





ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| Загальні положення. Визначення понять і термінів | 2 |
| Строк дії Договору. Порядок вступу в дію Договору | 5 |
|  Що застраховано за Договором | 5 |
| • Страхова сума. Франшиза | 5 |
| • Страхові ризики. Страхові випадки. Програми | 6 |
|  Що не покривається за Договором | 10 |
| • Винятки із Страхових випадків та обмеження страхування | 10 |
|  Якщо стався страховий випадок | 15 |
| • Порядок дій у разі настання події, що має ознаки Страхового випадку | 15 |
|  Виплата страхового відшкодування | 15 |
| • Документи, необхідні для виплати Страхового відшкодування | 15 |
| • Порядок розрахунку, умови та строки здійснення Страхових виплат | 17 |
| • Підстави для відмови у здійсненні Страхової виплати | 20 |
| Порядок укладення Договору | 20 |
| Порядок внесення змін, дострокового припинення , розірвання Договору, їх правові наслідки. Порядок відмови від Договору | 22 |
| Права та обов'язки Сторін | 23 |
| Порядок вирішення спорів. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору | 25 |
| Додаткові умови | 26 |

1. Загальні положення. Визначення понять і термінів

1.1. Ці Загальні умови стандартного страхового продукту "Моя подорож" (надалі – Умови) є невід’ємною частиною договору страхування подорожуючих за кордон за стандартним страховим продуктом «Моя подорож» (надалі — Договір).

1.2. Умови затверджені Наказом № 42 від 05.06.2024 р., вступають в дію з 20.06.2024 р. та розміщені на вебсайті Страховика за посиланням https://uniqa.ua/storage/insurance-products/reports-files/1614_umovy_20.06.2024.pdf.

1.3. Договори за цим страховим продуктом є договорами комплексного страхування та укладаються на підставі Ліцензії, виданої Національним банком України (надалі — НБУ) (дата внесення запису 23.04.2024, що підтверджується Витягом із Державного реєстру фінансових установ), **за класом страхування 18** «Страхування витрат, пов’язаних із наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі».

1.4. За цим страховим продуктом **Об’єктом страхування** є:

1.4.1. за ризиком страхування медичних витрат, пов’язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон (надалі - Медичні витрати) - життя, здоров’я, працездатність застрахованої особи, зазначеної в п. 5 Договору (надалі — Застрахована особа або ЗО);

1.4.2. за ризиком страхування витрат інших, ніж медичні, пов’язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон (надалі - Витрати інші, ніж медичні) - можливі збитки чи витрати Застрахованої особи.

1.5. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі:

Близькі родичі – члени сім’ї першого ступеня споріднення, а саме чоловік / дружина, діти, батьки, а також рідні брати / сестри, дід, баба, онуки.

Заняття активними видами відпочинку - спосіб проведення дозвілля з використанням рухової активності в умовах помірних фізичних навантажень, що здійснюється епізодично / нерегулярно у формальних чи неформальних організаційних структурах або самостійно, без прагнення до найвищих спортивних здобутків.

Заняття аматорським спортом - аматорська спортивна діяльність, спрямована на вдосконалення спортивних навичок або досягнення найвищих спортивних здобутків шляхом систематичних / регулярних тренувань у спортивних секціях, та участі у непрофесійних спортивних змаганнях без грошової винагороди.

Заняття професійним спортом – професійна спортивна діяльність, що передбачає отримання грошової винагороди за участь у тренувальному процесі та особисті досягнення (рекорди) в спортивних змаганнях. Спортсмен набуває статусу спортсмена-професіонала, якщо він є членом визнаної професійної спортивної організації та/або є членом ігрової ліги, яку прямо підтримує чи фінансує професійна команда або професійна спортивна організація, та/або отримує будь-який вид оплати або компенсації за свою участь прямо або опосередковано від професійної команди або професійної спортивної організації.

Застрахована особа (ЗО) – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі, життя, здоров’я, працездатність якої є Об’єктом страхування за Договором.

Інформаційно-комунікаційна система (надалі – ІКС) – сукупність інформаційних та електронних комунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле. ІКС використовується Страховиком або його страховим агентом для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.

Країна постійного проживання - країна, під юрисдикцією якої знаходиться місце постійного проживання фізичної особи, і в якій вона проживає не менше 183 днів на рік, крім країни тимчасового захисту, або країна, громадянином якої є фізична особа.

Країна тимчасового захисту - країна, в якій Застрахована особа, громадянин України,

яка вимушено покинула Україну 24.02.2022 р. або після цієї дати в результаті військового вторгнення російських військ, отримала тимчасовий захист або статус біженця.

Країна тимчасового перебування - країна, зазначена в Договорі страхування (в складі зони або окремо), на території якої Застрахована особа знаходиться під час подорожі та діє страховий захист за Договором. Під час подорожі Застрахована особа може відвідувати кілька країн, при цьому Договір буде діяти на території кожної з них, якщо про це прямо вказано в Договорі та відсутні інші обмеження, передбачені в Договорі. До Країни тимчасового перебування належить також Країна тимчасового захисту.

Ліміт відповідальності (Ліміт) – грошова сума в межах страхової суми, що встановлює / обмежує суму страхового відшкодування за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків тощо.

Невідкладна медична допомога – медична допомога, якої потребує Застрахована особа у зв'язку із погіршенням стану здоров'я, та яка повинна бути надана відразу, негайно або не пізніше ніж протягом 3 (трьох) найближчих діб після звернення Застрахованої особи до Страховика або уповноваженого представника Страховика (за виключенням випадків, коли таку медичну допомогу неможливо організувати протягом зазначеного терміну).

Невідкладне оперативне (хірургічне) лікування – оперативне лікування, яке необхідно виконати негайно або не пізніше ніж протягом наступних 3 (трьох) діб після звернення Застрахованої особи до Страховика або уповноваженого представника Страховика.

Нещасний випадок - раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором.

Програма страхового продукту (надалі - Програма) – програма страхового продукту, що є Додатком № 1 до Договору, що визначає умови страхового покриття, а саме: перелік витрат (опцій), що покриваються, страхові суми, Ліміти. За цим страховим продуктом обмеження страхування, підстави для відмови, розмір франшизи є однаковими для всіх Програм.

Стандартний страховий продукт – страховий продукт із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

Страхова виплата (Страхове відшкодування) – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору та/або законодавства.

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

Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний провести Страхову виплату в разі настання страхового випадку.

Страхове покриття - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору. Страхове покриття 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. За цим страховим продуктом строкові та територіальні складові страхового захисту є однаковими для всіх ризиків в межах класу страхування, що передбачені Договором.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату Страхового відшкодування Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі згідно з умовами Договору.

Строк страхового покриття - період, протягом якого діє Страхове покриття, та під час якого, в разі настання Страхового випадку, Страховик зобов'язаний здійснити Страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов Договору.

Типи туризму:

- **Звичайний туризм** - лікувально-оздоровчий, екскурсійний, паломницький (релігійний), пляжний та інші подібні категорії туризму, що орієнтовані на спокійну і ненапружену (з точки зору фізичних навантажень) програму туристичної подорожі, та можуть включати в себе наступні активності / види спорту (окрім участі в змаганнях з метою отримання винагороди та тренуваннях): звичайне плавання у відкритих водоймах, в басейні тощо; піші прогулянки, скандинавська ходьба, пробіжка; пляжні спортивні ігри (волейбол, футбол, баскетбол), батут; відвідування парків розваг, у тому числі аквапарків та мотузкових парків, боулінг; катання на велосипеді (крім гірського), гіроборді, самокаті, гіроскутері, моноколесі, на роликах, на ковзанах; катання на квадроциклі, мотоциклі, скутері та іншому наземному транспорті в межах доріг загального користування; катання

на тваринах (конах, поні, верблюдах, слонах); яхтинг в якості пасажера; снокрлінг (плавання з маскою без занурення).

- **Активний спортивний туризм** - тип туризму, що пов'язаний із ризиком та помірними або істотними фізичними навантаженнями, вимагає сміливості і навичок та/або використання механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді та у повітрі та включає:

а) активний відпочинок з підвищеним рівнем ризику: будь-які аматорські перегони на швидкість; розваги, пов'язані з вільним падінням (окрім стрибків з парашутом та стрибків з висоти понад 15 м); трекінг (пішохідний туризм) на висоту до 2 500 м над рівнем моря; пейнтбол, страйкбол, катання на гідроциклі;

б) активний відпочинок та заняття аматорським спортом (без участі у змаганнях), що передбачають: сплав по річках (рафтинг, каякінг, на катамаранах тощо) до 2-го класу; водні лижі, вейкбординг; вітрильницький спорт, кайтинг; катання на гідроциклі, катання на квадроциклі, на мотоциклі, скутері, та іншому наземному транспорті поза дорогами загального користування (у тому числі сафарі); спелеотуризм; полювання; аматорський дайвінг (занурення без сертифікату з сертифікованим інструктором SSI Open Water Instructor або PADI Divemaster, занурення з сертифікатом SSI або PADI Scuba Diver на глибину до 12 м, з сертифікатом SSI або PADI Open Water Diver на глибину до 18 м);

в) заняття професійним та аматорським спортом (у тому числі під час змагань та тренувань), а саме: плавання, водне поло, синхронне плавання, гольф, боулінг, веслування, настільний теніс, спортивна аеробіка, черліденг, спортивні танці, бадмінтон, біатлон, городковий спорт, ігрові види спорту (баскетбол, волейбол, гандбол, теніс, сквош, хокей на траві, флорбол та інше), спортивне орієнтування, художня гімнастика, легка атлетика, стрільба з лука, стендова та кульова стрільба, фехтування, фігурне катання, віндсерфінг, вітрильницький спорт, парасейлінг, кінний спорт, акробатика, стрибки на батуті, ковзанярський спорт, санний спорт, велосипедний спорт (окрім даунхілу, маунтенбайку, фрістайлу тощо), скелелазіння на штучних скалодромах, контактні види спорту (боротьба вільна, боротьба греко-римська, рукопашний бій, традиційне карате, кікбоксінг, бокс, дзюдо, боротьба самбо, тхеквондо, джіу-джитсу тощо), кросфіт, футбол, алтимат фрізбі, хокей з шайбою, важка атлетика, пауерліфтинг, спортивна гімнастика, повітряна гімнастика, багатоборство, регбі, інші подібні види спорту.

- **Екстремальний спортивний туризм** - тип туризму, що передбачає участь у заходах (активний відпочинок; заняття аматорським та професійним спортом, включаючи змагання та тренування) із високим ступенем ризику, що вимагають від учасників спеціальних навичок та підготовки, а саме: гірськолижний спорт (лижі, сноуборд, фрістайл-акробатика); екстремальні види спорту: аматорський та професійний альпінізм, скелелазіння (окрім скелелазіння на штучних скеледромах), трекінг (пішохідний туризм) до 4 000 м над рівнем моря; сплав по річках (рафтинг, каякінг, на катамаранах) до 4-го класу; польоти з використанням безмоторних засобів (у тому числі дельтапланеризм), авіаційний спорт і пов'язані з авіацією види спорту; дайвінг (занурення з сертифікатом SSI або PADI Advanced Open Water Diver на глибину до 30 м, з сертифікатом SSI або PADI Deep Diver на глибину до 40 м, з використанням комп'ютера, чіткого виконання рекомендацій комп'ютера, обов'язковим наданням роздруківки або даних комп'ютера); підводні та підземні види спорту; стрибки у воду в басейні з висоти до 10 м, стрибки з парашутом (за умови проходження обов'язкового інструктажу та нагляду інструктора, що має відповідну ліцензію - FAI category «D»), роупджампінг, банджі джампінг, параглайдинг; автотоспорт, швидкісний спуск (гірський велотуризм), даунхіл, маунтенбайк, вело-, мотофрістайл; бугурт, білдерінг, паркур, сандбординг, скайсерфінг, хардбол, фріфлай.

Якщо в Договорі зазначено, що покривається Активний спортивний туризм, то це передбачає також покриття Звичайного туризму. Якщо в Договорі зазначено, що покривається Екстремальний спортивний туризм, то це передбачає покриття Звичайного туризму, а також Активного спортивного туризму.

Третя особа – будь-яка особа, крім Страховика, Страхувальника і Застрахованих осіб.

Уповноважений представник Страховика (Асистуюча компанія, Асистанс) – юридична особа,

що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) під час настання подій, передбачених Договором як Страхові випадки, надає послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) за кордоном в разі настання Страхового випадку, здійснює інформаційну підтримку Страхувальника (Застрахованої особи), а також від імені Страховика здійснює оплату наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) послуг.

Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором.

Часова франшиза – період часу, який виражається в кількості календарних днів з дати укладення Договору, протягом яких Страховик не несе відповідальність за подіями, які мають ознаки Страхових випадків, та звільняється від обов'язку здійснити Страхову виплату за ними, а Страхувальник (Застрахована особа) не має права на отримання Страхової виплати за подіями, які сталися в зазначений період. Тривалість Часової франшизи зазначено в Договорі.

2. Строк дії Договору. Порядок вступу в дію Договору

2.1. Строк дії Договору зазначається у п. 12 Договору.

2.2. Договір набирає чинності та Страхове покриття починає діяти з 00:00 годин за київським часом дати, наступної за датою зарахування на поточний рахунок Страховика Страхової премії в розмірі та у строк, які зазначені у п. 11 Договору, але не раніше 00:00 годин за київським часом дати, зазначеної у п. 12 Договору як дата початку С троку дії Договору.

2.3. Договір та Страхове покриття діє до 24:00 годин за київським часом дати, що зазначена у п. 12 Договору як дата закінчення Строку дії Договору, якщо інші обставини, передбачені розділом 12 Умов, не призвели до дострокового припинення дії Договору.

2.4. Договір діє протягом кількості застрахованих днів, зазначених у Договорі. У випадку використання всіх застрахованих днів (кількість використаних застрахованих днів визначається шляхом підсумовування днів перебування за межами території України в період дії Договору) Договір припиняє свою дію у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі.

2.5. У випадку несплати (відкликання) Страхової премії повністю або частково Договір вважається таким, що не набрав чинності, та у Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором.

3. Страхова сума. Франшиза

3.1. Страхові суми за Медичними витратами та Витратами іншими, ніж медичні, за кожною Застрахованою особою зазначаються у п. 6 Договору.

3.2. В межах Страхових сум встановлюються Ліміти відповідальності, які визначають межу Страхових виплат Страховиком за окремими видами медичної допомоги, що буде одержана Застрахованою особою, або інших витрат, що будуть понесені Застрахованою особою при настанні Страхового випадку, та зазначаються у відповідній Програмі.

3.3. Страхова сума за кожною Застрахованою особою та Ліміти відповідальності є агрегатними, тобто зменшуються після здійснення Страхової виплати за будь-яким Страховим випадком на розмір такої виплати.

3.4. Договором передбачено застосування безумовної Франшизи, тобто Страховик у всіх випадках виплачує Страхове відшкодування за вирахуванням суми встановленої Франшизи. Розмір Франшизи може встановлюватися за згодою Сторін у відсотках від Страхової суми або в абсолютному грошовому еквіваленті (в гривнях). Якщо протягом Строку дії Договору мали місце кілька Страхових випадків, розмір Франшизи вираховується при розрахунку Страхового відшкодування за кожним та будь-яким випадком. Відсоток франшизи застосовується до Страхових сум, що зазначені у п. 6 Договору.

3.5. За цим страховим продуктом страховий тариф в Договорі не визначається.

4. Територія дії Договору

4.1. Територія дії Договору зазначається у п. 13 Договору як одна з географічних зон, згідно з розподілом, зазначеним у п. 4.2 Умов.

4.2. Територія дії Договору встановлюється згідно з одним із зазначених варіантів, а саме:

4.2.1. «Європа». До цієї зони належать країни Західної Європи (Австрія, Бельгія,

Великобританія, Ірландія, Німеччина, Ліхтенштейн, Люксембург, Монако, Нідерланди, Франція, Швейцарія), Південної Європи (Албанія, Андорра, Боснія та Герцеговина, Ватикан, Греція (та всі острови), Іспанія, Італія, Македонія, Мальта, Португалія, Сан-Марино, Сербія, Словенія, Хорватія, Чорногорія), Північної Європи (Данія, Ісландія, Норвегія, Латвія, Литва, Фінляндія, Швеція, Естонія), Східної Європи (Болгарія, Угорщина, Молдавія, Польща, Румунія, Словаччина, Чехія), Туреччина, Грузія, Кіпр, Азербайджан, Вірменія, а також Єгипет, Туніс, Таджикистан, Узбекистан, Казахстан, Киргизстан;

4.2.2. «Весь Світ». До цієї зони належать всі країни світу, крім тих, які є у винятках (п. 4.3 Умов);

4.2.3. «Весь світ, крім США, Канади, Індонезії». До цієї зони належать всі країни світу, крім США, Канади, Індонезії та тих країн, які є у винятках (п. 4.3 Умов).

В Договорі додатково можуть бути вказані назви окремих країн, з тих, які входять до вказаної Території дії (зони), якщо такі були обрані при укладанні Договору.

4.3. Виключаються з Території дії Договору:

4.3.1. окремі території країн (адміністративні одиниці), в межах яких відбуваються воєнні конфлікти в період настання Страхового випадку;

4.3.2. тимчасово окуповані, анексовані чи спірні території, території невизнаних Україною в установленому порядку держав;

4.3.3. Російська Федерація, Республіка Білорусь;

4.3.4. Непал.

4.4. Договір не діє на території України та Країни постійного проживання Застрахованої особи (крім Країни тимчасового захисту).

5. Страхові ризики. Страхові випадки. Програми

5.1. У частині страхування **Медичних витрат Страховими ризиками є:**

5.1.1. раптове захворювання Застрахованої особи (гостре захворювання, загострення чи ускладнення хронічного захворювання), що загрожує життю та здоров'ю Застрахованої особи та вимагає надання їй Невідкладної медичної, медично-транспортної допомоги;

5.1.2. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку;

5.1.3. гострий зубний біль, що виник внаслідок гострого захворювання зуба чи прилеглих тканин, або щелепної травми внаслідок Нещасного випадку;

5.1.4. ускладнення вагітності Застрахованої особи;

5.1.5. смерть (загибель) Застрахованої особи внаслідок випадків, зазначених у п. 5.1.1, 5.1.2, 5.1.4 Умов.

5.2. У частині страхування **Медичних витрат Страховим випадком є** настання події, передбаченої п. 5.1 Умов, якщо вона відбулась протягом Строку страхового покриття та на Території дії Договору, з урахуванням п. 5.5 Умов та розділу 6 Умов, та в результаті якої виникає необхідність:

- відшкодування понесених Медичних витрат;
- організації надання і оплати медичної допомоги, медичної або посмертної репатріації Застрахованої особи в Україну, Країну постійного проживання;
- поховання за кордоном у обсязі та у порядку, передбачених Договором, при настанні подій, що зазначені у п. 5.1.1, 5.1.2, 5.1.4 Умов.

5.3. У частині **страхування Витрат інших, ніж медичні, Страховими ризиками є:**

5.3.1. затримка доставки або втрата багажу авіаперевізником;

5.3.2. затримка або відміна авіарейсу;

5.3.3. втрата, загублення або крадіжка особистих документів Застрахованої особи – паспорту або проїзного документу, посвідчення водія, свідоцтва, що посвідчує реєстрацію транспортного засобу, який належить Застрахованій особі на законних підставах;

5.3.4. дострокове повернення Застрахованої особи з-за кордону у разі смерті Близького родича Застрахованої особи та повернення в країну її тимчасового перебування;

5.3.5. понесення витрат Застрахованою особою на послуги адвоката або внесення застави у зв'язку з претензією під час подорожі в Країні тимчасового перебування;

5.3.6. Нещасний випадок під час подорожі, який призвів до стійкої втрати працездатності

Застрахованою особою (встановлення інвалідності I-ої, II-ої групи, статусу “дитина з інвалідністю”) або до смерті Застрахованої особи. Подія за цим ризиком вважається Страховим випадком, якщо її наслідки наступили упродовж 12 (дванадцяти) місяців з дати настання Нещасного випадку.

5.4. У частині страхування **Витрат інших, ніж медичні, Страховим випадком** є факт або можливість понесення Застрахованою особою збитків у результаті події, зазначеної у п. 5.3 Умов, якщо вона відбулась протягом Строку страхового покриття та на Території дії Договору, з урахуванням п. 5.5 Умов та розділу 6 Умов.

5.5. Події, вказані у пп. 5.1.1-5.1.5 та п. 5.3.6 Умов, визнаються Страховим випадком, якщо ці події відбулись під час виконання поміркованих фізичних навантажень або у побуті, під час відпочинку та заняття Застрахованою особою Звичайним туризмом або Активним спортивним туризмом / Екстремальним спортивним туризмом тільки за умови, що за такий тип туризму сплачено додаткову страхову премію та в Договорі зазначено відповідний тип туризму: Активний спортивний туризм або Екстремальний спортивний туризм.

5.6. Ризики, передбачені пп. 5.3.2-5.3.5 Умов, є застрахованими, якщо відшкодування відповідних витрат зазначено в Програмі, за якою укладається конкретний Договір (Додаток №1 до Договору).

5.7. Цим страховим продуктом передбачено наступні Програми: **Standard** та **Elite**.

5.8. Програма обирається Страхувальником при укладанні Договору та зазначається в п. 6.1 Договору. Обрана Програма є однаковою для всіх осіб, застрахованих за Договором.

5.9. За Програмою **Standard**:

5.9.1. в частині страхування Медичних витрат при настанні Страхового випадку, Страховик в межах Страхової суми та Лімітів відповідальності, передбачених Договором, організовує та/або відшкодовує витрати на медико-санітарну та іншу допомогу, медичні та/або інші послуги, отримані Застрахованою особою у зв'язку з настанням подій, передбачених Договором, а саме:

5.9.1.1. невідкладну (швидку) медичну допомогу на догоспітальному етапі, надану бригадою швидкої допомоги та/або у відділенні невідкладної допомоги медичного закладу (огляд і консультацію медичного персоналу, невідкладні лабораторні, інструментальні дослідження, вартість перебування у відділенні медичного закладу, придбання медикаментів), в тому числі у випадку захворювання Застрахованої особи на COVID-19;

5.9.1.2. невідкладне амбулаторне лікування на догоспітальному етапі та/або в умовах амбулаторії, у відділенні денного стаціонару медичного закладу (візит лікаря, огляд і консультація, невідкладні діагностичні (лабораторні, інструментальні) дослідження, амбулаторне хірургічне, терапевтичне лікування, придбання медикаментів) з урахуванням Франшизи, що встановлена Договором, по кожному Страховому випадку; Тривалість курсу невідкладного амбулаторного лікування визначається лікарем. При цьому, Страховиком відшкодовується вартість медикаментів, але не більше, ніж на 15 днів. У разі, якщо первинний курс медикаментозної терапії не призвів до покращення стану здоров'я Застрахованої особи та була необхідна повторна консультація для корекції медикаментозної терапії, цей строк подовжується на 15 днів від дати останньої консультації лікаря. У випадку захворювання Застрахованої особи на COVID-19 невідкладна амбулаторна допомога надається в межах Ліміту відповідальності **1 000 (тисячу) EUR**;

5.9.1.3. невідкладну госпіталізацію – невідкладні діагностичні (лабораторні, інструментальні) дослідження, хірургічне, терапевтичне лікування в стаціонарі, послуги медичного персоналу, готельні послуги (вартість перебування у палаті стандартного типу, палаті інтенсивної терапії, реанімаційній палаті), призначений лікарем медичний догляд, придбання медикаментів), в тому числі у випадку захворювання Застрахованої особи на COVID-19; при цьому Страховик залишає за собою право оплачувати стаціонарне лікування Застрахованої особи за кордоном в межах Страхової суми до тих пір, доки стан Застрахованої особи не дозволить перевезти її в Україну, Країну постійного проживання або Країну тимчасового захисту;

5.9.1.4. невідкладну стоматологічну допомогу при гострому зубному болю в межах Ліміту відповідальності **100 (сто) EUR**;

5.9.1.5. невідкладну гінекологічну і акушерську допомогу у строк вагітності, що не перевищує 28-ми тижнів включно;

5.9.1.6. доставку лікарських засобів, призначених лікарем, для надання невідкладної

допомоги до місяця фактичного знаходження Застрахованої особи, якщо Застрахована особа (її представник) не має можливості самостійно забрати лікарські засоби, та якщо така послуга існує в регіоні фактичного знаходження Застрахованої особи;

5.9.1.7. тимчасове забезпечення Застрахованої особи милицями, інвалідними візками, іншими предметами медичного обладнання, апаратами і допоміжними засобами для медичного перевезення за призначенням лікаря;

5.9.1.8. медичну евакуацію Застрахованої особи за кордоном з місця виникнення надзвичайних обставин спеціалізованим медичним транспортом у найближчий медичний заклад або до лікаря, який може надати адекватну медичну допомогу в країні тимчасового перебування Застрахованої особи;

5.9.1.9. медичну репатріацію Застрахованої особи в Україну, Країну постійного проживання або Країну тимчасового захисту (витрати на послуги перевезення Застрахованої особи авіаційним, залізничним чи автомобільним транспортом із забезпеченням спеціальних умов транспортування або спеціалізованим авіатранспортом у медичний заклад в Україні, Країні постійного проживання або Країні тимчасового захисту, в якому можливе надання адекватної медичної допомоги (при невідкладних станах), або до митного пункту в Україні, Країні постійного проживання або Країні тимчасового захисту, найближчого до місця її постійного проживання, або медичного закладу, в якому можливе подальше лікування Застрахованої особи; витрати на медичний супровід (якщо медичний супровід рекомендований лікарем), на прокат пристосувань для пересування, на перевезення переносного медичного обладнання, адміністративні витрати). Медична репатріація Застрахованої особи в Україну, Країну постійного проживання або Країну тимчасового захисту може бути здійснена за рішенням уповноваженого Представника Страховика за кордоном або Страховика також у випадках, якщо витрати на стаціонарне лікування Застрахованої особи за кордоном значно перевищують витрати на її медичну репатріацію в Україну, Країну постійного проживання або Країну тимчасового захисту і якщо немає медичних протипоказань для здійснення медичної репатріації;

5.9.1.10. посмертну репатріацію до митного пункту, найближчого до місця проживання в Україні, Країні постійного проживання або Країні тимчасового захисту, останків Застрахованої особи, померлої під час закордонної подорожі (витрати на оплату послуг похоронного бюро (агентства), юридичного оформлення, труни для міжнародного перевезення (кремації тіла і урни для міжнародного перевезення, послуг перевезення, адміністративні витрати).

5.9.1.10.1. рішення про організацію та оплату репатріації Застрахованої особи в Україну, Країну постійного проживання або Країну тимчасового захисту та способи її здійснення приймає уповноважений Представник Страховика або Страховик. При цьому Страховик відшкодовує вартість репатріації лише у випадку смерті Застрахованої особи, яка сталася в результаті випадків, передбачених п. 5.1.5 Умов.

5.9.1.11. поховання останків Застрахованої особи, померлої (загиблої) під час закордонної подорожі, в Країні її тимчасового перебування; при цьому витрати на поховання за кордоном не повинні перевищувати вартості посмертної репатріації останків Застрахованої особи в Україну;

5.9.1.12. поховання останків Застрахованої особи, померлої (загиблої) під час закордонної подорожі, в Країні її тимчасового перебування здійснюється тільки за умови організації такого поховання уповноваженим Представником Страховика або Страховиком та за згодою найближчих родичів померлої (загиблої) Застрахованої особи або при їх відсутності. При цьому Страховик відшкодовує вартість поховання лише у випадку смерті Застрахованої особи, яка сталася в результаті випадків відповідно до п. 5.1.5 Умов;

5.9.1.13. у разі необхідності при невідкладній (екстреній) госпіталізації Застрахованої особи за кордоном Страховик сплачує додатково витрати на оплату стаціонарного лікування Застрахованої особи при її невідкладній (екстреній) госпіталізації за кордоном упродовж терміну, що перевищує Строк (кількість днів) дії Договору, якщо Застраховану особу визнано нетранспортабельною та її повернення в Україну, Країну постійного проживання або Країну тимчасового захисту за медичним висновком повинно бути організовано у більш пізній термін (в межах Страхової суми для медичних витрат, зазначеної в Договорі).

5.9.2. в частині страхування Витрат інших, ніж медичні при настанні Страхового випадку, Страховик в межах Страхової суми та Лімітів відповідальності, передбачених Договором, виплачує відшкодування у зв'язку з:

5.9.2.1. затримкою доставки або втратою багажу авіаперевізником, зареєстрованого відповідно до митних правил, упродовж 4 (чотирьох) годин після прибуття Застрахованої особи в аеропорт, крім прибуття в Країну постійного проживання з розрахунку 10,00 (десять) EUR за кожну годину затримки багажу, але **не більше 100 (ста) EUR** протягом дії Договору; у випадку втрати багажу (не залежно від кількості одиниць багажу та незалежно від того, чи є країна прибуття Країною постійного проживання) з вини авіаперевізника виплачується **100 (сто) EUR** одноразово протягом дії Договору за умови надання документу авіаперевізника про втрату багажу та/або припинення його пошуку;

5.9.2.2. Нещасним випадком під час подорожі, який призвів до смерті Застрахованої особи або стійкої втрати нею працездатності (встановлення інвалідності I-ої, II-ої групи, статусу "дитина з інвалідністю") як фінансову компенсацію в межах **5% Страхової суми** за Медичними витратам;

5.9.2.3. затримкою або відміною авіарейсу у випадку відкладення відправлення літака на 4 (чотири) або більше години через страйк, з технічних причин, через несприятливі погодно-кліматичні умови або поломку літака, а також якщо рейс було відмінено і Застрахованій особі не було запропоновано упродовж цього часу альтернативний транспортний засіб з розрахунку 10 (десять) EUR за кожну годину затримки авіарейсу, але не більше **100 (ста) EUR** протягом дії Договору (якщо в Додатку №1 до Договору зазначено покриття цього ризику та сплачено відповідну додаткову премію);

5.9.3.4. втратою, загубленням або крадіжкою особистих документів Застрахованої особи – паспорту або проїзного документу, посвідчення водія, свідоцтва, що посвідчує реєстрацію транспортного засобу, який належить Застрахованій особі на законних підставах - в розмірі витрат на отримання довідки (дозволу) консульства на виїзд з країни тимчасового перебування та відновлення таких документів (включаючи супутні витрати): закордонного паспорту, проїзного документу, посвідчення водія, свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу, що належить Застрахованій особі на законних підставах - в межах **300 (трьохсот) EUR** протягом дії Договору (якщо в Додатку №1 до Договору зазначено покриття цього ризику та сплачено відповідну додаткову премію);

5.9.3.5. компенсацією витрат на зв'язок з уповноваженим Представником Страховика (безпосередньо зі Страховиком) - **в межах 50 (п'ятдесят) EUR** протягом дії Договору.

5.10. За Програмою страхування Elite:

5.10.1. в частині страхування Медичних витрат при настанні Страхового випадку Страховик відшкодовує витрати, передбачені **Програмою Standard, а також:**

5.10.1.1. у разі необхідності, при невідкладній (екстреній) госпіталізації, медичній або посмертній репатріації Застрахованої особи в Україну, Країну постійного проживання або Країну тимчасового захисту - витрати на супровід та/або повернення в Україну її неповнолітніх дітей, які залишилися за кордоном без нагляду, якщо Застрахована особа була їх єдиним супроводжувачем;

5.10.1.2. витрати на невідкладну стоматологічну допомогу при гострому зубному болю в межах Ліміту відповідальності **250 (двісті п'ятдесят) EUR;**

5.10.1.3. у разі необхідності при невідкладній (екстреній) госпіталізації Застрахованої особи за кордоном - витрати на візит одного з Близьких родичів Застрахованої особи з України, якщо госпіталізація Застрахованої особи за кордоном триває не менше 10 (десяти) діб і медичний стан Застрахованої особи за медичним висновком визнано критичним та жоден із повнолітніх (дієздатних) членів родини Застрахованої особи не супроводжує її під час поїздки). Відшкодовується вартість проїзду однієї особи до місця госпіталізації Застрахованої особи за кордоном і в зворотному напрямку економічним класом доступними видами транспорту. При цьому вид транспорту визначає Страховик;

5.10.2. в частині Витрат інших, ніж медичні при настанні Страхового випадку, Страховик здійснює виплату у зв'язку з:

5.10.2.1. затримкою доставки або втратою авіаперевізником багажу, зареєстрованого відповідно до митних правил, упродовж 4 (чотирьох) годин після прибуття Застрахованої особи в аеропорт, крім прибуття в Країну постійного проживання з розрахунку

10 (десять) EUR за кожну годину затримки багажу, але не більше **100 (ста) EUR** протягом дії Договору; у випадку втрати багажу (не залежно від кількості одиниць багажу та незалежно від того, чи є країна прибуття Країною постійного проживання) з вини авіаперевізника виплачується **100 (сто) EUR** одноразово протягом дії Договору за умови надання документу авіаперевізника про втрату багажу та/або припинення його пошуку;

5.10.2.2. Нещасним випадком під час подорожі, який призвів до смерті Застрахованої особи або стійкої втрати нею працездатності (встановлення інвалідності I-ої, II-ої групи, статусу “дитина з інвалідністю”) як фінансову компенсацію в межах **5% Страхової суми** за Медичними витратами;

5.10.2.3. затримкою або відміною авіарейсу у випадку відкладення відправлення літака на 4 (чотири) або більше години через страйк, з технічних причин, через несприятливі погодно-кліматичні умови або поломку літака, а також якщо рейс було відмінено і Застрахованій особі не було запропоновано упродовж цього часу альтернативний транспортний засіб з розрахунку **10 (десять) EUR** за кожну годину затримки авіарейсу, але не більше **100 (ста) EUR** протягом дії Договору;

5.10.2.4. втратою, загубленням або крадіжкою особистих документів Застрахованої особи – паспорту або проїзного документу, посвідчення водія, свідоцтва, що посвідчує реєстрацію транспортного засобу, який належить Застрахованій особі на законних підставах – в розмірі витрат на отримання довідки (дозволу) консульства на виїзд з країни тимчасового перебування та відновлення таких документів (включаючи супутні витрати): закордонного паспорту, проїзного документу, посвідчення водія, свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу, що належить Застрахованій особі на законних підставах - в межах **300 (трьохсот) EUR** протягом дії Договору;

5.10.2.5. достроковим поверненням Застрахованої особи з-за кордону у разі смерті Близького родича Застрахованої особи та повернення в країну її тимчасового перебування. Витрати на придбання проїзних документів відшкодовуються тільки за умови, що початковий проїзний документ не підлягає заміні. У разі переоформлення проїзних документів Страховик відшкодовує документально підтверджені витрати, що пов'язані з таким переоформленням в межах **1 500 (однієї тисячі п'ятисот) EUR**;

5.10.2.6. витратами на юридичну допомогу, які понесені ЗО внаслідок обґрунтованої належними та допустимими доказами претензії від третіх осіб про відшкодування збитків, завданих внаслідок ненавмисних та необережних дій ЗО під час подорожі. Витрати на послуги адвоката, призначеного уповноваженим Представником Страховика за кордоном, відшкодовуються в межах **1 000 (однієї тисячі) EUR**; при необхідності уповноважений Представник Страховика за кордоном надасть уповноваженим органам, які цього вимагають, в якості застави терміном на 3 (три) місяці з дня надання суму в розмірі **3 000 (трьох тисяч) EUR**. Якщо сума застави була повернена Застрахованій особі (або її представнику) уповноваженими органами до закінчення тримісячного терміну, то вона має бути повернена Страховику або уповноваженому Представнику Страховика за кордоном. Якщо Застрахована особа ігнорує виклик до суду і заставу конфісковано, Застрахована особа зобов'язана протягом 5 (п'яти) календарних днів повернути суму застави Страховику. Якщо Застрахована особа не виконує вимогу Страховика упродовж встановленого періоду часу, Страховик залишає за собою право стягнення суми застави у судовому порядку;

5.10.2.7. компенсацією витрат на зв'язок з уповноваженим Представником Страховика (безпосередньо зі Страховиком) - в межах **50 (п'ятдесят) EUR** протягом дії Договору.

5.11. При врегулюванні збитків еквівалент суми Страхової виплати, що зазначена в EUR, перераховується по курсу НБУ на дату Страхового випадку.

6. Винятки із Страхових випадків та обмеження страхування

6.1. Не є Страховими випадками події, зазначені у п. 5.1, 5.3 Умов, що стались внаслідок:

6.1.1. ядерного вибуху, впливу радіації будь-якого походження;

6.1.2. раптового погіршення екологічної ситуації через радіаційне, хімічне та бактеріологічне забруднення навколишнього середовища;

6.1.3. участі Застрахованої особи у війні (оголошеній або неоголошеній), військових діях, повстаннях, заколотах, бунтах, революціях, страйках, порушеннях громадського порядку, у будь-якому терористичному акті, військовому перевороті або у спробі узурпації влади, при вчиненні заколоту;

6.1.4. служби Застрахованої особи у будь-яких військових силах чи формуваннях, в правоохоронних структурах, пожежній охороні, в охороні комерційних структур;

6.1.5. недотримання Застрахованою особою вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень;

6.1.6. умисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень;

6.1.7. самогубства (замаху на самогубство) Застрахованою особою, за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб;

6.1.8. вживання наркотичних, токсичних речовин, медичних препаратів без призначення лікарем, алкоголю і його сурогатів, перебування у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;

6.1.9. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом (автомобілем, мотоциклом, моторним човном тощо) без права на керування таким транспортним засобом, зокрема, відповідної категорії та/або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також добровільної передачі Застрахованою особою права на керування транспортним засобом особі, яка знаходиться у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння або не має права на керування таким транспортним засобом, зокрема, відповідної категорії;

6.1.10. скоєння Застрахованою особою протиправних дій або злочину;

6.1.11. виконання стрибків з висоти понад 15 метрів (надалі «стрибки з висоти») або заняття дайвінгом без проходження обов'язкового інструктажу та нагляду інструктора, що має відповідну ліцензію (для занять дайвінгом PADI Advanced Open Water Diver, Master Scuba Diver або FAI category «D» для стрибків з висоти);

6.1.12. подій, що стались поза територією та/або поза Строком дії Договору;

6.1.13. особливо небезпечних інфекцій згідно нормативно-правових актів відповідних державних органів країни тимчасового перебування та/або з епідеміями (за виключенням грипу) / пандеміями, оголошеними відповідними державними органами країни тимчасового перебування або ВОЗ та/або з інфекційними захворюваннями, для усунення масового поширення яких оголошено надзвичайний стан або карантин на державному та/або місцевому рівні в Країні тимчасового перебування (виключення - покриття COVID-19 в обсязі, що передбачений Програмою);

6.1.14. подій, що стались після дати початку дії Договору в період дії Часової франшизи. Дія цього пункту не застосовується у випадку необхідності надання швидкої невідкладної допомоги, стаціонарної невідкладної допомоги, акушерської невідкладної допомоги (до 28 тижнів вагітності), медичної евакуації / репатріації.

6.1.15. Дія п. 6.1.14 Умов не розповсюджується на осіб, що виконують всі наступні умови:

6.1.15.1. були раніше застраховані в ПрАТ «СК «УНІКА» за договором страхування подорожуючих за кордон;

6.1.15.2. не мали перерви між дією договорів страхування подорожуючих за кордон, укладених зі Страховиком (дата початку дії Договору стосовно відповідної Застрахованої особи = дата закінчення дії попереднього договору страхування подорожуючих за кордон + 1 день).

6.2. Якщо симптоми захворювання Застрахованої особи виникнуть в період дії Часової франшизи та Застрахована особа повідомить про це Страховика або уповноваженого Представника Страховика, подальші звернення Застрахованої особи з цими симптомами поза періодом дії Часової франшизи підлягають Страховому покриттю лише у разі документального підтвердження звернення Застрахованої особи за медичною допомогою у період дії Часової франшизи.

6.3. У частині страхування Медичних витрат додатково до п. 6.1 Умов Страховик не відшкодовує:

6.3.1. витрати на будь-яку медичну, медично-транспортну допомогу, не передбачену Договором;

6.3.2. витрати на будь-яку медичну допомогу, що не є необхідною в цей момент з медичної точки зору, або на лікування, не призначене лікарем;

6.3.3. витрати у зв'язку із заняттями будь-якими видами активного відпочинку та/або спорту (на аматорському або професійному рівні), активного відпочинку, якщо не сплачено додаткову страхову премію та в Договорі для Застрахованої особи не встановлено тип туризму Активний спортивний туризм або Екстремальний спортивний туризм;

6.3.4. витрати у зв'язку із заняттями будь-якими видами польотів, включаючи авіаспорт

(за винятком подорожі Застрахованої особи в якості пасажира, який сплатив проїзд регулярним авіа - або чартерним рейсом по встановленому маршруту, а також професійних пілотів і членів екіпажів літального апарату), якщо за такий вид занять спортом не сплачено додаткову страхову премію та в Договорі не зазначено тип туризму – Екстремальний спортивний туризм;

6.3.5. витрати на будь-які медичні перевезення, стаціонарне лікування, невідкладну (швидко) медичну допомогу, не організовану і/або не узгоджену з уповноваженим Представником Страховика або Страховиком;

6.3.6. витрати на будь-які медичні перевезення у випадку незначних захворювань або травм, які, на думку лікаря уповноваженого Представником Страховика або Страховиком, підлягають лікуванню на місці їх виникнення та не перешкоджають продовженню Застрахованою особою подорожі або її самостійному пересуванню;

6.3.7. витрати на медичні перевезення у випадку, коли, на думку лікаря уповноваженого Представником Страховика або Страховиком, Застрахована особа фізично спроможна повернутися до місця її постійного проживання у якості звичайного пасажира регулярного рейсу авіаційного, залізничного, автомобільного, водного транспорту;

6.3.8. витрати на медично-транспортну допомогу Застрахованій особі в Україні (країні її постійного проживання чи громадянства), крім випадків, коли медична репатріація Застрахованої особи в Україну (країну її постійного проживання або громадянства) з-за кордону здійснюється до медичного закладу в Україні (Країні її постійного проживання або громадянства) з метою подальшого надання такій особі невідкладної (екстреної) стаціонарної допомоги;

6.3.9. витрати на медичні послуги, що перевищують необхідні, у разі, якщо стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що Застрахована особа самостійно або при супроводженні іншої особи може повернутися до країни або місця постійного проживання;

6.3.10. витрати на хірургічне втручання на серці та судинах (аорто-коронарне шунтування, ангіографію, ангіопластику тощо);

6.3.11. витрати на медичну, медично-транспортну допомогу, що перевищують помірні, обґрунтовані розміри їх вартості для цієї країни і не є звичайними, виправданими та доцільними;

6.3.12. витрати на будь-яке транспортування за відсутності медичних показань, що вимагають такого транспортування;

6.3.13. витрати у розмірі безумовної Франшизи, якщо безумовна Франшиза встановлена в Договорі;

6.3.14. будь-які медичні витрати, здійснені Застрахованою особою, Страхувальником без відома та без узгодження з уповноваженим Представником Страховика або Страховиком;

6.3.15. витрати на будь-який медичний догляд і лікування, що не пов'язані з необхідністю надання Застрахованій особі Невідкладної медичної допомоги під час подорожі. Невідкладна медична допомога надається до нормалізації стану Застрахованої особи, а саме до усунення гострого болю, загрози життю та здоров'ю Застрахованої особи;

6.3.16. витрати на будь-які медичні послуги, що надаються юридичною чи фізичною особою, яка не має відповідної ліцензії, або особою, що не має права займатися медичною практикою;

6.3.17. витрати на будь-яке лікування, яке вважається експериментальним або має дослідницький характер;

6.3.18. витрати на будь-які медичні послуги, пов'язані з діагностикою та лікуванням хронічних або вроджених захворювань (цукровий діабет, хронічна ниркова недостатність, цироз печінки, туберкульоз, онкологічні, аутоімунні, вікові дегенеративні захворювання, хвороби серця та судин, хвороби кровотворної системи тощо) і вад, їх ускладнень або наслідків, крім швидкої невідкладної допомоги та стаціонарної невідкладної допомоги у відділенні інтенсивної терапії, випадків, коли існує безпосередня загроза життю Застрахованої особи або виникає необхідність у цілеспрямованих заходах по усуненню гострого болю;

6.3.19. витрати на будь-яку медичну допомогу, не пов'язану з раптовим захворюванням, ускладненням вагітності до 28 тижня, травмою чи гострим бодем;

6.3.20. витрати на медичне обстеження з профілактичною метою; витрати на медичне обстеження (лабораторне, інструментальне) і/або медичний огляд лікарем, після якого не було призначене лікування;

6.3.21. витрати на лікування будь-яких побічних, супутніх захворювань і/або симптомів, крім випадків, коли прояви чи ускладнення супутніх захворювань і/або симптомів становлять загрозу здоров'ю або життю Застрахованої особи;

- 6.3.22.** витрати на будь-яку медичну та/або медично-транспортну допомогу у разі відмови Застрахованої особи від медичної евакуації / медичної репатріації, запропонованої Страховиком або Уповноваженим Представником Страховика, за умови відсутності для цього медичних протипоказань;
- 6.3.23.** витрати на усунення наслідків самолікування;
- 6.3.24.** витрати на пластичну хірургію, протезування, ремонт, підбір і придбання окулярів, слухових апаратів, коригуючих або медичних пристроїв, приладів, БАДів, дієтичних добавок, засобів особистої гігієни, та будь-яких інших немедикаментозних засобів лікування (у тому числі компресійний трикотаж), крім засобів для лікування травм та наслідків оперативних втручань (фіксуючі та дезінфікуючі засоби, перев'язувальні матеріали);
- 6.3.25.** витрати на стоматологічне лікування, крім випадків надання невідкладної стоматологічної допомоги при гострому зубному болю або Нещасному випадку в межах Ліміту відповідальності згідно з обраною Програмою;
- 6.3.26.** витрати на реабілітаційне, фізіотерапевтичне лікування, лікування методами "нетрадиційної" медицини (мануальна терапія, голкорексфлексотерапія, гомеопатія, антигомтоксична терапія, фітотерапія тощо), геліотерапію, водолікування;
- 6.3.27.** витрати на лікування та діагностику хвороб, що передаються статевим чи переважно статевим шляхом (венеричних хвороб) незалежно від шляху їх передачі та часу існування, а також наслідків таких хвороб;
- 6.3.28.** витрати на лікування, діагностику та інші послуги з приводу захворювань, станів, їх наслідків, прямо чи опосередковано пов'язаних з синдромом придбаного імунodefіциту – СНІДом (A.I.D.S.), та захворювань, що можуть розглядатися як варіації СНІДу;
- 6.3.29.** витрати на лікування психічних, психоневрологічних захворювань та їх загострень;
- 6.3.30.** витрати на послуги додаткового комфорту в медичних закладах (радіо, телебачення, телефон, кондиціонер, послуги перукаря, косметолога тощо);
- 6.3.31.** витрати на лікування, яке не відповідає діагнозу;
- 6.3.32.** витрати на дезінфекції;
- 6.3.33.** витрати на проведення медичної експертизи;
- 6.3.34.** витрати на догляд за хворим з боку родичів незалежно від їх професійної кваліфікації; витрати по відшкодуванню будь-яких нематеріальних збитків;
- 6.3.35.** витрати на лікування, що встановлено метою здійснення подорожі;
- 6.3.36.** витрати на медично-транспортну допомогу, медичну репатріацію, посмертну репатріацію, необхідність яких виникла внаслідок хвороби (хвороб), з метою лікування якої здійснюється подорож;
- 6.3.37.** витрати на оплату проживання і інші витрати Близького родича у випадку, зазначеному у п. 5.10.1.3 Умов;
- 6.3.38.** витрати, пов'язані з медичною допомогою та ліквідацією наслідків впливів атмосферного та водного тиску згідно з МКХ 10, включаючи кесонну хворобу (крім випадків занять дайвінгом та сплати додаткового Страхового платежу за опцію Активний спортивний туризм, Екстремальний спортивний туризм,);
- 6.3.39.** витрати, пов'язані з медичною, медично-транспортною допомогою та ліквідацією наслідків впливу висотної хвороби;
- 6.3.40.** витрати на послуги таксі, окрім витрат на таксі, коли уповноважений Представник Страховика не в змозі організувати медичне транспортування Застрахованої особи до найближчого медичного закладу для надання невідкладної або невідкладної стаціонарної допомоги, коли Застрахована особа в зв'язку з важким станом / травматичними ушкодженнями не може самостійно пересуватись і транспортування на таксі попередньо погоджено з уповноваженим Представником Страховика або Страховиком;
- 6.3.41.** витрати на будь-яку медичну та/або медично-транспортну допомогу, отриману Застрахованою особою після закінчення Строку дії Договору (у тому числі та, яку було призначено лікарем у Строк дії Договору) за виключенням дотримання умов, зазначених у п. 6.1.15 Умов, та за наявності чинного Договору;
- 6.3.42.** витрати на проживання та харчування, товари першої необхідності, витрати на повернення Застрахованої особи з Країни тимчасового перебування до місця постійного перебування (проживання) у результаті перебування Застрахованої особи на обсервації та/або самоізоляції, як до так і після початку подорожі у зв'язку з COVID-19;
- 6.3.43.** витрати на організацію та оплату вартості скрінінгової ПЛР-діагностики / експрес-тестування на COVID-19 у випадках інших, ніж за призначенням лікаря (на вимогу

Застрахованій особи / працівників міжнародних аеропортів / будь-яких уповноважених іноземних служб тощо);

6.3.44. витрати на будь-які медичні послуги, пов'язані з діагностикою та лікуванням у зв'язку із захворюваннями / травмами / станами / синдромами та їх ускладненнями, за якими Застрахованій особі встановлено інвалідність будь-якої групи, крім швидкої невідкладної допомоги та стаціонарної невідкладної допомоги у відділенні інтенсивної терапії випадків, коли існує безпосередня загроза життю Застрахованій особи, або виникає необхідність у цілеспрямованих заходах по усуненню гострого болю.

6.4. Не підлягають Страховому відшкодуванню також медичні витрати Застрахованій особи у випадках, якщо:

6.4.1. подорож була здійснена Застрахованою особою всупереч медичним протипоказанням для її здійснення;

6.4.2. медичні послуги одержала інша особа, не застрахована згідно з Договором;

6.4.3. Застрахована особа відмовилась від призначеного обстеження, лікування, медичного перевезення.

6.5. В частині страхування Медичних витрат Страховиком застосовуються наступні обмеження:

6.5.1. у разі, якщо курс лікування патології за конкретним Страховим випадком не дає позитивного результату протягом 30 (тридцяти) календарних днів після первинного звернення Застрахованій особи за медичною допомогою, або у разі третього звернення Застрахованій особи до Страховика або уповноваженого Представника Страховика за медичною допомогою з приводу однієї патології протягом одного календарного року. Страховик або уповноважений Представник Страховика мають право запропонувати Застрахованій особі медичну репатріацію / повернення в Україну (Країну постійного проживання, Країну тимчасового захисту) коштом Страховика. При цьому, Застрахованій особі буде організовано первинну медичну консультацію для надання невідкладної допомоги і визначення відсутності протипоказань для медичної репатріації. Медична репатріація здійснюється за рахунок Страховика. Якщо Застрахована особа відмовляється від пропозиції Страховика, то подальше покриття цього Страхового випадку припиняється з моменту отримання такої відмови, а можливі подальші звернення Застрахованій особи з приводу цього захворювання не підлягають Страховому покриттю;

6.5.2. якщо Застрахована особа відмовилась від запропонованої уповноваженим Представником Страховика дати та/або часу медичної консультації та/або діагностичних досліджень без поважних на те причин, Страховик має право відмовити у Страховому покритті (або подальшому Страховому покритті) за цим конкретним Страховим випадком. Застрахована особа за погодженням із уповноваженим Представником Страховика має право звернутись за медичною допомогою самостійно до будь-якого медичного закладу та оплатити медичні послуги самостійно, якщо дата / час медичної консультації та/або діагностичних досліджень передують даті та часу, запропонованим уповноваженим Представником Страховика, з подальшим зверненням до Страховика щодо компенсації таких витрат.

6.6. Медична допомога надається виключно за правилами та стандартами країни перебування Застрахованій особи. Страховик та уповноважений Представник Страховика не відповідають за порядок та якість наданих Застрахованій особі медичних послуг та їх наслідків.

6.7. В частині страхування Витрат інших, ніж медичні Страховик не відшкодовує:

6.7.1. витрати Застрахованій особи на відновлення, заміну особистої, адміністративної, ділової документації (в тому числі комерційних, наукових матеріалів), платіжних карток, дорожніх чеків, авіа-, залізничних квитків, цінних паперів, талонів на оплату палива, готівки тощо;

6.7.2. витрати у зв'язку з затримкою або втратою багажу, якщо:

6.7.2.1. затримка багажу відбулась під час перевезення авіарейсом, кінцевим пунктом якого є Країна постійного проживання або Країна тимчасового захисту Застрахованій особи;

6.7.2.2. Застрахована особа не повідомила Уповноваженому представникові авіаліній про затримку доставки багажу або втрату багажу;

6.7.2.3. затримка багажу була викликана митним доглядом;

6.7.3. витрати на заміну документів, якщо така заміна зумовлена пошкодженням, втратою ними вигляду, придатного для використання тощо.

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

6.9. Страховим випадком не визнається смерть Застрахованої особи внаслідок захворювань / травм / станів / синдромів та їх ускладнень, за якими було встановлено інвалідність будь-якої групи.

6.10. Не приймаються на страхування особи, яким на дату укладення Договору виповнилось 70 повних років.

7. Порядок дій у разі настання події, що має ознаки Страхового випадку

7.1. У разі настання події, що має ознаки Страхового випадку, в тому числі при виникненні у Застрахованої особи потреби в отриманні медичної чи будь-якої іншої допомоги, передбаченої Програмою, Застрахована особа особисто або через інших осіб зобов'язана до отримання такої допомоги повідомити Страховика або уповноваженого Представника Страховика про настання Страхового випадку за телефонами або за допомогою інших каналів цифрового зв'язку, які вказані в п. 14 Договору, та виконувати всі рекомендації Страховика або уповноваженого Представника Страховика щодо отримання та/або оплати медичної, медично-транспортної допомоги.

7.2. В разі отримання Невідкладної медичної допомоги при станах, що загрожують життю Застрахованої особи, або при станах непритомності Застрахованої особи, повідомлення можливо здійснити як тільки це стане можливо, але не пізніше 3 (трьох) днів.

8. Документи, необхідні для виплати Страхового відшкодування

8.1. Якщо Застрахована особа (її представник / інша уповноважена особа) за узгодженням з уповноваженим Представником Страховика (Страховиком) самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою, та/або Застрахована особа звертається щодо відшкодування Витрат інших, ніж медичні, то вона (або її представник / інша уповноважена особа, для неповнолітніх осіб – батьки Застрахованої особи) для отримання Страхової виплати повинна надати Страховику відповідні документи, зазначені в п. 8.2 - 8.6 Умов.

8.2. Загальний перелік документів для випадків, зазначених в п. 5.1, 5.3 Умов:

- копію національного паспорту Застрахованої особи (копія 1-ої, 2-ої, а також 3-6 сторінки - при внесених змінах (вклеєне фото по досягненню віку)) або ID-картки (з обох сторін);
- копію закордонного паспорту за наявності (копія 1-ї сторінки, візи (якщо є), сторінок з відмітками про перетин кордону країни перебування) або інший аналогічний документ) Застрахованої особи;
- копію довідки про присвоєння Застрахованій особі податкового ідентифікаційного номера або реєстраційного номера облікової картки платника податків;
- заява про Страхову виплату / відшкодування, її (його) одержувача із зазначенням способу отримання суми Страхової виплати, поштової адреси і банківських реквізитів;
- свідоцтво про народження дитини, якщо Застрахованою особою є дитина до 18-ти років.

8.3. Додатковий перелік документів для випадків, зазначених в п. 5.1 Умов:

- оригінали рахунків на оплату медичних послуг, наданих Застрахованій особі, оригінали платіжних документів (квитанції, чеки тощо) про їх оплату;
- оригінал медичного рапорту (звіту) на фірмовому бланку з оригінальною печаткою медичного закладу або лікаря, які за кордоном надавали допомогу Застрахованій особі, із зазначенням імені та прізвища Застрахованої особи, номеру і дати Договору, дати звернення Застрахованої особи до медичного закладу (лікаря), діагнозу, переліку та вартості наданих медичних послуг; медичні висновки лікарів-спеціалістів, які надавали медичні послуги, результати лабораторних та інструментальних досліджень; медичний рапорт (звіт) або довідка лікаря повинні бути засвідчені підписом Застрахованої особи про отримання зазначених в ній послуг;

- оригінали рецептів на призначені лікарські засоби і засоби медичного призначення, в яких зазначено назву, кількість лікувального засобу і/або засобу медичного призначення, дата виписки рецепту, прізвище Застрахованої особи, печатка, прізвище та ініціали лікаря, який виписав рецепт;
- документ щодо вартості послуг зв'язку при зверненні Застрахованої особи до уповноваженого Представника Страховика (безпосередньо до Страховика) з відмітками про дату дзвінка, номер абонента тривалість та вартість розмови.

8.4. Додатковий перелік документів для випадків, зазначених в п. 5.3.1-5.3.5 Умов:

- оригінали проїзних документів (в тому числі і невикористані на зворотній проїзд Застрахованою особою або третіми особами квитки на зворотній проїзд в Україну);
- документи та відомості, необхідні для визначення характеру Страхового випадку, а саме:
 - а)** у разі понесення витрат Застрахованою особою на послуги адвоката або внесення застави у зв'язку з претензією, отриманою під час подорожі в Країні тимчасового перебування протягом строку Страхового покриття – документи відповідних компетентних органів, позови, претензії третіх осіб, виклик до суду, судові рішення, інші докази Страхового випадку (якщо є);
 - б)** у разі затримки або відміни авіарейсу, затримки доставки або втрати багажу – документи авіаперевізника про затримку (із зазначенням часу затримки) або відміну авіарейсу, про затримку доставки або втрати багажу із зазначенням причин та терміну (часу) затримки доставки багажу, документи про оформлення багажу (чеки, багажні квитанції тощо), митну декларацію з відмітками;
 - в)** у разі втрати або викрадення документів – оригінали відповідних довідок консульських установ, документи компетентних органів Країни тимчасового перебування про обставини і причини Страхового випадку (якщо є), фінансові документи, що підтверджують витрати Застрахованої особи, здійснені внаслідок втрати або викрадення документів.
- інші документи за вимогою Страховика, що підтверджують настання Страхового випадку та наявність збитків внаслідок подій, зазначених у п. 5.3 Умов.

8.5. Додатковий перелік документів для випадків, зазначених в п. 5.3.6 Умов:

- офіційний протокол (оригінал або належним чином завірена копія) про факт настання Нещасного випадку з інформацією про посадових осіб, які засвідчили факт настання Нещасного випадку, і їх адреса та телефони, з детальним описом обставин Нещасного випадку, стану Застрахованої особи щодо її алкогольного, токсичного, наркотичного сп'яніння; довідку з медичного закладу із зазначеним діагнозом та інформацією про вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої Застрахованої особи на момент настання Нещасного випадку або відразу після нього;
- у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку – нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи; документ медичного закладу і/або судово-медичної експертизи, який підтверджує, що смерть Застрахованої особи сталася внаслідок Нещасного випадку; документ, що підтверджує право на спадщину спадкоємця Застрахованої особи, якщо він є одержувачем суми Страхової виплати;
- при встановленні інвалідності Застрахованій особі внаслідок Нещасного випадку – довідка медико-санітарної експертної комісії Міністерства охорони здоров'я України (далі - МСЕК) (оригінал або копію, завірену печаткою МСЕК) про встановлення групи інвалідності; оригінали або завірені печаткою лікувальної установи копії медичної картки амбулаторного хворого і/або виписки з історії хвороби Застрахованої особи, що містять діагноз, відомості про лікувальний процес, прізвище, ініціали, печатку лікаря, який підготував виписку.

8.6. У разі потреби Страховик може вимагати від Страхувальника, Застрахованої особи, особи, яка представляє Застраховану особу, інші документи про обставини і причини Страхового випадку і розмір збитків, а також документи, надання яких передбачено законодавством України про фінансовий моніторинг. У передбачених законом випадках та за запитом Страховика зазначені особи зобов'язані протягом 2 (двох) робочих днів з дня отримання

запиту надати документи, передбачені законодавством України про фінансовий моніторинг. У випадку порушення строку надання зазначених документів строки здійснення Страхової виплати подовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

8.7. Усі документи, що подаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати підписи посадових осіб з відповідними печатками, а також назву, адресу та контактний телефон установи (особи), що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери тощо) надаються в оригіналі. За погодженням із Страховиком, документи можуть подаватись у вигляді електронних копій, якщо для їх надання використовуються цифрові канали комунікації або електронна адреса Страховика.

8.8. У разі ненадання Застрахованою особою офіційного перекладу документів (окрім документів, складених російською, англійською або німецькою мовами), Страховик залишає за собою право виконати офіційний переклад наданих документів за власний кошт з подальшим вирахуванням вартості перекладу з суми Страхової виплати.

8.9. Підтвердженням тимчасового перебування за кордоном є віза або її аналоги та позначки у паспорті для виїзду за кордон або інший документ, виданий компетентними органами Країни тимчасового перебування, що підтверджує факт перетину кордону Застрахованою особою. Документ, що дає право на постійне (у тому числі з визначеним терміном) проживання / перебування за межами України, виданий уповноваженим органом Країни тимчасового перебування, крім документа, що надає право на отримання тимчасового захисту або статусу біженця, не дає право на отримання Страхової виплати.

8.10. Документи, передбачені розділом 8 Умов, подаються Страховику в письмовій формі одним із способів:

- шляхом направлення поштою (рекомендованим листом);
- особисто за адресою місцезнаходження Страховика;
- в електронному вигляді на електронну адресу Страховика office@uniqa.ua.

9. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення Страхових виплат

9.1. У разі настання події, що має ознаки Страхового випадку, Страховик зобов'язаний встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору рішення про визнання або невизнання випадку страховим.

9.2. Страхова виплата здійснюється Страховиком відповідно до умов Договору та законодавства України на підставі заяви особи, яка має право на отримання відшкодування, та рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення Страхової виплати (Страхового акту), яке Страховик приймає після отримання всіх необхідних документів, визначених розділом 8 Умов.

9.3. У разі визнання випадку страховим Страховик здійснює Страхову виплату Застрахованій особі або іншим особам, визначених у п. 9.4.2, 9.5.1 Умов відповідно до умов Договору.

9.4. Умови здійснення Страхової виплати в частині страхуванням Медичних витрат:

9.4.1. При настанні Страхового випадку, зазначеного у п. 5.2 Умов, відшкодування медичних витрат Страховиком або організація надання і оплата медичної, медично-транспортної допомоги Застрахованій особі при настанні Страхового випадку уповноваженим Представником Страховика (безпосередньо Страховиком) здійснюється за умови попереднього узгодження таких витрат (допомоги) із Страховиком або з уповноваженим Представником Страховика, крім випадку, передбаченого п. 7.2 Умов.

9.4.2. Одержувачами суми Страхового відшкодування можуть бути:

а) уповноважений Представник Страховика за кордоном;

б) Застрахована особа, спадкоємець Застрахованої особи у разі смерті Застрахованої особи за кордоном, чи інша особа, яка за погодженням із уповноваженим Представником Страховика (безпосередньо Страховиком) самостійно здійснила оплату медичної допомоги, медичних та/або інших послуг за кордоном при настанні Страхового випадку.

9.4.3. Сума Страхової виплати визначається Страховиком у розмірі витрат на медичну, медично-транспортну допомогу, надану Застрахованій особі при настанні Страхового випадку, або інших витрат, що підлягають відшкодуванню згідно з Договором та Програмою.

9.4.4. Страхова виплата сплачується Страховиком в межах Страхової суми (Ліміту

відповідальності), зазначеної в Договорі, за вирахуванням Франшизи, якщо Франшиза встановлена в Договорі. Перерахунок іноземної валюти, в якій були здійснені витрати, а також Франшизи та Страхових сум / Лімітів відшкодування в гривні здійснюється за курсом НБУ на дату платіжного документу.

9.4.5. У випадку, коли сума можливих Медичних витрат, передбачених обраною Програмою, при настанні Страхового випадку може перевищити Страхову суму (Ліміт відповідальності), Страховик, в першу чергу, відшкодовує витрати на Невідкладну медичну допомогу, спрямовану на усунення загрози життю та стабілізацію медичного стану Застрахованої особи.

9.4.6. У випадку, коли призначений уповноваженим Представником Страховика (безпосередньо Страховиком) лікар на підставі медичного висновку визначає, що медичний стан Застрахованої особи, яка отримує медичну допомогу у Країні тимчасового перебування, дозволяє здійснити її медичну репатріацію в Україну, Країну тимчасового захисту або Країну постійного проживання, Страховик сплачує витрати на таке перевезення. Якщо Застрахована особа відмовляється від медичної репатріації в Україну, Країну тимчасового захисту або Країну постійного проживання, вона втрачає право на оплату цієї послуги Страховиком у подальшому.

9.4.7. Якщо на дату закінчення Строку дії Договору медичний стан Застрахованої особи, госпіталізованої внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, за медичним висновком визнано важким і таким, що унеможлиблює її медичне перевезення, Страховик відшкодовує витрати на невідкладну стаціонарну допомогу Застрахованій особі, надання якої продовжується після дати закінчення Строку дії Договору, в межах Страхової суми. При цьому Страховик не несе відповідальності по інших випадках, які мали місце після закінчення Строку дії Договору.

9.4.8. Страхова виплата не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнав Страхувальник (Застрахована особа), або витрат третіх осіб на надання допомоги Застрахованій особі, а також Страхових сум і Лімітів відшкодування, встановлених Договором та Програмою.

9.4.9. Відшкодування витрат на медичну допомогу та інші передбачені Договором послуги третіх осіб / додаткові витрати, відшкодування, яких передбачено умовами Договору, здійснюється Страховиком безпосередньо цим третім особам в безготівковій формі через уповноваженого Представника Страховика на підставі виставлених рахунків.

9.4.10. Якщо з будь-яких причин (за бажанням Застрахованої особи, за вимогою третіх осіб, що надавали послуги, тощо), вартість зазначених послуг сплатив Страхувальник, Застрахована особа або інша особа (в інтересах Застрахованої особи) самостійно та за умови обов'язкового погодження Страховика (його представника), то такі витрати підлягають відшкодуванню Страховиком відповідно до умов цього Договору. При цьому Застрахована особа подає Страховику письмову заяву про виплату та документи, зазначені у розділі 8 Умов, не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати отримання останньої медичної послуги за конкретним Страховим випадком.

9.5. Умови здійснення Страхової виплати в частині страхуванням Витрат інших, ніж медичні:

9.5.1. Одержувачем суми Страхового відшкодування в частині страхуванням Витрат інших, ніж медичні згідно з Умовами є:

а) Застрахована особа (її законний представник – для неповнолітніх осіб) – за подіями, передбачених п. 5.3.1 – 5.3.6 Умов, крім випадку смерті Застрахованої особи;

б) Спадкоємець Застрахованої особи – у випадку смерті Застрахованої особи за кордоном.

9.5.2. Страховик здійснює Страхову виплату у розмірі витрат, які понесені (можуть бути понесені) в наслідок настання Страхового випадку, у зв'язку із подіями, передбаченими у п. 5.3.1 – 5.3.5 Умов, але не більше Страхової суми та Лімітів відповідальності, зазначених в Договорі. Із суми Страхового відшкодування вираховується безумовна Франшиза, якщо безумовна Франшиза встановлена у Договорі.

9.5.3. При настанні Страхового випадку, зазначеного у п. 5.3.6 Умов, Страховик здійснює Страхові виплати у таких розмірах:

9.5.3.1. у разі смерті Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку - 100% Ліміту відповідальності передбаченого Програмою;

9.5.3.2. при встановленні Застрахованій особі інвалідності I-ої групи внаслідок Нещасного випадку - 100% Ліміту відповідальності передбаченого Програмою, II-ої групи або статусу "дитина з інвалідністю" – 80% Ліміту відповідальності, передбаченого та Програмою;

9.5.3.3. Страхова виплата в межах одного Страхового випадку здійснюється Страховиком за остаточними наслідками Нещасного випадку:

- при встановленні Застрахованій особі більш важкої групи інвалідності Страховик сплачує різницю між сумою Страхової виплати, здійсненої за встановлення інвалідності менш важкого ступеня, та сумою, що повинна бути сплачена при встановленні інвалідності більш важкого ступеня;
- у разі смерті Застрахованої особи Страховик сплачує різницю між Лімітом відповідальності, передбаченим Програмою, і сумою всіх Страхових виплат, здійснених за Договором за вказаним ризиком.

9.5.4. Для отримання Страхової виплати за Страховими випадками, що настали внаслідок подій, передбачених п. 5.3.1 – 5.3.5 Умов, Застрахована особа (її законний представник – для неповнолітніх осіб) надає Страховику письмову заяву про виплату Страхового відшкодування та документи, зазначені у розділі 8 Умов упродовж **10 (десяти) діб з моменту настання Страхового випадку;**

9.5.5. Для отримання Страхової виплати у разі настання Страхового випадку внаслідок події, передбаченої п. 5.3.6 Умов:

- у разі встановлення I або II групи інвалідності, статусу «дитина з інвалідністю» внаслідок нещасного випадку Застрахована особа (її законний представник – для неповнолітніх осіб) надає Страховику письмову заяву про виплату Страхового відшкодування та документи, зазначені у розділі 8 Умов, **не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати встановлення інвалідності відповідно до довідки МСЕК;**
- у разі смерті Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку потенційний Спадкоємець подає Страховику письмове повідомлення про настання випадку та документи, зазначені у розділі 8 Умов, **не пізніше 3-х (трьох) місяців з дати смерті Застрахованої особи.** При цьому, заяву про Страхову виплату та нотаріальне свідоцтво про право на спадщину Спадкоємець подає Страховику **протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання свідоцтва про право на спадщину.**

9.6. Рішення про здійснення Страхової виплати або про відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів відповідно до розділу 8 Умов.

9.7. У разі, якщо неможливо визначити розмір збитків або встановити причини, обставини Страхового випадку і розмір збитків на підставі документів, отриманих відповідно до розділу 8 Умов, Страховик подовжує строк прийняття рішення про здійснення Страхової виплати або про відмову у виплаті до моменту остаточного з'ясування обставин і причин Страхового випадку і розміру збитків (отримання додаткових документів і відповідних висновків компетентних установ, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше ніж на 60 (шістдесят) робочих днів. При цьому у спірних випадках Страховик може вимагати додаткового медичного обстеження Застрахованої особи, її близького родича, близького родича чоловіка (дружини) Застрахованої особи у визначених Страховиком медичних закладах за рахунок Страховика.

9.8. Про продовження строку прийняття рішення про виплату або відмову у Страховій виплаті Страховик повідомляє Страхувальника письмово (у тому числі, засобами електронного зв'язку) з обґрунтуванням причин такого продовження протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання всіх документів згідно з розділом 8 Умов.

9.9. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття відповідного рішення (оформлення Страхового акту) способом, зазначеним одержувачем виплати у заяві на виплату відшкодування (на банківський рахунок або за системою Райффайзен Експрес).

9.10. Страхова виплата здійснюється Страховиком в національній грошовій одиниці України (гривні) у перерахунку по курсу НБУ:

- для Медичних витрат – на дату зазначену в платіжному документі;
- для Витрат інших, ніж медичні - на дату настання Страхового випадку.

Днем здійснення Страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика. Факт здійснення Страховиком Страхової виплати підтверджується платіжним дорученням.

9.11. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома Страховими випадками не може перевищувати Страхових сум або Лімітів відповідальності, встановлених Договором та Програмою.

10. Підстави для відмови у здійсненні Страхової виплати

10.1. Підставою для відмови у Страховій виплаті є:

10.1.1. навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи (її представників, Близького родича Застрахованої особи), спрямовані на настання Страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

10.1.2. вчинення Страхувальником або Застрахованою особою (Близьким родичем Застрахованої особи) умисного кримінального правопорушення, що призвело до Страхового випадку;

10.1.3. подання Страхувальником або Застрахованою особою (її представниками) неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику, або про факт настання Страхового випадку, розмір збитків;

10.1.4. одержання Застрахованою особою 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;

10.1.5. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником / Застрахованою особою (її представником) Страховика або уповноваженого Представника Страховика про настання Страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання Страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

10.1.6. наявність обставин, які є винятками із Страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими цими Умовами;

10.1.7. створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

10.1.8. власноручної відмови від отримання відшкодування / виплати;

10.1.9. інші випадки, передбачені законодавством та/або Договором.

10.2. Рішення про відмову у Страховій виплаті повідомляється особі, що подала заяву про Страхову виплату, письмово з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття Страховиком відповідного рішення.

10.3. У разі виявлення після здійснення Страхової виплати обставин, вказаних в п. 6.1 Умов, Страховик має право вимагати від Страхувальника або Застрахованої особи повернення раніше виплачених сум, а Страхувальник / Застрахована особа на вимогу Страховика, зобов'язаний їх повернути в 30-ти денний строк.

10.4. Якщо підвищення ступеня Страхового ризику, про яке Страховик не був повідомлений Страхувальником відповідно до п. 13.3.2 Умов, призведе до настання Страхового випадку або збільшення розміру збитку, Страховик має право відмовити у Страховій виплаті по такому Страховому випадку або відповідно зменшити її розмір.

10.5. Відмова Страховика у Страховій виплаті або розмір виплати можуть бути оскаржені в судовому порядку.

11. Порядок укладення Договору

11.1. Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від клієнта інформації зобов'язаний з'ясувати потреби та вимоги клієнта у страхуванні в усній формі чи шляхом листування у довільній формі, до укладення Договору. Для договорів, які укладаються через вебсайт Страховика (страхового посередника), клієнт повідомляє про свої потреби через заповнення відповідних форм на вебсайті, а Страховик генерує пропозицію на підставі введеної інформації.

11.2. Перед укладенням Договору страхування Страховик (страховий посередник) зобов'язаний забезпечити клієнта доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника, з метою прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору страхування.

11.3. Страхувальник перед укладенням Договору зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику згідно з п. 13.3.2 Умов.

11.4. Після досягнення згоди з усіх істотних умов Договору Сторони укладають Договір.

11.5. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у формі електронного документа, в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

11.6. У разі оформлення Договору у вигляді електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», останній укладається через сервіс електронного документообігу, погоджений Сторонами, та разом з Умовами та додатками до нього (за наявності), підписується кваліфікованими електронними підписами (надалі – КЕП) Сторін / уповноважених представників Сторін із кваліфікованою електронною позначкою часу. Сторони можуть погодити будь-яку послідовність накладення електронних підписів на Договір. Кваліфікована позначка часу, яка міститься в КЕП, що накладений на Договір останнім, свідчить про дату та час укладення електронного Договору. Договір з Умовами та додатками до нього (за наявності) надсилається Страхувальнику на засіб електронного та/або мобільного зв'язку Страхувальника, або розміщується в Кабінеті клієнта my.UNIQA.ua. На письмову вимогу Страхувальника Страховик або страховий посередник надає Страхувальнику засвідчену паперову копію електронного Договору разом з Умовами та додатками до нього (за наявності) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання запиту.

11.7. У разі оформлення Договору у формі електронного документа, створеного в порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію, Договір укладається шляхом пропозиції його укласти (індивідуальної оферти) однією стороною (Страховиком) та її прийняття (акцепту) другою стороною (Страхувальником) через ІКС Страховика або страхового посередника в такі етапи:

11.7.1. Для укладення Договору потенційний Страхувальник ідентифікується в ІКС Страховика або страхового посередника та надає необхідну інформацію для оформлення пропозиції.

11.7.2. Страховик на підставі отриманої через ІКС інформації від Страхувальника формує пропозицію. Пропозиція отримується Страхувальником у вигляді проекту Договору разом з Умовами у формі, що унеможлиблює зміну її змісту. Зміна умов пропозиції можлива за запитом Страхувальника до прийняття пропозиції та здійснюється виключно шляхом направлення Страховиком нової пропозиції. Попередня пропозиція втрачає чинність.

11.7.3. Пропозиція направляється Страхувальнику через ІКС і є чинною до закінчення доби, у якій її було направлено Страхувальнику.

11.7.4. У разі прийняття пропозиції Страхувальником Страховик вважає себе зобов'язаним надати послуги із страхування відповідно до погоджених Страхувальником умов.

11.7.5. Якщо Страхувальник погоджується з пропозицією, він підписує Договір разом з Умовами та додатки до нього (за наявності) електронним підписом одноразовим ідентифікатором, який Страховик або страховий посередник надсилає Страхувальнику.

11.7.6. Уповноважена особа Страховика або страхового посередника, який діє від імені Страховика, підписує Договір разом з Умовами та додатки до нього (за наявності) КЕП із кваліфікованою позначкою часу, яка свідчить про дату та час укладення Договору.

11.7.7. Страховик або страховий посередник надсилає Страхувальнику підписаний обома Сторонами примірник Договору разом з Умовами та додатки до нього (за наявності) у формі, що унеможлиблює зміну його змісту, на засіб електронного та/або мобільного зв'язку Страхувальника або розміщує в Кабінеті клієнта my.UNIQA.ua.

11.7.8. На письмову вимогу Страхувальника Страховик або страховий посередник надає Страхувальнику засвідчену паперову копію електронного Договору разом з Умовами та додатками до нього (за наявності) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання запиту.

12. Порядок внесення змін, дострокового припинення, розірвання Договору, їх правові наслідки. Порядок відмови від Договору

12.1. Зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені тільки за домовленістю Сторін, яка оформлюється в письмовій або електронній формі шляхом укладення додаткової угоди, яка є невід'ємною частиною Договору, або шляхом укладення нового договору страхування та припинення дії чинного договору страхування. Пропозиція Страховика щодо зміни умов Договору здійснюється шляхом направлення Страхувальнику повідомлення у письмовій (електронній) формі у спосіб, визначений в п. 16.1 Умов, не пізніше, ніж за 10 (десять) календарних днів до дати внесення змін.

12.2. Упродовж Строку дії Договору Страхувальник не може вносити зміни до переліку Застрахованих осіб в п. 5 Договору. При необхідності зміни переліку Застрахованих осіб, в тому числі включення до переліку Застрахованих осіб нової особи, виключення певної Застрахованої особи із переліку Застрахованих осіб, заміни Застрахованої особи за Договором на іншу особу, чинний Договір припиняється, і укладається новий Договір зі зміненим переліком Застрахованих осіб.

12.3. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

12.3.1. закінчення Строку дії Договору;

12.3.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою у повному обсязі;

12.3.3. ліквідації Страхувальника – юридичної особи, ліквідації (закриття) Страхувальника – фізичної особи підприємця, смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 100, 101 Закону України «Про страхування»;

12.3.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

12.3.5. набранням законної сили рішення суду про визнання Договору недійсним;

12.3.6. подання письмової заяви Страховиком чи Страхувальником іншій Стороні про дострокове припинення Договору. Дія Договору може бути припинена Страховиком достроково і в тому випадку, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору;

12.3.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та/або Договором чи Умовами.

12.4. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 10 (десять) днів до дати припинення дії Договору.

12.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені Страхові премії за період, що залишився до закінчення Строку дії Договору, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору у розмірі 30% від Страхової премії за період, що залишився до закінчення Строку дії Договору, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним Страхову премію повністю.

12.6. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачені ним Страхові премії за Договором. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачені Страхові премії за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору у розмірі 30% від Страхової премії за період, що залишився до закінчення Строку дії Договору, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за Договором.

12.7. У випадках, коли повернення Страхових платежів відбувається з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, відповідно до п. 12.5 та п. 12.6 Умов, сума Страхового платежу до повернення розраховується за формулою:

СПП = СПС – СПФ – ФВВД – ФВВ, при цьому:

СПС – Страховий платіж, який був фактично сплачений Страхувальником;

СПФ – Страховий платіж за фактичний Строк дії Договору = ПЗ/ДД × ДФ

ПЗ – Загальний страховий платіж за Договором;

ДД – Загальна кількість днів дії Договору;

ДФ – Кількість днів, протягом яких Договір фактично був чинним;

ВВС - Нормативні витрати на ведення справи = СПЗ × %ВС, де

СПЗ - Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору = ПЗ/ДД × ДЗ

ДЗ - Кількість днів, що залишилися до закінчення дії Договору;

% ВУВ - Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням та виконанням Договору;

ФВВ - Фактичні Страхові виплати, здійснені за Договором, включаючи виплати за послуги, що були прогарантовані та організовані протягом дії Договору.

12.8. Повернення сплаченої Страхової премії або її частини здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення Договору згідно з реквізитами для повернення сплаченої Страхової премії або її частини, наданих Страхувальником.

12.9. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору, за яким залишилися неврегульовані Страхові випадки, здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів після здійснення Страхової виплати (у разі прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим) або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття Страховиком рішення про відмову в здійсненні Страхової виплати.

12.10. У випадку відсутності реквізитів для повернення сплаченої Страхової премії або її частини, повернення Страхової премії або її частини здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання зазначених реквізитів.

12.11. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення дії Договору.

12.12. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

12.12.1. Договорів, строк дії яких становить менше 30 (тридцяти) календарних днів;

12.12.2. випадків, якщо за цим Договором повідомлено про настання події, що має ознаки Страхового випадку.

12.13. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі у спосіб, визначений у п. 15.2 Умов.

12.14. Страховик зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання заяви від Страхувальника про відмову від Договору повернути Страхувальнику сплачену Страхову премію повністю згідно з реквізитами, зазначеними у цій заяві, за умови, що протягом періоду дії Договору не відбулася подія, що має ознаки Страхового випадку.

13. Права та обов'язки Сторін

13.1. Страховик зобов'язаний:

13.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування;

13.1.2. при настанні Страхового випадку здійснити Страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається в п. 14.3 Умов;

13.1.3. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України "Про страхування";

13.1.4. у разі зміни реквізитів для оплати Страхової премії повідомити Страхувальника про це протягом 10 (десяти) робочих днів з дати зміни за контактними даними Страхувальника, які зазначені у п. 2 Договору, за умови що Договір передбачає сплату Загальної страхової премії частинами;

13.1.5. відмовитися від встановлення / продовження ділових відносин у випадках, передбачених статтею 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

13.2. Страховик має право:

13.2.1. при укладанні та під час дії Договору вимагати від Страхувальника всі необхідні відомості та документи для оцінки ступеня Страхового ризику;

13.2.2. запитувати у Застрахованої особи будь-яку інформацію, що має відношення до Договору;

13.2.3. перевіряти відомості, надані Страхувальником або Застрахованою особою, при укладенні Договору та під час його дії;

13.2.4. у разі офіційних звернень до офіційних органів, які володіють / повинні володіти інформацією про обставини Страхового випадку, відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні Страхової виплати до отримання офіційної відповіді, але не більше 60 (шістдесят) робочих днів;

13.2.5. самостійно з'ясувати причини та обставини Страхового випадку, звертатись із запитом до компетентних органів за документами, необхідними для прийняття рішення про Страхову виплату, якщо документів, наданих Застрахованою особою (Вигодонабувачем), недостатньо;

13.2.6. проводити незалежну експертизу обставин Страхового випадку;

13.2.7. за необхідності здійснювати додаткове медичне обстеження Застрахованих осіб, залучаючи до цього необхідних спеціалістів, або вимагати від Застрахованих осіб пройти таке обстеження;

13.2.8. відмовити у здійсненні Страхової виплати відповідно до розділу 10 Умов;

13.2.9. достроково припинити дію Договору згідно з цими Умовами;

13.2.10. вносити зміни в умови Договору в порядку, передбаченому цими Умовами;

13.2.11. відмовити у здійсненні Страхової виплати у разі, якщо Застрахована особа знаходиться на території, щодо якої є чинна рекомендація МЗС України утриматись від поїздок на дату перетину Застрахованою особою кордону.

13.3. Страхувальник зобов'язаний:

13.3.1. сплачувати Страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором;

13.3.2. перед укладанням Договору повідомити Страховика інформацію, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір Страхової премії за Договором, включаючи інформацію про обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання Страхового випадку та розміру можливих збитків), та протягом Строку дії Договору не пізніше ніж через 5 (п'ять) робочих днів після настання змін письмово повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на розмір Страхової премії за Договором.

До інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір Страхової премії за Договором, та/або для оцінки Страхового ризику відносяться відомості про: вік Застрахованої особи, напрямок подорожі, тип туризму, яким Застрахована особа буде займатись під час подорожі, тривалість і період здійснення подорожі, кількість поїздок (опціонально), стан здоров'я Застрахованої особи, місце перебування Страхувальника / Застрахованої особи на момент укладання Договору, обраної Програми та додаткових ризиків;

13.3.3. до укладення Договору отримати згоду Застрахованих осіб на їх страхування за Договором та згоду на обробку Страховиком їх персональних даних відповідно до п. 15.6 Умов;

13.3.4. повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкта страхування за Договором;

13.3.5. на виконання вимог законодавства України з питань протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення, надати інформацію та документи для здійснення належної перевірки Страхувальника / Вигодонабувача.

13.4. Страхувальник має право:

13.4.1. одержати будь-які роз'яснення щодо умов страхування;

13.4.2. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цими Умовами;

13.4.3. ініціювати внесення змін у Договір згідно з цими Умовами;

13.4.4. вимагати від Страховика дотримання конфіденційності інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України "Про страхування";

13.4.5. оскаржити в порядку, передбаченому законом, відмову Страховика у виплаті Страхового відшкодування або розмір Страхового відшкодування, виплаченого Страховиком;

13.4.6. у випадку втрати Договору в період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дублікату, якщо Договір було укладено в паперовій формі. При цьому, з моменту видачі дублікату, втрачений примірник Договору є недійсним. У випадку

втрата Договору, укладеного у вигляді електронного документу, за письмовою заявою Страхувальника Страховик направляє Страхувальнику електронний примірник підписаного Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання заяви;

13.4.7. відмовитися від Договору без пояснення причин протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору, крім випадків зазначених в п. 12.12 Умов. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

13.5. Застрахована особа зобов'язана:

13.5.1. інформувати Страховика або уповноваженого Представника Страховика про настання події, що має ознаки Страхового випадку, у порядку та строки, визначені цими Умовами;

13.5.2. при настанні Страхового випадку виконувати дії, передбачені цими Умовами та Договором, а також виконувати інструкції Страховика або його уповноваженого Представника та надавати повну інформацію про причини, обставини Страхового випадку;

13.5.3. вживати заходів для запобігання настанню Страхового випадку та зменшення наслідків Страхового випадку;

13.5.4. при настанні Страхового випадку надати Страховику документи про причини і обставини настання Страхового випадку у випадках, передбачених Договором та Умовами;

13.5.5. надати лікарю-експерту Страховика можливість проведення медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;

13.5.6. на вимогу Страховика надавати будь-яку інформацію і документи, що необхідні для встановлення обставин і причин настання Страхового випадку і визначення розміру збитків;

13.5.7. якщо після отримання Страхової виплати збитки Застрахованої особи будуть відшкодовані особами, винними у заподіянні цих збитків, Застрахована особа зобов'язана повернути Страховику суму Страхової виплати у розмірі, відшкодованому такими особами;

13.5.8. дотримуватись Договору і цих Умов.

13.6. Застрахована особа має право:

13.6.1. у разі настання Страхового випадку одержати від Страховика Страхову виплату згідно з цими Умовами та положеннями Договору;

13.6.2. оскаржити в порядку, передбаченому законом, відмову Страховика у виплаті Страхового відшкодування або розмір Страхового відшкодування, виплаченого Страховиком;

13.6.3. одержати будь-які роз'яснення щодо умов страхування.

13.7. Сторони зобов'язані дотримуватись умов Договору.

13.8. Сторони також мають інші права та обов'язки, передбачені законодавством України або Договором.

13.9. Кожна Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону протягом 5 (п'яти) робочих днів про зміну своїх реквізитів (у тому числі зміну номеру мобільного зв'язку, електронної адреси Страхувальника).

14. Порядок вирішення спорів. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору

14.1. Спори, що виникають між Сторонами у зв'язку з Договором, вирішуються шляхом переговорів, а при недосягненні згоди розглядаються у порядку, встановленому чинним законодавством України.

14.2. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору, Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

14.3. За винятком випадків, коли Договір оформлено неналежним чином з вини Страхувальника, Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхової виплати шляхом сплати пені у розмірі **0,01%** від суми Страхової виплати за кожен день прострочення, але не більше ніж у розмірі подвійної облікової ставки НБУ у період, за який сплачується пеня.

15.1. Сторони звільняються від відповідальності за порушення зобов'язань за Договором при настанні форс-мажорних обставин на термін дії таких обставин: ядерного вибуху, впливу іонізуючого випромінювання та радіоактивного забруднення, громадянської війни, актів узурпації влади, масових громадянських заворушень, страйків, заколотів, актів тероризму, військових дій тощо.

15.2. Якщо інше не передбачено Договором, усі повідомлення за Договором будуть вважатися здійсненими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим або цінним листом з описом вкладення, вручені особисто, відправлені кур'єром на адреси Сторін, які зазначені у реквізитах Сторін, або направлені з використанням ІКС, Кабінету клієнта my.UNIQA.ua, мобільного застосунку Страховика, електронних адрес Сторін, зазначених у Договорі, або засобу мобільного зв'язку Страхувальника (в тому числі через мобільний додаток для обміну миттєвими повідомленнями (месенджер)).

Датою повідомлення (датою отримання листа, повідомлення) в залежності від способу направлення буде вважатися дата його особистого вручення; дата відправлення засобами електронного / мобільного зв'язку, в тому числі через ІКС, Кабінет клієнта my.UNIQA.ua, мобільний застосунок Страховика; а при відправці поштовим зв'язком - дата отримання листа на вказану в реквізитах Сторін адресу одержувача. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням Сторони від його отримання за реквізитами, зазначеними в Договорі, або в разі зміни реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу протягом 5 (п'яти) робочих днів із моменту настання таких змін, то датою повідомлення вважається дата надсилання листа або повідомлення іншій Стороні.

15.3. У вирішенні всіх питань, не врегульованих Договором, Сторони керуються законодавством України. У випадку розбіжностей між україномовною та англomовною версією Договору, перевага надається положенням Договору, викладеним українською мовою.

15.4. Підписанням Договору Сторони підтверджують, що Страхувальник та Застраховані особи отримали всю доступну та вичерпну інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені статтею 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та статтями 85-88 Закону України «Про страхування», та засвідчують, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування клієнтів Страховика та/або на вебсайті Страховика за посиланням https://uniqa.ua/initial_data/, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, та прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору.

15.5. Страховик є резидентом України та оподатковується відповідно до Податкового кодексу України.

15.6. З метою забезпечення належної реалізації відносин у сфері страхування, укладення та виконання умов Договору, дотримання вимог чинного законодавства та внутрішніх процедур Страховика підписанням Договору Страхувальник надає Страховику свою повну однозначну необмежену строком письмову згоду на обробку своїх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) протягом строку, необхідного для реалізації цілей, відповідно до яких такі персональні дані були зібрані та для яких вони оброблялися, а підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, повну однозначну згоду на обробку Страховиком їх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) у формі, що відповідає вимогам Закону України «Про захист персональних даних» (надалі – «Закон»), протягом строку, необхідного для реалізації цілей, відповідно до яких такі персональні дані були зібрані та для яких вони оброблялися, а саме згоду:

(1) на збирання персональних даних Страхувальника / Застрахованих осіб / Вигодонабувачів передачу та/або надання доступу до них з метою подальшої обробки третім особам (в тому числі на передачу за межі митної території України), зокрема, але не виключно, Компаніям Групи УНІКА та/або їх правонаступникам, партнерам (надалі – «Партнерам»), що надають послуги зі страхування, перестрахування та врегулювання Страхових випадків тощо: з метою (1а) укладення та супроводження Договору; (1б) з'ясування обставин Страхових випадків під час їх врегулювання (зокрема, при направленні запитів до медичних закладів та установ, правоохоронних органів, рятувальних служб тощо); (1в) перевірки Страхувальника / Застрахованих осіб / Вигодонабувачів на списки осіб, включених до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності, стосовно яких застосовано міжнародні санкції, та переліку осіб щодо яких застосовано санкції, прийняті Радою

національної безпеки і оборони України, здійснення заходів належної перевірки клієнтів; (1г) проведення маркетингових досліджень ринку страхових послуг та дослідження рівня задоволеності клієнтів страховими послугами Страховика;

(2) на доступ до кредитної історії Страхувальника / Застрахованих осіб / Вигодонабувачів, збір, зберігання, використання та отримання від Бюро кредитних історій інформації щодо зазначених осіб (в тому числі інформації, яка міститься в державних реєстрах та інших базах публічного користування) в порядку, визначеному Законом України «Про організацію формування та обігу кредитних історій»;

(3) на отримання інформації про послуги та/або акції Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів та отримання повідомлень будь-якими засобами зв'язку.

Страховик зберігає персональні дані Страхувальника / Застрахованої особи / Вигодонабувача довше ніж це необхідно для встановлених цілей їх обробки у випадку, коли зберігання персональних даних вимагається законодавством України.

Страхувальник підтверджує, що в належній формі та у повному обсязі повідомлений та відповідним чином повідомив Застрахованих осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, про таке:

(1) їх персональні дані знаходяться за адресою місцезнаходження Страховика як володільця персональних даних та/або Партнерів;

(2) джерелом збирання персональних даних є документи, подані Страхувальником / Застрахованими особами / Вигодонабувачами Страховику, та/або документи чи інформація, отримані Страховиком під час укладення та виконання умов Договору, в тому числі від третіх осіб або з використанням електронних баз даних;

(3) свої права відповідно до Закону.

У випадку укладення Договору Страхувальником - юридичною особою та/або призначення Вигодонабувачем - юридичної особи для цілей цього пункту під «Страхувальником» розуміється представник Страхувальника, який уповноважений на підписання Договору від імені Страхувальника, а під «Вигодонабувачем» - представник Вигодонабувача відповідно.

15.7. Відомості про отриману медичну допомогу, стан здоров'я Застрахованих осіб (діагнози, історії хвороби та інші відомості, що становлять лікарську таємницю) надаються медичним закладом Страховику в порядку, визначеному чинним законодавством країни, в якій надається медична допомога (за відповідною згодою Застрахованої особи (законного представника неповнолітньої Застрахованої особи), яку вона надає безпосередньо медичному закладу).

У разі, якщо Застрахована особа не надає зазначену вище згоду, а Страховик, у зв'язку із цим, не може отримати від лікувального закладу інформацію та/або документи, що визначені цим Договором для встановлення факту та/або обставин, причин, наслідків настання Страхового випадку, то відповідно, Страховик не може виконати свої зобов'язання за цим Договором стосовно відповідної Застрахованої особи. У цьому разі жодні претензії щодо порушення Страховиком зобов'язань за Договором стосовно відповідної Застрахованої особи не приймаються до розгляду та не підлягають задоволенню та Страховик звільняється від відповідальності за Договором стосовно Застрахованої особи, яка не надала згоду на поширення своїх даних, що становлять лікарську таємницю.

15.8. Незважаючи на інші положення цього Договору, цей Договір страхування забезпечує страхове покриття в тій мірі, наскільки це страхове покриття не суперечить жодним економічним, торговим або фінансовим санкціям та/або ембарго Ради Безпеки ООН (ООН), Європейського Союзу (ЄС) або будь-якого національного законодавства, яке застосовується щодо сторін цього Договору. Це стосується також економічних, комерційних чи фінансових санкцій та/або ембарго, ініційованих Сполученими Штатами Америки чи іншими країнами, в тій мірі, наскільки вони не суперечать законодавству Європейського Союзу (ЄС) або місцевому законодавству.

15.9. Відповідно до ст. 14-3 Закону України «Про рекламу» підписанням Договору Страхувальник надає учасникам Небанківської фінансової групи «УНІКА Україна» свою повну однозначну необмежену строком письмову згоду, а також підтверджує, що отримав повну однозначну необмежену строком письмову згоду від Застрахованих осіб / Вигодонабувачів, якщо вони призначені, на розповсюдження реклами учасниками Небанківської фінансової групи «УНІКА Україна», в тому числі страховим посередником або іншим розповсюджувачем реклами, який діє від імені учасника Небанківської фінансової групи «УНІКА Україна», з використанням номерів телефонів чи інших мережевих ідентифікаторів Страхувальника,

Вигодонабувача, Застрахованих осіб. Страхувальник, Вигодонабувач, Застраховані особи мають можливість безкоштовно в будь-який час відмовитися від використання своїх даних з метою розповсюдження реклами та від отримання реклами з використанням номерів телефонів чи інших мережевих ідентифікаторів Страхувальника, Вигодонабувача, Застрахованих осіб відповідно шляхом звернення за телефоном Страховика, зазначеним у Договорі.

15.10. Договір містить інформацію, що становить таємницю страхування відповідно до законодавства України. Клієнт підтверджує факт добровільної передачі Страховику / страховому посереднику інформації з обмеженим доступом, в тому числі потрібної для створення електронних документів. Страховик, страховий посередник та інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, забезпечують збереження інформації, що становить таємницю страхування, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб та у випадку її розголошення несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України. Клієнт надає дозвіл Страховику на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, в обсязі відповідно до чинного законодавства України та на використання Страховиком / страховим посередником відкритих мережевих сервісів для отримання інформації з обмеженим доступом.