самоізоляції, в карантині чи обсервації) та стаціонарне лікування Застрахованої особи з приводу захворювання на COVID-19 в межах ліміту відповідальності.

3.17. Страховик оплачує та відшкодовує витрати на лікування Застрахованої особи за будь-якою опцією умов покриття «Медичне страхування» у медичних закладах комунальної та/або державної форми власності.

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

4.1. Страхувальник має право:

4.1.1. на етапі укладення Договору ознайомитися з Загальними умовами-Офертою, Інформаційним документом, та отримувати від Страховика або страхового посередника будь-яку вичерпну інформацію, що стосується страхового продукту «Комплексне медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземців, які тимчасово перебувають на території України»;

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

4.1.3. відмовитися від Договору в порядку, передбаченому Договором;

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

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

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

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

4.2. Страхувальник зобов'язаний:

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

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

4.2.3. протягом строку дії Договору, повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (зміна ступеня страхового ризику) та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором. Повідомлення про зміну ступеня ризику надається Страхувальником протягом 24-х годин з моменту, як тільки про такі зміни стало відомо, з подальшим письмовим повідомленням протягом 3-х (трьох) робочих днів;

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

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

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

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

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

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

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

4.2.11. вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати Страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію,

необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку;

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

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

4.3. Обов'язки Страхувальника, зазначені в пп. 4.2.7. - 4.2.133. Загальних умов-Оферти, покладаються в тому числі і на Застраховану особу.

4.4. Страховик має право:

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

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

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

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

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

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

4.4.7. направляти запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також можуть самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;

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

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

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

4.5. Страховик зобов'язаний:

4.5.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору;

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

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

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

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

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

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

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

4.6.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати з вини Страховика шляхом сплати пені в розмірі **0,01%** від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла на момент прострочення.

4.6.2. Страхувальник, Застрахована особа (Вигодонабувач) несе майнову відповідальність за несвоєчасне виконання грошового зобов'язання шляхом сплати Страховику пені в розмірі **0,01%** від суми несвоєчасно

виконаного грошового зобов'язання за кожний день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше ніж подвійна облікова ставка Національного банку України, що діяла в період, за який нараховується пеня.

4.6.3. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за Договором страхування у разі виникнення обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин) та їх наслідків, які не існували під час укладання Договору страхування та виникли поза волею Сторін. Під форс-мажорними обставинами розуміють, але якими не обмежуються: стихійні лиха, природні катастрофи, пожежі, повені, вибухи або землетруси, дії органів влади, війни, воєнні дії, в тому числі без проголошення війни. Єдиним належним та достатнім документом, що підтверджує настання форс-мажорних обставин в цілому, а також, що мали місце на території проведення антитерористичної операції та/або на тимчасово окупованих територіях України та/або у зонах безпеки, прилеглих до району бойових дій, під час проведення комплексу заходів військового та організаційно-правового характеру, спрямованих на забезпечення національної безпеки та оборони, стримування і відсічі російської збройної агресії, як підстави для звільнення від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань, є сертифікат Торгово-промислової палати України.

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

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

5.2. Зміни та доповнення до умов Договору в період його дії вносяться за взаємною згодою Сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною. Якщо будь-яка зі Сторін Договору не згодна на внесення змін до умов Договору, в цей же строк вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

5.3. Якщо Страхувальник не згодний щодо внесення змін та сплати додаткової страхової премії у випадку, передбаченому в п. 4.2.4 Загальних умов-Оферти, Страховик має право достроково припинити Договір страхування у порядку, передбаченому абзацом четвертим частини четвертої статті 105 Закону України «Про страхування» через невиконання Страхувальником умов Договору.

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

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

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

5.6.1. закінчення строку дії Договору страхування;

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

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

5.6.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законом України;

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

5.6.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

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

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

5.8.1. Страхувальнику – за таких обставин:

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

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

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

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

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

5.9.1. вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов Договору;

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

- 5.9.3. припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;
- 5.9.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним.
- 5.10. Повернення Страхувальнику страхової премії у разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення Договору страхування Страхувальником відповідно до статті 56 Закону України «Про страхування» здійснюється відповідно до вимог нормативно-правового акту Національного банку з питань передачі Страховиком страхового портфеля.
- 5.11. При достроковому припиненні дії Договору у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.
- 5.12. **Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору**, визначається у відсотках від страхової премії і складає **80%**. Частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, вираховується у розмірі, що відповідає частці таких витрат та зазначається в Індивідуальній частині договору страхування.
- 5.13. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися у безготівковій формі.
- 5.14. У разі прийняття рішення про дострокове припинення строку дії Договору Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше, ніж протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору страхування.
- 5.15. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття Страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.
- 5.16. Строк дії укладеного Договору не може бути продовженим.
- 5.17. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України. Договір визнається недійсним також у разі, якщо:
- 5.17.1. його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;
- 5.17.2. відсутній об'єкт страхування;
- 5.17.3. Страховиком доведено, що Договір укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;
- 5.17.4. у Страхувальника відсутній страховий інтерес (на момент укладання Договору).
- 5.18. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.
- 5.19. У разі недійсності Договору (правочину) кожна із Сторін зобов'язана повернути другій Стороні все, що вона одержала на виконання цього Договору (страхові премії, страхові виплати тощо).

6. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 6.1. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від Договору без пояснення причин, крім випадку, якщо за таким Договором повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку.
- 6.2. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі, при цьому відповідне повідомлення, за вибором Страхувальника, направляється в паперовій формі поштою на адресу Страховика, або подається безпосередньо в офісі Страховика або направляється у формі електронного документа у відповідності до вимог Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», на адресу info@upsk.com.ua із зазначенням банківських реквізитів для перерахування коштів.
- 6.3. Страховик зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів від дати отримання повідомлення Страхувальника про відмову від Договору повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що з дня укладення Договору до дати прийняття рішення Страхувальником про відмову від Договору не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

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

- 7.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку відповідно до умов покриття «**Медичне страхування**», Страхувальник або Застрахована особа або представник Застрахованої особи:
- 7.1.1. негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання події, звернутись в цілодобову службу Асистуючої компанії за телефонами та/або іншими каналами зв'язку:

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

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

- viber/telegram +380975095306

7.1.2. При зверненні до Асистуючої компанії повідомити таку інформацію:

7.1.2.1. прізвище, ім'я Застрахованої особи;

7.1.2.2. номер Індивідуальної частини договору;

7.1.2.3. строк дії Договору;

7.1.2.4. місцезнаходження Застрахованої особи

7.1.2.5. номер контактного телефону;

7.1.2.6. детальний опис події та характер необхідної допомоги;

7.1.3. виконувати вказівки Асистуючої компанії.

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

7.3. Об'єктивними причинами можуть бути:

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

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

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

7.5. Договором страхування може бути передбачене, що асистуючі послуги надає інша Асистуюча компанія (ніж зазначена в цих Загальних умовах – Оферті) або асистуючі послуги надаються Страховиком (його відокремленим структурним підрозділом). В такому випадку це зазначається в Індивідуальних умовах Договору страхування.

7.6. У разі настання події, яка в подальшому може бути визнана страховим випадком відповідно до умов покриття **«Страхування відповідальності перед третіми особами»** Страхувальник (Застрахована особа) повинна:

7.6.1. письмово повідомити Страховика про настання події протягом 2 (двох) робочих днів з моменту, коли Застрахованій особі стало відомо про цю подію,

7.6.2. протягом строку, погодженого зі Страховиком, надати Страховику документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до п. 8.10. Загальних умов-Оферти.

7.7. У випадку якщо Страхувальник (Застрахована особа) знаходиться на території України:

7.7.1. негайно, але не пізніше 2 (двох) робочих днів з дня отримання, надіслати на адресу Страховика копії претензій, листів, ухвал суду та/або судових повісток, позовів (позовних вимог), повідомлень або будь-яких інших документів, отриманих у зв'язку з видворенням за межі України;

7.7.2. сприяти Страховикові в досудовому урегулюванні та судовому розгляді справи про примусове (адміністративне) видворення, надати йому відповідні повноваження, а також всю необхідну інформацію та можливу допомогу для здійснення захисту;

7.7.3. систематично у погодженні зі Страховиком строки інформувати Страховика про перебіг справи про примусове видворення;

7.7.4. якщо у Страхувальника (Застрахованої особи) існує можливість та підстави для відмови у задоволенні майнових претензій або зменшенні розміру позову, необхідно повідомити про це Страховика та вжити всіх необхідних заходів для здійснення цієї можливості.

8. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Страховик здійснює страхові виплати при умові настання страхового випадку на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків та в межах страхових сум і лімітів відповідальності, встановлених для конкретного страхового покриття.

8.2. Протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком всіх документів, які необхідні для підтвердження факту, причин, обставин настання події, що має ознаки страхового випадку, та визначення розміру збитків, передбачених Договором, та відповідей від органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, на запити Страховика, Страховик:

8.2.1. приймає рішення про визнання випадку страховим та здійснює страхову виплату протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня складання страхового акту;

8.2.2. у разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати протягом 10 (десяти) робочих днів з дати його прийняття повідомляє Страхувальника та/або Застраховану особу або Вигодонабувача про прийняте рішення з обґрунтуванням підстав відмови в паперовій формі на поштову адресу або в інший спосіб узгоджений Сторонами / Застрахованою особою (Вигодонабувачем).

8.3. За наявності підстав для сумніву щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати Страховик може відтермінувати рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин компетентними органами, на строк не більше 45 (сорока п'яти) робочих днів.

- 8.4. Відповідальність за надання, достовірність інформації, зазначеної в документах та/або копіях наданих документів, несе Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач.
- 8.5. Неподання документів, зазначених в пп. 8.17.-8.10. Загальних умов-Оферти, дає Страховику право відмовити у страховій виплаті в частині, що не підтверджена такими документами.
- 8.6. За згодою Страховика може бути зменшено перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків і які повинні бути надані Страховику. Страховик приймає таке рішення, враховуючи особливості конкретної події, що має ознаки страхового випадку.
- 8.7. **За покриттям «Медичне страхування»** страхова виплата здійснюється Страховиком шляхом оплати фактичної вартості медичних послуг (в тому числі медикаментів), наданих медичними закладами Застрахованій особі відповідно до умов, визначених Договором:
- 8.7.1. через Асистанс - медичним закладам, що надали медичні послуги Застрахованій особі;
- 8.7.2. безпосередньо медичним закладам, що надали медичні послуги Застрахованій особі;
- 8.7.3. безпосередньо Застрахованій особі, яка за погодженням зі Страховиком/Асистансом самостійно оплатила вартість одержаних медичних послуг.
- 8.7.4. Якщо Застрахована особа з метою одержання медичних послуг звернулася до Асистансу, то страхова виплата здійснюється шляхом оплати Страховиком фактичної вартості медичних послуг/медикаментів, наданих Застрахованій особі. Така виплата здійснюється через Асистанс або безпосередньо медичним закладам (в тому числі аптекам), з якими Страховик/Асистанс має договори про співпрацю. Строк та порядок здійснення страхових виплат Асистансу або аптекам та/або медичним закладам, з якими Страховик має договори про співпрацю, визначається відповідними договорами з цими закладами.
- 8.7.5. У випадку самостійної оплати Застрахованою особою медичних послуг/медикаментів (за умови попереднього погодження із Страховиком/Асистансом), страхова виплата здійснюється безпосередньо Застрахованій особі у межах та обсязі, що передбачені Договором, на підставі документів, зазначених у п. 8.7.9. Загальних умов-Оферти, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат.
- 8.7.6. Розмір страхової виплати визначається, виходячи з розміру фактичної вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг/медикаментів, попередньо погоджених зі Страховиком/Асистансом та призначених уповноваженим лікарем медичного закладу.
- 8.7.7. Страхові виплати щодо Застрахованої особи при настанні одного або декількох страхових випадків здійснюються в межах Лімітів відповідальності.
- 8.7.8. Після здійснення страхової виплати страхова сума та Ліміти відповідальності зменшуються на суму страхової виплати (зменшуються Ліміти за тими опціями, за якими була здійснена страхова виплата).
- 8.7.9. При одержанні Застрахованою особою медичних послуг самостійно, але при умові, що це було попередньо узгоджено зі Страховиком/Асистансом, Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі на підставі наступних документів:
- 8.7.9.1. Письмової Заяви на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком);
- 8.7.9.2. Копії Індивідуальної частини Договору;
- 8.7.9.3. Копії паспорта особи, що отримує страхову виплату;
- 8.7.9.4. Виписки з карти амбулаторного/стаціонарного хворого з обов'язковим зазначенням прізвища та ім'я Застрахованої особи, дати звернення за допомогою до медичного закладу, дати надання медичних послуг, тривалості лікування, діагнозу, обсягу наданих медичних послуг;
- 8.7.9.5. Рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів;
- 8.7.9.6. Рахунків закладів охорони здоров'я, з докладним розшифруванням кошторису наданих медичних послуг та медикаментів;
- 8.7.9.7. У разі отримання медичних та інших послуг у приватного підприємця-фізичної особи (ФОП), додатково надається копія його свідоцтва платника податків за поточний рік, а при зверненні в будь-який лікувальний заклад приватної форми власності поза переліком Страховика/Асистансу - також копія його ліцензії на надання медичних та інших послуг отриманих Застрахованою особою.
- 8.7.9.8. Касових та/або відповідних товарних чеків з медичних та аптечних закладів з докладним розшифруванням кошторису наданих медичних послуг та медикаментів.
- 8.7.10. Страховик приймає до розгляду оригінали документів, прості копії, завірені печатками закладу, який видав відповідний документ; прості копії, за умови надання Страховику можливості порівняння їх з оригінальними примірниками документів;
- 8.8. **За покриттям «Страхування відповідальності перед третіми особами»** страхова виплата здійснюється потерпілій третій особі, яка відповідно до чинного законодавства України, має право на отримання страхового відшкодування.
- 8.8.1. Розмір шкоди або збитку, заподіяних Страхувальником (Застрахованою особою) потерпілій третій особі, визначається у розмірі фактично здійснених третьою особою витрат, пов'язаних з примусовим (адміністративним) видворенням Страхувальника (Застрахованої особи) згідно з кошторисом витрат та підтверджуючими документами, та включає: вартість проїзних документів для Страхувальника/Застрахованої

особи, вартість утримання Страхувальника (Застрахованої особи) в пункті тимчасового перебування іноземців та осіб без громадянства, які незаконно перебувають в Україні, вартість послуг з оформлення документів та вчинення інших дій, пов'язаних з примусовим видворенням.

8.8.2. Страхове відшкодування підлягає виплаті після повного встановлення обставин, причин і розмірів заподіяної шкоди, що завдана внаслідок настання страхового випадку.

8.8.3. Страховик виплачує страхове відшкодування у розмірі прямого (реального) збитку, за вирахуванням:

8.8.3.1. розміру безумовної франшизи, обумовленої Договором;

8.8.3.2. за вирахуванням сум, сплачених Страхувальником та (або) третіми особами, що не є потерпілими третіми особами по відшкодуванню витрат, пов'язаних із примусовим (адміністративним) видворенням Страхувальника (Застрахованої особи), до моменту здійснення виплати страхового відшкодування, в тому числі зарахування виявленої у Страхувальника (Застрахованої особи) під час затримання, готівки;

8.8.3.3. розміру збитків, відшкодованих одержувачу страхового відшкодування іншими страховиками у зв'язку з цим страховим випадком;

8.8.3.4. розміру збитків, відшкодованих одержувачу страхового відшкодування Страхувальником (Застрахованою особою).

8.8.4. Для отримання страхової виплати Вигодонабувач повинен надати Страховику наступні документи:

8.8.4.1. Письмову Заяву на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком);

8.8.4.2. Копію Індивідуальної частини Договору;

8.8.4.3. Документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати особу одержувача страхової виплати та підтверджують її право на отримання страхової виплати;

8.8.4.4. Контракт з навчальним закладом про перебування Страхувальника (Застрахованої особи) в Україні з метою навчання;

8.8.4.5. Судове рішення (постанова) суду щодо примусового (адміністративного) видворення Страхувальника (Застрахованої особи), що набуло законної сили;

8.8.4.6. Кошторис витрат, складений державними органами (органами внутрішніх справ, органами охорони державного кордону тощо), за встановленою чинним законодавством формою;

8.8.4.7. Рахунки та інші розрахункові документи, що підтверджують факт витрат по видворенню Страхувальника (Застрахованої особи);

8.8.4.8. Інші документи на обґрунтований запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру заподіяної шкоди (збитку), а також майнового інтересу особи, яка є одержувачем страхової виплати (виплати страхового відшкодування).

8.8.5. Зазначені документи або визначені Страховиком залежно від характеру шкоди надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально посвідчених копій, простих копій за умови надання Страховикові можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.

8.8.6. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування), надані в неповному обсязі та (або) в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), рішення про здійснення виплати (виплати страхового відшкодування) або відмову її здійснити приймається після отримання документів, оформлених у належній формі та наданих у необхідному обсязі. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє в письмовій формі одержувача страхової виплати (виплати страхового відшкодування) протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання таких документів.

8.8.7. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, за письмовою згодою Страховика може бути зменшено перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір шкоди і які повинні бути надані Страховикові.

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

9. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

9.1. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого п. 8.2.2 Загальних умов-Оферти, повідомити Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави для відмови.

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

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

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

- 9.2.3. подання Страхувальником та / або потерпілими третіми особами неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику або про факт настання страхового випадку;
- 9.2.4. одержання Страхувальником та/або потерпілими третіми особами повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;
- 9.2.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);
- 9.2.6. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником про зміни ступеня страхового ризику протягом дії Договору (відповідно до переліку, зазначеному в п. 10.4. цих Загальних умов-Оферти)
- 9.2.7. ненадання Страховику оформлених належним чином документів, що підтверджують факт настання події, що має ознаки страхового випадку, розмір збитків та інших документів, подача яких передбачена Договором;
- 9.2.8. наявність обставин, які є винятками зі страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором.
- 9.3. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено у судовому порядку.

10. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 10.1. До укладення Договору Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від Клієнта (потенційного Страхувальника) інформації з'ясовує потреби та вимоги у страхуванні.
- 10.2. Індивідуальні консультації щодо умов страхового продукту та рекомендації (пропозиції), яке саме страхове покриття максимально відповідатиме вимогам та потребам Клієнта у страхуванні за страховим продуктом «Комплексне медичне страхування та страхування цивільної відповідальності іноземців, які тимчасово перебувають на території України» не передбачено.
- 10.3. До укладення Договору страхування з метою прийняття Клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору, Страховик надає Клієнту доступну та вичерпну інформацію в обсязі та в порядку, що передбачено частинами 2 - 5 ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», в тому числі: про страховий продукт з урахуванням потреб Клієнта; про Страховика, про відокремлений структурний підрозділ (у разі, якщо Договір укладено в такому структурному підрозділі) та страхового посередника (у разі, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника).
- 10.4. Клієнт (потенційний Страхувальник) перед укладенням Договору зобов'язаний проінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування. Такою інформацією є:
- 10.4.1. відомості про Клієнта (потенційного Страхувальника): фізична особа чи юридична особа;
- 10.4.2. відомості про особу, яку Клієнт планує застрахувати:
- прізвище, ім'я, дата народження, вік особи;
 - паспорт або інший документ, що посвідчує особу;
 - країна постійного проживання;
 - заплановане місцезнаходження особи на території України;
 - мета та строк перебування в Україні;
- 10.4.3. наявність страхового інтересу щодо Застрахованої особи;
- 10.4.4. наявність інших діючих договорів страхування, де об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи;
- 10.4.5. підтвердження факту, що Застрахована особа не підпадає під ознаки, зазначені в п. 3.5 Загальних умов – Оферти.
- 10.5. Страхувальник протягом дії Договору зобов'язаний повідомляти про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (зміна ступеня страхового ризику) – зміна вірогідності (в більший або менший бік) настання страхового випадку та / або розміру можливих збитків. До таких обставин належать:
- 10.5.1. встановлення Застрахованій особі статусу, зазначеного в п. 3.5 Загальних умов;
- 10.5.2. укладення іншого договору страхування з аналогічним об'єктом страхування (подвійне страхування);
- 10.5.3. зміна характеру діяльності (роботи) Застрахованої особи.
- 10.6. Відповідальність за достовірність даних, наданих Страховику несе Страхувальник. Всі відомості, що надані Страховику мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику (ймовірність настання страхового випадку, розмір можливих збитків від його настання), а також розміру страхової премії.

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

10.8. Порядок укладення Договору у формі електронного документа.

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

10.8.2. Порядок укладення Договору із Страхувальником - фізичною особою.

10.8.2.1. Для укладення Договору Клієнт:

- надає інформацію для укладення Договору, а саме: повідомляє представнику Страховика, що відповідальний за реалізацію страхових послуг, інформацію про себе (прізвище, ім'я, адресу реєстрації або місця проживання, дату народження, номер (та за наявності - серія) паспорта, номер мобільного телефону для зв'язку, адресу електронної пошти);
- інформує про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків) відповідно до п. 10.4 Загальних умов-Оферти;
- повідомляє представника Страховика про обрані умови страхування (програму страхування).

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

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

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

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

10.8.3. Порядок укладення Договору із Страхувальником - юридичною особою.

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

- надає інформацію для укладення Договору, а саме: повідомляє представнику Страховика повне найменування, П.І.Б підписанта Договору, код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ), місцезнаходження, реквізити банку, в якому відкрито рахунок, і номер поточного рахунка, дату та номер запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, П.І.Б. та номер мобільного зв'язку контактної особи Клієнта, адресу електронної пошти та надає документи, які відповідно до законодавства необхідні для ідентифікації та верифікації Страхувальника;
- інформує про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків) відповідно до п. 10.4 Загальних умов-Оферти;
- повідомляє представника Страховика про обрані умови страхування (програму страхування).

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

10.8.3.3. Клієнт приймає (акцептує) пропозицію укласти договір на умовах, викладених в Індивідуальній пропозиції, шляхом підписання Індивідуальної частини Договору з використанням КЕП (удосконаленого електронного підпису (УЕП) (на період воєнного часу) із кваліфікованою електронною

позначкою дати та часу підписання) та сплатою страхової премії на умовах, визначених Договором. Після здійснення акцепту Клієнт набуває статусу Страхувальника. Страхувальник надсилає Страховику підписану з його сторони Індивідуальну частину договору у вигляді електронного повідомлення.

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

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

10.8.3.6. При оформленні електронних документів Сторони домовились дотримуватись наступних вимог:

- здійснювати обмін електронними документами за допомогою сервісів електронного документообігу, та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу з застосування КЕП (УЕП (на період воєнного часу) уповноважених осіб;
- кожна із Сторін для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси, в тому числі сервіс «Вчасно».

10.8.4. На письмову вимогу Страхувальника Індивідуальна частина договору у формі електронного документу може бути відтворена на паперовому носії протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту отримання такої вимоги. Страховик здійснює вручення такої копії, завіреної підписом уповноваженого представника Страховика.

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

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

10.9. Порядок укладення Договору у формі паперового документу.

10.9.1. Укладення Договору здійснюється відповідно до пп. 10.8.2.1, **Ошибка! Источник ссылки не найден.** Загальних умов-Оферти.

10.9.2. До моменту укладення Договору Страховик надає Клієнту інформацію, зазначену в п. 10.3 Загальних умов-Оферти, шляхом надання посилання на веб-сайт Страховика або QR-коду для переходу на веб-сайт Страховика.

10.9.3. На підставі отриманої інформації Страховик формує проект Індивідуальної частини договору та пропонує її Клієнту або відмовляє в укладенні Договору страхування.

10.9.4. Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом пропозиції Страховика укласти Договір є: підписання Індивідуальної частини договору власноручним підписом Клієнта (уповноваженої особи) та сплата страхової премії на умовах, визначених Договором. Після здійснення акцепту Клієнт набуває статусу Страхувальника.

10.9.5. Договір укладається у формі паперового документа у 2-х (двох) примірниках по одному для кожної Сторони з проставленням власноручних підписів Сторін.

10.9.6. Дата та місце укладення Договору зазначено в Індивідуальній частині договору.

10.9.7. Примірник Індивідуальної частини договору страхування (примірник Страхувальника), укладеного у паперовій формі, а також додатки до нього (за наявності) надаються Страховиком Страхувальнику одразу після його підписання Сторонами.

10.10. Загальні умови-Оферта відтворюються на паперовому носії за письмовою вимогою Страхувальника.

10.11. Підписанням Індивідуальної частини договору Страхувальник приєднується до Договору в цілому та погоджується дотримуватися умов, викладених в Індивідуальній частині договору та Загальних умовах-Оферті (публічній частині договору).

10.12. Усі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені рекомендованим листом, факсимільним зв'язком з підтвердженням про отримання чи доставлені кур'єром за адресами, зазначеними у Договорі (крім повідомлень, для яких прямо передбачено Договором окремий порядок їх надання).

11. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

11.1. Страховик не визнає страховим випадком подію та не здійснює страхову виплату, якщо випадок стався внаслідок:

11.1.1. події, що не обумовлена як страховий ризик чи випадок в Договорі, та/або мала місце не під час його дії чи за межами території його дії;

11.1.2. самогубства Застрахованої особи (за винятком випадків, коли вона була доведена до цього протиправними діями третіх осіб), або навмисного нанесення собі тілесні ушкодження або у випадку, коли Застрахована особа попросила це зробити іншу особу;

11.1.3. перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції;

11.1.4. впливу ядерного вибуху, випромінювання, застосування ядерної зброї, ядерного інциденту радіації або радіоактивного зараження, впливу проникної радіації, радіоактивного забруднення будь-яким ядерним паливом або відходами внаслідок згоряння ядерного палива, впливу іонізуючого випромінювання або радіоактивного забруднення;

11.1.5. участі Застрахованої особи у військових діях, свідомого знаходження Застрахованої особи у зоні бойових дій та/або у прифронтових зонах та/або у інших зонах, заборонених для перебування (згідно із рішенням обласних військових адміністрацій), під час проходження Застрахованою особою військової служби, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки, розмінуванні або інших подібних операціях як військовослужбовця, або цивільного службовця, у випадку використання і зберігання зброї/вибухових речовин);

11.1.6. терористичного акту, громадянської війни, масових заворушень усякого роду, порушень громадського порядку, терористичної або антитерористичної діяльності, страйків, заколотів, локаутів, повстань, революцій, узурпації влади, самоуправства, цивільних безладь; державних переворотів, актів тероризму, військової диктатури;

11.1.7. дії азбестового пилу, азбесту, діетілстіролу (DES), діоксину, сечовинного формальдегіду.

11.2. Страховик не здійснює страхової виплати у разі, якщо Страхувальник (Застрахована особа):

11.2.1. не повідомив Страховика або Асистуючу компанію про звернення за медичною або іншою допомогою, або про факт настання нещасного випадку протягом 24 годин з моменту його настання без поважних на це причин;

11.2.2. не погодив з Асистуючою компанією всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг, в разі настання події, яка може призвести до настання випадку;

11.2.3. не виконував розпорядження та/чи рекомендації Страховика або Асистуючої компанії, щодо дій у разі настання події, яка може призвести до настання випадку;

11.3. Страховик не здійснює страхову виплату зазначену в п. **Ошибка! Источник ссылки не найден.** Загальних умов-Оферти у разі відсутності погодження Страховиком необхідності та доцільності факту отримання Застрахованою особою медико-санітарної та (або) іншої допомоги, медичних та (або) додаткових послуг, та (або) обсягу чи вартості їх отримання.

11.4. Не відноситься до страхових випадків, визначених у п. 3.10 Загальних умов-Оферти, травмування Застрахованої особи внаслідок заняття альпінізмом, скелелазінням по природному рельєфу на відкритій місцевості.

11.5. За Договором Страховик не відшкодовує: сплату штрафів, пені та інших (у тому числі адміністративних) санкцій, визначених будь-яким договором чи законом, моральну шкоду, упущену вигоду, неотриманий (втрачений) дохід (включаючи відсотки, неустойки), інші непрямі збитки;

11.6. Договір страхування не може бути укладений (обмеження страхування) по відношенню до осіб, які відповідають критеріям зазначеним в п. 3.5 Загальних умов-Оферти.

11.7. **За покриттям «Медичне страхування» Страховиком не оплачуються та не відшкодовуються витрати на:**

11.7.1. Лікування СНІДу та ВІЛ-інфекції; наркоманії, токсикоманії, алкоголізму, в тому числі станів, захворювання, травм, опіків та отруєння, отриманих внаслідок цих станів;

11.7.2. Лікування захворювань, за яким встановлена група інвалідності, інвалідності з дитинства та їх ускладнення; вроджених аномалій та вад розвитку, спадкових захворювань;

11.7.3. Лікування професійних захворювань відповідно до висновку науково-дослідного інституту МОЗ України професійної патології (наприклад, асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба тощо);

11.7.4. Діагностику та лікування класичних венеричних захворювань та захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації ВООЗ; ToRCH- інфекцій, вірус Епштейн - Барра;

11.7.5. Діагностику та лікування інвазійних хвороб шлунково-кишкового тракту (в тому числі амебіаз, лямбліоз, аскаридоз);

11.7.6. Лікування дерматологічних захворювань;

11.7.7. Лікування вікових дегенеративно-дистрофічних змін і захворювань та їх ускладнення, в т.ч: катаракта, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз; остеохондроз (крім зняття гострого больового синдрому);

11.7.8. Лікування цукрового діабету, туберкульозу, онкологічних захворювань та їх ускладнень на всіх стадіях захворювання, окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги;

11.7.9. Лікування хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги (тривалістю до 14 днів);

11.7.10. Лікування функціональних порушень (в т. ч. синдром подразненого кишківника, диспанкреатизм, дискінезія жовчовивідних шляхів (крім стадії вираженого загострення), дисбактеріоз, дисбіоз, бактеріальний вагіноз, диспепсія, функціональний закріп).

11.7.11. Лікування комп'ютерного синдрому, синдрому сухого ока, глаукоми, міопії, косоокості;

11.7.12. Лікування системних захворювань сполучної тканини, демієлінізуючих захворювань, аутоімунних та алергічних хвороб (окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги),

11.7.13. Лікування безпліддя, порушень сексуальної та репродуктивної функції; дисгормональних станів, мастопатії; аденоми простати, ендометріозу, фіброміому, окрім невідкладних станів; вагітності та пологів (за винятком позаматкової вагітності), звичного не виношування вагітності;

11.7.14. Лікування психічного захворювання, психопатії, неврозів, астено - депресивних станів, синдрому хронічної втоми, епілепсії, порушення мови; вегето-судинної дистонії, за винятком надання невідкладної допомоги;

11.7.15. Лікування хвороб крові в т. ч. онкогематологічних захворювань;

11.7.16. Лікування хронічних хвороб периферійних судин окрім невідкладних станів;

11.7.17. Лікування особливо небезпечних інфекції інфекційних хвороб: в тому числі чуми, холери, натуральної віспи, геморагічної лихоманки; захворювання, що потребують проведення карантинних заходів;

11.7.18. Лікування бородавок, папіломи, атероми та доброякісних пухлин (в тому числі ліпом, поліпів, гемангіом, гігром), за винятком ускладнених випадків (травмування, запалення, кровотеча, швидкий ріст тощо);

11.7.19. Лікування хронічної ниркової, печінкової та серцевої недостатності (окрім невідкладних станів);

11.7.20. Діагностику та лікування гепатитів, цирозу печінки, гепатозу.

11.7.21. При медичному страхуванні Страховиком не відшкодовується вартість таких послуг та медикаментів:

11.7.22. Профілактичні огляди, диспансерний нагляд; реабілітаційні та лікувально-оздоровчі заходи; медичні довідки: для поліції, носіння зброї, на вступ до навчальних/дитячих закладів, сертифікати нарколога та психіатра тощо, доставка лікарняного листку; оформлення лікарняного листку по догляду за дитиною

11.7.23. Медикаменти, призначені з метою профілактики, біостимулятори, вакцини, полівітаміни, імуномодулятори, пробіотики (окрім випадків необхідності їх призначення при антибіотикотерапії), бактеріофаги, стимулятори загальної дії (бальзам Бітнера, Вігор, та ін.), ферменти загальної дії (вобензим, флогензим та ін.), препарати, що знижують рівень ліпідів у крові, психотропні, ноотропні препарати, цитостатики, препарати, що мають хондропротекторну дію, гепатопротектори, БАДи та ін.;

11.7.24. Будь-які послуги за абонементом; відшкодування благодійних внесків;

11.7.25. Лікування на бальнеологічних, лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку; реабілітація та відновлювальна терапія після перенесених травм та захворювань;

11.7.26. Медичні маніпуляції на дому (ін'єкції, збір аналізів тощо), професійні огляди, освідчення водіїв, тести на профпридатність, збір та оформлення документації для МСЕК, транспортування медичним транспортом або таксі додому та/або до ЛПУ, оплата послуг таксі тощо.

11.7.27. Обстеження та лікування методами нетрадиційної медицини: в тому числі гіпноз, психотерапія, послуги психолога, психотерапевта, логопеда, іридіодіагностика, біокорекція, мануальна терапія, рефлексотерапія, гірудотерапія, плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, озонотерапія, плазмодіфільтрація, УФО крові, аутогемотерапія, спелеотерапія;

11.7.28. Косметичний, профілактичний та оздоровчий масаж, водолікування та бальнеологічне лікування, використання барокамери та лазерних технологій;

11.7.29. Витрати на вироби медичного призначення (крім шприців, крапельниць, медичного бинту та вати, шовного матеріалу); медикаменти та послуги не призначені лікарем; ліки, придбані поза аптечною мережею України (не мають реєстрації на території України), засоби догляду та гігієни, косметичні засоби

11.7.30. Витрати на забезпечення інгаляторами-пристроями (спейсери, небулайзери та ін.); медичне обладнання та техніку, інструментарій, пристрої, що замінюють або корегують функції втрачених органів (в тому числі будь-які протези/ендопротези, штучні водії ритму, стенти, серцеві клапани тощо);

11.7.31. Виклик до дому лікарів або консультації в поліклініці провідних фахівців, професорів, докторів (кандидатів) медичних наук;

11.7.32. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (в тому числі планова герніопластика, риноластика, венектомія тощо), нейрохірургічні, кардіохірургічні, операції на серці, судинах, діагностичні гістеро- та лапароскопії, окрім невідкладних станів;

11.7.33. Трансплантація органів та тканин; протезування (в тому числі зубів);

11.7.34. Забезпечення кровозамінниками та препаратами крові в разі відсутності їх в лікувально-профілактичних закладах;

- 11.7.35. Медикаменти, необхідні для тривалого прийому (в тому числі гормональні, ферментні, антигіпертензивні), крім стадії загострення, в період якого відшкодовується вартість медикаментів до стабілізації стану здоров'я;
- 11.7.36. Штучне запліднення, проведення абортів без медичних показань, послуги з планування сім'ї, контрацепція, стерилізація, безпліддя, імпотенція, клімактеричний синдром, порушення менструального циклу, гіперплазія ендометрію, гіперандрогенія, полікістоз яєчників, синдром виснаження яєчників, фонові та передпухлинні захворювання шийки матки, гіперпролактинемія, застосування препаратів-аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (в тому числі золадекс, диферелін), гормональних спіралей типу „Мірена”, визначення гормонального стану;
- 11.7.37. Зміна ваги, діагностика та лікування ожиріння, модифікація тіла, в тому числі хірургічна зміна статі; планова діагностика гомеостазу організму (імунограма, алергопроби (алергологічна панель), ліпідограма, консультація імунолога, гіпосенсибілізуюча терапія при алергозах тощо);
- 11.7.38. Корекція зору (лікування короткозорості, далекозорості, астигматизму, конусу), окуляри, лінзи, тренажери, процедури, в тому числі апаратне лікування косоокості, підбір окулярів, лазерна біостимуляція сітківки;
- 11.7.39. Планову стоматологічну допомогу;
- 11.7.40. Оздоровчі послуги, заняття в спортзалі, басейні тощо, косметичні послуги.
- 11.7.41. Витрати на медичні послуги отримані в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг;
- 11.7.42. Лікування захворювання, що розпочалося до початку дії Договору, та потребує подальшого лікування;
- 11.7.43. Медичні послуги, які призначені протягом строку дії Договору, але були отримані після його закінчення або після дострокового припинення дії Договору,;
- 11.7.44. Послуги, надання яких не погоджене із Асистансом/Страховиком;
- 11.7.45. Додаткові (альтернативні) консультації та обстеження;
- 11.7.46. Послуги (у т. ч. вартість медикаментів), щодо яких Застрахованою особою були надані неправдиві відомості про факт та обставини страхового випадку, за наявності виправлень в документах, що суттєво впливають на прийняття рішення (виправлення дати звернення Застрахованої особи за медичною допомогою, діагнозу, тощо);
- 11.7.47. Послуги (у тому числі вартість медикаментів), у разі відмови Застрахованої особи на вимогу Страховика пройти додаткове медичне обстеження або огляд представниками медичного закладу для підтвердження встановленого їй діагнозу та необхідності отриманих послуг;
- 11.7.48. Оплату медичної допомоги, медичних та інших послуг, отримані Застрахованою особою в ЛПУ, підприємствах, установах, закладах та (або) організаціях, які створені або діють не на підставі чинного законодавства України.
- 11.7.49. Компенсацію моральної шкоди та/або упущеної вигоди.

11.8. За покриттям «Страхування відповідальності перед третіми особами» Страховик не виплачує страхове відшкодування, якщо шкода третім особам була завдана внаслідок:

- 11.8.1. Обставин, про які Застрахована особа знала або повинна була знати, але не вжив усіх від нього залежних заходів для запобігання настанню страхового випадку;
- 11.8.2. Умисного заподіяння шкоди або навмисних дій будь-яких третіх осіб, спрямованих на виникнення страхового випадку, змови Застрахованої особи та третьої особи;
- 11.8.3. Протизаконними діями або бездіяльністю державних органів та органів місцевого самоврядування, в тому числі внаслідок видання протизаконних документів та (або) розпоряджень;
- 11.8.4. Події, що сталися поза зазначеним місцем дії Договору страхування;
- 11.8.5. Події, що сталися до дати початку дії Договору страхування або після закінчення строку його дії;
- 11.8.6. До страхових випадків не відносяться витрати третіх осіб, пов'язані із виїздом Страхувальника за межі України у добровільному порядку.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

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

Приватне акціонерне товариство «Українська пожежно-страхова компанія»

Поштова адреса для направлення документів/листування: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 40

Номер телефону для повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку: **0-800-507-050**

Адреса електронної пошти: info@upsk.com.ua

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

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