

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Оферта є офіційною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УНІКА» (код ЄДРПОУ - 20033533, надалі – «Страховик»), що адресується необмеженому колу споживачів - фізичних дієздатних осіб (надалі «Клієнти»), укласти зі Страховиком Електронний Договір добровільного комплексного страхування подорожуючих за кордон Violet (надалі – «Договір»).

1.2. Договір укладається відповідно до «Правил добровільного страхування медичних витрат» затверджених Державною комісією з ринків фінансових послуг України за номером 2151232 від 22.12.2005 року (Ліцензія Серія АЕ № 293981, видана в порядку переоформлення Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, строк дії з 07.08.2014 р. безстроково), «Правил добровільного страхування фінансових ризиків», затверджених Державною комісією з ринків фінансових послуг України за номером 1871935 від 26.07.2007 року (Ліцензія Серія АЕ № 293994 видана в порядку переоформлення Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, строк дії з 07.08.2014 р. безстроково), «Правил добровільного страхування від нещасних випадків», затверджених Державною комісією з ринків фінансових послуг України за номером 0271929 від 26.07.2007 року (Ліцензія Серія АЕ № 293983 видана (в порядку переоформлення) Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, строк дії з 07.08.2014 р. безстроково) (надалі – Правил), умов викладених у цій Оферті, із дотриманням вимог Цивільного кодексу, Законів України «Про страхування», «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронну комерцію».

1.3. Адреса місцезнаходження Страховика: 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 70А. Контактний телефон Центру підтримки Клієнтів: +38 (044) 225 60 00. Адреса електронної пошти: office@uniqa.ua

1.4. Страхувальник – дієздатна фізична особа, яка приєднується до цієї Оферти відповідно до умов і положень статей 634 та 642 Цивільного кодексу України, Закону України «Про електронну комерцію» та укладає зі Страховиком договір шляхом здійснення акцепту цієї Оферти через інформаційно-телекомунікаційну систему (надалі – ІТС).

1.5. У відповідності до статей 207, 634, 981 Цивільного кодексу України та статей 11,12,13 Закону України «Про електронну комерцію» безумовним прийняттям (акцептом) умов цієї Оферти Клієнтом вважається вчинення Клієнтом сукупності дій: оформлення Заяви-приєднання (Акцепту) (надалі - «Акцепт») в електронній формі, що підписується Клієнтом шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (введення паролю, отриманого на засіб мобільного зв'язку Клієнта), та сплата страхового платежу у передбачені Договором строки і розміри на поточний рахунок Страховика, при цьому датою оплати вважається дата проведення операції з використанням кредитної або дебетної картки Страхувальника. Виконання зазначених дій означає прийняття Клієнтом всіх умов цієї Оферти і є укладенням Договору в електронній формі, яка відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» прирівнюється до письмової форми.

1.6. Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує підтвердження укладення Договору у формі повідомлення разом з Офертою та Акцептом на засіб електронного зв'язку.

1.7. Договір складається з цієї Оферти та Заяви-приєднання (Акцепту) встановленої Страховиком форми, та підписується Сторонами шляхом направлення Страховиком одноразового ідентифікатора (паролю) на засіб мобільного зв'язку Страхувальника та введення Страхувальником такого паролю в ІТС Страховика або Страхового агента, якщо Договір укладається через ІТС Страхового Агента.

1.8. Сторони приймають на себе зобов'язання за необхідності відтворити Договір (Оферту і Акцепт) на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною Стороною.

1.9. Дата, час здійснення акцепту, повідомлення про підтвердження укладення Договору та обмін повідомленнями між Сторонами зберігається в електронній базі Страховика.

1.10. Номер Договору присвоюється Страховиком після здійснення Клієнтом акцепту відповідно до п. 1.5 Оферти та зазначається у Акцепті.

1.11. Оферта розміщена Страховиком в мережі Інтернет https://uniqa.ua/content/files/offers/travel_violet.pdf та доступна до вільного ознайомлення.

1.12. Правила розміщені на офіційній веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет https://uniqa.ua/ua/about_us/initial_data.

1.13. Обрана Програма страхування, персональні дані Страхувальника та Застрахованих осіб, обрані страхова сума, ліміти відповідальності, страховий тариф, страховий платіж, франшиза, строк та місце дії Договору (територія Договору), кількість застрахованих днів визначаються клієнтом (Страхувальником) під час акцептування цієї Оферти в Заяві-приєднання (Акцепті) із запропонованих Страховиком варіантів у мобільному додатку Violet, який доступний для скачування в Google Play та App Store.

1.14. Предмет договору:

1.14.1. У частині добровільного страхування медичних витрат предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з можливими медичними витратами при настанні подій, обумовлених Договором, при здійсненні Застрахованою особою подорожі за кордон.

1.14.2. у частині добровільного страхування від нещасних випадків предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи при здійсненні Застрахованою особою подорожі за кордон.

1.14.3. у частині добровільного страхування фінансових ризиків предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з фінансовими збитками внаслідок відміни оплаченої зворотної подорожі за кордон або зміни строків перебування за кордоном через:

- дострокове повернення Застрахованої особи із закордонної подорожі у разі смерті близького родича;
- відміну оплаченої зворотної подорожі у зв'язку із обов'язковою участю Застрахованої особи в судовому розслідуванні за кордоном за постановою суду, що відбудеться у під час здійснення подорожі за кордон;

- затримки або відміни авіарейсу, затримки доставки багажу;
 - втрати або викрадення документів Застрахованої особи – паспорту, проїзного документу дитини, посвідчення водія, свідоцтва, що посвідчує реєстрацію транспортного засобу, що належить Застрахованій особі на законних підставах.
- 1.14.4.** Якщо страховий випадок стався в країні, що входить до складу Євросоюзу та офіційною грошовою одиницею цієї країни є Євро, то при врегулюванні застосовується ліміт в Євро. Якщо страховий випадок стався у будь-якій іншій країні, що не належить до зони Євро, застосовується ліміт у доларах США.
- 1.15.** Застраховані особи – фізичні особи віком до 69 років включно, на користь яких укладено Договір.
- 1.15.1.** На страхування не приймаються інваліди 1,2 груп. В разі неповідомлення Страхувальником про наявність групи інвалідності у Застрахованої особи до початку дії договору страхування, Договір не створює юридичних наслідків стосовно такої Застрахованої особи відповідно до ст. 216 Цивільного кодексу України, та Страховик не несе відповідальності за подіями, що мали місце стосовно такої Застрахованої особи.

2. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. У частині добровільного страхування медичних витрат страховим випадком є звернення Застрахованої особи, її спадкоємців або інших осіб, які представляють Застраховану особу, до Страховика або уповноваженого Представника Страховика за кордоном у зв'язку з такою необхідністю:

- відшкодування понесених медичних витрат;
- організації надання і оплати медичної допомоги, медичної або посмертної репатріації Застрахованої особи в Україну;
- поховання за кордоном у обсязі та у порядку, передбачених цим Договором, при настанні подій, що зазначені нижче (крім пункту с). Страховим випадком визнаються наступні події:
 - a)** раптове захворювання Застрахованої особи (гостре захворювання, загострення чи ускладнення хронічного захворювання), що загрожує життю та здоров'ю Застрахованої особи та вимагає надання їй медичної, медично-транспортної допомоги, яка не може бути відкладена до моменту повернення Застрахованої особи із закордонної подорожі;
 - b)** ушкодження організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
 - c)** гострий зубний біль, що виник внаслідок гострого захворювання зуба чи прилеглих тканин, або щелепної травми внаслідок нещасного випадку;
 - d)** ускладнення вагітності Застрахованої особи;
 - e)** смерть (загибель) Застрахованої особи внаслідок випадків, зазначених у п.п. 2.1 а, b, d.

Події перераховані у п.п. 2.1 а-е визнаються страховим випадком, якщо ці події відбулись під час виконання поміркованих фізичних навантажень або у побуті, під час заняття Застрахованою особою спортом (якщо за такий вид занять спортом сплачено додатковий страховий платіж та в Заяві-приєднанні (Акцепті) зазначено один з коефіцієнтів: S1, S2, S3, S4), у строк та на території дії Договору.

2.1.1. При настанні страхового випадку, зазначеного в пункті 2.1 Оферти, Страховик відшкодовує витрати на:

2.1.1.1. невідкладну (швидку) медичну допомогу на догоспітальному етапі, надану бригадою швидкої; допомоги та/або у відділенні медичного закладу (огляд і консультацію медичного персоналу, невідкладні лабораторні, інструментальні дослідження, вартість перебування у відділенні медичного закладу, придбання медикаментів) за Договорами категорії Стандарт В, Комфорт С, Еліт D;

2.1.1.2. 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, по кожному страховому випадку, що встановлена Договором по відповідній категорії Стандарт В або Комфорт С або Еліт D;

2.1.1.3. 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); при цьому Страховик залишає за собою право оплачувати стаціонарне лікування Застрахованої особи за кордоном у межах страхової суми до тих пір, доки стан Застрахованої особи не дозволить перевезти її в Україну (за Договорами категорії Стандарт В, Комфорт С, Еліт D);

2.1.1.4. у разі необхідності, при невідкладній (екстреній) госпіталізації, медичній або посмертній репатріації Застрахованої особи в Україну, Страховик відшкодовує витрати на супровід та/або повернення в Україну її неповнолітніх дітей, які залишилися за кордоном без нагляду, якщо Застрахована особа була їх єдиним супроводжувачем (за Договорами категорії Комфорт С, Еліт D);

2.1.1.5. невідкладну стоматологічну допомогу при гострому зубному болю на суму 100,00 (сто) EURO/USD за Договорами категорії Стандарт В, 200,00 (двісті) EURO/USD за Договорами категорії Комфорт С, 250,00 (двісті п'ятдесят) EURO/USD за Договорами категорії Еліт D;

2.1.1.6. невідкладну гінекологічну і акушерську допомогу у строк вагітності, що не перевищує 28 (двадцять восьми) тижнів включно (за Договорами категорії Стандарт В, Комфорт С, Еліт D);

2.1.1.7. придбання лікарських засобів, призначених лікарем, для надання невідкладної допомоги (за Договорами категорії Стандарт В, Комфорт С, Еліт D);

2.1.1.8. доставку лікарських засобів, призначених лікарем, для надання невідкладної допомоги до місяця фактичного знаходження Застрахованої особи, якщо Застрахована особа (її представник) не має можливості самостійно придбати лікарські засоби, та якщо така послуга існує в регіоні фактичного знаходження Застрахованої особи (за Договорами категорії Стандарт В, Комфорт С, Еліт D);

2.1.1.9. тимчасове забезпечення Застрахованої особи милицями, інвалідними візками, іншими предметами медичного обладнання, апаратами і допоміжними засобами для медичного перевезення за призначенням лікаря (за Договорами категорії Стандарт В, Комфорт С, Еліт D);

2.1.1.10. 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 (за Договорами категорії Стандарт В, Комфорт С, Еліт D).

2.1.1.11. медичну репатріацію Застрахованої особи в Україну (витрати на послуги перевезення Застрахованої особи авіаційним, залізничним чи автомобільним транспортом із забезпеченням спеціальних умов транспортування або спеціалізованим авіатранспортом у медичний заклад в Україні, в якому можливе надання адекватної медичної допомоги (при невідкладних станах), або до митного пункту в Україні, 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) – за Договорами категорії Стандарт В, Комфорт С, Еліт D; Медична репатріація Застрахованої особи в Україну 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 і якщо немає медичних протипоказань для здійснення медичної репатріації;

2.1.1.12. посмертну репатріацію до митного пункту, найближчого до місця проживання в Україні, 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 (за Договорами категорії Стандарт В, Комфорт С, Еліт D).

2.1.1.12.1. рішення про організацію та оплату репатріації Застрахованої особи в Україну 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 відповідно до пункту 2.1.е Оферти.

2.1.1.13. 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 за Договорами категорії Стандарт В, Комфорт С, Еліт D.

2.1.1.14. поховання останків Застрахованої особи в країні її тимчасового перебування, померлої (загиблої) під час закордонної подорожі, 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 пункту 2.1.е Оферти.

2.1.1.15. у разі необхідності при невідкладній (екстреній) госпіталізації Застрахованої особи за кордоном Страховик сплачує додатково:

а) витрати на оплату стаціонарного лікування Застрахованої особи при її невідкладній (екстреній) госпіталізації за кордоном упродовж терміну, що перевищує строк (кількість днів) дії Договору страхування, якщо Застраховану особу визнано нетранспортабельною та її повернення в Україну за медичним висновком повинно бути організовано у більш пізній термін (в межах страхової суми, зазначеної в Договорі) за Договорами категорії Стандарт В, Комфорт С, Еліт D;

б) витрати на візит одного з найближчих 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) за Договорами категорії Комфорт С, Еліт D. Відшкодовується вартість проїзду однієї особи до місця госпіталізації Застрахованої особи за кордоном і в зворотному напрямку економічними класом доступними видами транспорту. При цьому вид транспорту визначає Страховик.

2.1.2. У випадках зазначених в пунктах: 2.1.1.3, 2.1.1.12, 2.1.1.13, 2.1.1.14, 2.1.1.15 а) Оферти, Страховик отримує право на реалізацію невикористаних Застрахованою особою квитків на зворотній шлях в Україну.

2.2. В частині добровільного страхування фінансових ризиків страховим випадком є факт понесення Застрахованою особою фінансових збитків в результаті таких подій:

а) затримка або відміна авіарейсу (за Договорами категорії Комфорт С, Еліт D);

б) втрата, загублення або викрадення документів Застрахованої особи – паспорту або проїзного документу, посвідчення водія, свідоцтва, що посвідчує реєстрацію транспортного засобу, який належить Застрахованій особі на законних підставах (за Договорами категорії Комфорт С, Еліт D);

в) дострокове повернення Застрахованої особи з-за кордону у разі смерті чоловіка/дружини, близького родича Застрахованої особи та повернення в країну її тимчасового перебування (для Договору категорії Еліт D);

д) відміна оплаченої зворотної подорожі у зв'язку з обов'язковою участю Застрахованої особи в судовому розслідуванні за кордоном за постановою суду, що відбудеться у строк здійснення подорожі за кордон, якщо така постанова суду була прийнята після набуття чинності Договором (для Договору категорії Еліт D);

е) затримки доставки або втрата багажу авіаперевізником (за Договорами категорії Комфорт С, Еліт D).

Події перераховані в п.п. 2.2. а-е визнаються страховим випадком, якщо ці події відбулись у строк та на території дії Договору та витрати на відшкодування фінансових збитків були погоджені із Страховиком і/або уповноваженим Представником Страховика за кордоном, визнані ними доцільними та виправданими.

2.2.1. При настанні страхового випадку, зазначеного в пункті 2.2 Оферти, Страховик відшкодовує:

2.2.1.1. при настанні подій, зазначених у пункті 2.2.а) Оферти, у випадку відкладення відправлення літака на 4 (чотири) або більше години через страйк, з технічних причин, через несприятливі погодні-кліматичні умови або поломку літака, а також якщо рейс було відмінено і Застрахованій особі не було запропоновано упродовж цього часу альтернативний транспортний засіб - витрати на оплату вартості проживання в готелі, харчування, альтернативного транспорту з розрахунку 10 євро за кожну годину затримки авіарейсу межах 100,00 (ста) EUR/USD протягом дії Договору за Договорами категорії Комфорт С, Еліт D, якщо згідно законодавства чинного в країні перебування такі витрати не компенсуються перевізником;

2.2.1.2. при настанні подій, зазначених у пункті 2.2.б) Оферти – витрати 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 – у межах 100,00 (ста) EUR/USD

протягом дії Договору за Договорами категорії Комфорт С та 300,00 (трьохсот) EUR/USD протягом дії Договору за Договорами категорії Еліт D.

2.2.1.3. при настанні подій, передбачених пунктом 2.2.с) Оферти – витрати на оплату проїзду Застрахованої особи в Україну та на зворотній шлях в країну її тимчасового перебування. Витрати на придбання проїзних документів

відшкодовуються тільки за умови, що початковий проїзний документ не підлягає заміні. При переоформленні проїзних документів Страховик відшкодовує документально підтверджені витрати, що пов'язані з таким переоформленням за Договорами категорії Еліт D в межах 1 500,00 (однієї тисячі п'ятисот) EUR/USD;

2.2.1.4. при настанні подій, зазначених у пункті 2.2.d) Оферти – витрати на послуги адвоката, призначеного уповноваженим Представником Страховика за кордоном за Договорами категорії Еліт D в межах 1 000,00 (однієї тисячі) EUR/USD;

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 3 000,00 (трьох тисяч) EUR/USD (за Договорами категорії Еліт D).

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;

2.2.1.5. при настанні подій, зазначених у пункті 2.2.e) Оферти – у випадку затримки доставки багажу, що перевозився авіаційним транспортом, зареєстрованим відповідно до митних правил, упродовж 4 (чотирьох) годин після прибуття Застрахованої особи в аеропорт, крім прибуття в країну постійного проживання - виплачується 10,00 (десять) EUR/USD за кожну годину затримки багажу, але не більше 100,00 (ста) EUR/ USD протягом дії Договору за Договорами категорії Комфорт C, Еліт D;

При врегулюванні збитків еквівалент суми страхового відшкодування, що зазначене в євро/доларах США, перераховується по курсу Національного Банку України на дату страхового випадку.

2.3. В частині добровільного страхування від нещасних випадків страховими випадками визнаються передбачені Договором наслідки нещасного випадку, що стався у строк та на території дії Договору, та які підтверджені документами, виданими компетентними органами у встановленому законодавством порядку (медичними установами, правоохоронними органами та ін.), а саме:

- смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- стійка втрата працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку (встановлення інвалідності I-ої, II-ої групи).

2.3.1. Зазначені вище наслідки нещасного випадку визнаються страховими випадками, якщо вони наступили упродовж 12 (дванадцяти) місяців з дати настання нещасного випадку.

2.3.2. Нещасним випадком вважається раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи (Страхувальника, спадкоємця) подія, що фактично відбулась під впливом різних зовнішніх факторів і внаслідок якої настав розлад здоров'я і/або смерть Застрахованої особи. Зовнішні фактори: травматичні пошкодження, поранення, випадкове потрапляння в дихальні шляхи чужорідного тіла, утоплення, ураження блискавкою і/або електричним струмом, опіки, обмороження, укуси тварин, отруйних комах, змії та ін., випадкове отруєння газами, побутовими або промисловими хімічними речовинами та інші зовнішні фактори.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Не є страховими випадками події, зазначені у пунктах 2.1 – 2.3 Оферти, що стались внаслідок:

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

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

3.1.3. 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;

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

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

3.1.6. умисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень;

3.1.7. самогубства (спроб самогубства) Застрахованою особою, за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб;

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

3.1.9. 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;

3.1.10. скоєння Застрахованою особою протиправних дій або злочину;

3.1.11. 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);

3.1.12. подій, що стались поза територією та/або поза строком дії Договору.

3.2. В частині страхування медичних витрат додатково до пункту 3.1 Оферти Страховик не відшкодовує:

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

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

3.2.3. витрати у зв'язку із заняттями будь-якими видами професійного спорту, полюванням або певними видами спорту та розваг: (рафтинг, вітрильний спорт, вейкбординг, кайтинг, катання на гідроциклі, на ковзанах, на квадроциклі, скутері, хокей, водні лижі – група S1, будь-які перегони на швидкість, розваги, пов'язані з вільним падінням, гірський

та лижний спорт (лижі, сноуборд тощо) - група S2, альпінізмом, спелеотуризмом, дельтапланеризмом, дайвінгом - група S3, професійні спортивні змагання, зайняття професійним спортом – група S4), якщо не сплачено додатковий страховий платіж та в Акцепті не встановлені відмітки про додаткове покриття видів S1, S2, S3, S4. Група S4 складається з 3 підгруп: S4.1. – помірного ступеня ризику (плавання, водне поло, синхронне плавання, гольф, веслування, настільний теніс, спортивна аеробіка, бадмінтон, біатлон, городковий спорт, : ігрові види спорту (баскетбол, волейбол, гандбол, теніс, хокей на траві та інше, крім футболу і хокею з шайбою), художня гімнастика, легка атлетика, стрільба з лука, стендова та кульова стрільба, фехтування, фігурне катання, віндсерфінг, парусний спорт, кінний спорт, акробатика, стрибки на батуті, ковзанярський спорт, санний спорт, велосипедний спорт., інші подібні види спорту. S 4.2. високого ступеню ризику: контактні види спорту (боротьба вільна, боротьба греко-римська, рукопашний бій, традиційне карате, кікбоксінг, бокс, дзюдо, боротьба самбо і т.д.), футбол, хокей з шайбою, ковзанярський спорт, важка атлетика, спортивна гімнастика, багатоборство, регбі, гірськолижний та лижний спорт, інші подібні види спорту. S 4.3. екстремальні види спорту: дельтапланеризм, альпінізм, підводні та підземні види спорту, стрибки з парашутом, автмотоспорт, фрістайл-акробатика, інші подібні види спорту;

3.2.4. витрати під час перебування Застрахованої особи за кордоном понад 10 (десять) календарних днів з метою з навчання (крім короткострокових навчальних програм строком до 30 (тридцяти) календарних днів), працевлаштування (крім відряджень), якщо не сплачено додатковий страховий платіж та в Акцепті не встановлена відмітка про додаткове покриття W - Work, возз'єднання членів сім'ї, укладення шлюбу. В межах даного пункту перебування Застрахованої особи за кордоном за відповідним типом візи є достатнім підтвердженням мети поїздки;

3.2.5. 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);

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

3.2.7. 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;

3.2.8. 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;

3.2.9. 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;

3.2.10. витрати на медичні послуги, що перевищують необхідні, в 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;

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

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

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

3.2.14. витрати у розмірі безумовної франшизи, якщо безумовна франшиза встановлена в Договорі;

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

3.2.16. витрати на будь-який медичний догляд і лікування, що не пов'язані з необхідністю надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги під час подорожі. В межах даної Оферти невідкладною медичною допомогою є допомога, що необхідна у випадках, що загрожують життю та здоров'ю Застрахованої особи та вимагають надання їй медичної допомоги, яка не може бути відкладена до моменту повернення Застрахованої особи із закордонної подорожі. Невідкладна медична допомога надається до нормалізації стану Застрахованої особи, а саме до усунення гострого болю, загрози життю та здоров'ю Застрахованої особи;

3.2.17. 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;

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

3.2.19. 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, що існували у Застрахованої особи на момент укладання Договору і потребували лікування, крім випадків, коли існує гостра загроза життю Застрахованої особи або виникає необхідність у цілеспрямованих заходах по усуненню гострого болю;

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

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

3.2.22. 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;

3.2.23. 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.

3.2.24. витрати на усунення наслідків самолікування;

3.2.25. витрати на пластичну хірургію, протезування, ремонт, підбір і придбання окулярів, слухових апаратів, коригуючих або медичних пристроїв, приладів тощо;

3.2.26. витрати на стоматологічне лікування, крім випадків надання невідкладної стоматологічної допомоги при

гострому зубному болю або нещасному випадку;

3.2.27. витрати на фізіотерапевтичне лікування, лікування методами “нетрадиційної” медицини (мануальна терапія, голкорексфлексотерапія, гомеопатія тощо), геліотерапію, водолікування;

3.2.28. витрати на лікування та діагностику хвороб (венеричних хвороб), що передаються статевим чи переважно статевим шляхом незалежно від шляху їх передачі та часу існування, а також наслідків таких хвороб;

3.2.29. 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;

3.2.30. витрати на лікування психічних, психоневрологічних захворювань та їх загострень;

3.2.31. витрати на послуги додаткового комфорту в медичних закладах (радіо, телебачення, телефон, кондиціонер, послуги перукаря, косметолога тощо);

3.2.32. витрати на лікування, яке не відповідає діагнозу;

3.2.33. витрати на дезінфекції;

3.2.34. витрати на проведення медичної експертизи;

3.2.35. витрати на догляд за хворим з боку родичів незалежно від їх професійної кваліфікації;

3.2.36. витрати по відшкодуванню будь-яких нематеріальних збитків;

3.2.37. витрати на лікування, що встановлено метою здійснення подорожі;

3.2.38. витрати на медично-транспортну допомогу, медичну репатріацію, посмертну репатріацію, необхідність яких виникла внаслідок хвороби (хвороб), з метою лікування якої здійснюється подорож;

3.2.39. витрати на оплату проживання і інші витрати близького родича у випадку, зазначеному у пункті 2.1.1.15 б) Оферти;

3.2.40. витрати, пов'язані з медичною допомогою та ліквідацією наслідків впливів атмосферного та водного тиску згідно з МКХ 10, включаючи кесонову хворобу (крім випадків занять дайвінгом та сплати додаткового страхового платежу за опцію S 3) та висотну хворобу.

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

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

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

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

3.3.4. витрати, зазначені у пункті 2.2.1.4 Оферти, якщо Застрахована особа користувалась послугами практикуючого юриста (адвоката) або звернулась до суду без попередньої згоди уповноваженого Представника Страховика за кордоном, за винятком випадків екстреної необхідності звернення за юридичною допомогою (позбавлення волі, арешту тощо);

3.3.5. витрати, зазначені у пункті 2.2.1.5 Оферти, якщо:

3.3.5.1. багаж перевозиться авіарейсом, кінцевим пунктом якого є країна постійного проживання Застрахованої особи;

3.3.5.2. Застрахована особа не повідомила уповноваженому представникові авіаліній про затримку доставки багажу;

3.3.5.3. затримка багажу була викликана митним доглядом.

3.3.6. витрати Застрахованої особи на відновлення 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;

3.3.7. витрати на заміну документів, якщо така заміна зумовлена пошкодженням, втратою ними вигляду, придатного для використання тощо. Страховик не відшкодовує штрафи, пені, неустойки, відсотки за прострочення платежів та інші непрямі збитки, упущену вигоду, яких зазнала Застрахована особа.

4. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ/ВІДШКОДУВАННЯ

4.1. Страхова виплата або Сума страхового відшкодування – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні страхового випадку. Страхова виплата/Страхове відшкодування 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 витрат, встановлених умовами Оферти (Додаток 1 до Оферти).

4.2. 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 Офіційного Представника Страховика на підставі виставлених рахунків. Якщо з будь-яких причин (за бажанням Застрахованої особи, за вимогою третіх осіб, що надавали послуги, тощо, вартість зазначених послуг сплатив Страхувальник (Застрахована особа) самостійно та за умови обов'язкового погодження Страховика (його представника), то такі витрати підлягають відшкодуванню Страховиком відповідно до умов цього Договору.

4.3. Якщо Застрахована особа, особисто за погодженням із уповноваженим Представником Страховика або Страховиком особисто здійснила витрати при настанні страхового випадку, на медичні послуги за кордоном, Застрахована особа подає до Страховика письмову заяву про виплату та документи, зазначені у розділі 5 Оферти, не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати повернення Застрахованої особи в Україну.

4.3.1. У разі встановлення I або II групи інвалідності внаслідок нещасного випадку, Застрахована особа до Страховика заяву про виплату та документи, зазначені у розділі 5 Оферти, не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати встановлення інвалідності відповідно до довідки МСЕК.

4.3.2. У разі смерті Застрахованої особи потенційний Спадкоємець подає до Страховика письмове повідомлення про настання випадку та документи, зазначені у розділі 5 Оферти, 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 до Страховика протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання свідоцтва про право на спадщину.

4.4. Страхове відшкодування/Страхові виплати щодо відшкодування непередбачених самостійних витрат Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюються на території України лише в гривнях. Перерахунок іноземної валюти, в якій були здійснені витрати, а також франшизи та страхових сум в гривні здійснюється за курсом НБУ на дату платіжного документу. Днем здійснення виплати страхового відшкодування вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика або дата видачі готівкових коштів через касу Страховика.

4.5. На підставі документів, отриманих відповідно до розділу 5 Оферти, Страховик упродовж 10 (десяти) робочих днів

приймає рішення про здійснення страхової виплати (складає Страховий акт) або про відмову у виплаті.

4.6. У разі, якщо неможливо визначити розмір збитків або встановити причини, обставини страхового випадку і розмір збитків на підставі документів, отриманих відповідно до розділу 5 Оферти, Страховик подовжує строк прийняття рішення про виплату страхового відшкодування/ 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.

4.7. Про продовження строку прийняття рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування / страхової виплати Страховик повідомляє Страхувальника письмово з обґрунтуванням причин такого продовження протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання всіх документів згідно з розділом 5 Оферти.

4.8. Страхова виплата/відшкодування здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття відповідного рішення (оформлення Страхового акту) способом, зазначеним одержувачем виплати/відшкодування у заяві на виплату/відшкодування.

4.9. Виплата страхового відшкодування/страхова виплата здійснюється Страховиком в національній грошовій одиниці України (гривні) по курсу НБУ на дату зазначену у наданому Страхувальником (Застрахованою особою або її представником) Страховику платіжному документі. Днем здійснення страхового відшкодування/здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика або дата видачі готівкових коштів через касу Страховика. Факт здійснення Страховиком страхової виплати/відшкодування підтверджується касовим ордером або платіжним дорученням.

4.10. Страхова сума (ліміт відшкодування), зазначена в Договорі за кожним видом страхування (програмою), після здійснення Страховиком страхової виплати/виплати страхового відшкодування відповідно зменшується на розмір такої виплати/відшкодування.

4.11. Загальна сума страхових виплат/відшкодувань за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми (ліміту відшкодування), встановленої Договором.

4.12. Одержувачами суми страхового відшкодування/виплати можуть бути:

а) уповноважений Представник Страховика за кордоном;

б) Застрахована особа, спадкоємець Застрахованої особи у разі смерті Застрахованої особи за кордоном або інша фізична чи юридична особа в Україні, яка (ий) за погодженням із уповноваженим Представником Страховика (безпосередньо Страховиком) особисто самостійно сплатила (в) вартість медичної допомоги за кордоном при настанні страхового випадку.

4.13. Сума страхового відшкодування (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 (Додатком 1 до Оферти).

4.14. При настанні страхового випадку, зазначеного у пункті 2.3 Оферти (в разі, якщо страхування від таких ризиків включено до умов Договору та за них сплачено страховий платіж), Страховик здійснює страхові виплати у таких розмірах:

а) у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку - 100% страхової суми по добровільному страхуванню від нещасних випадків;

б) при встановленні Застрахованій особі інвалідності I-ої групи внаслідок нещасного випадку - 100% страхової суми по добровільному страхуванню від нещасних випадків, II-ої групи – 80 % страхової суми по добровільному страхуванню від нещасних випадків;

4.14.1. 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 страховою сумою, зазначеною в Договорі, і сумою всіх страхових виплат, здійснених за Договором.

4.15. Страхове відшкодування/Страхова виплата сплачується Страховиком в межах страхової суми (ліміту страхової суми), зазначеної в Договорі, за вирахуванням франшизи, якщо франшиза встановлена в Договорі.

4.16. У випадку, коли сума можливих витрат передбачених пунктами 2.1 і 2.2 Оферти / Додатком 1 до Оферти при настанні страхового випадку може перевищити страхову суму (ліміт страхової суми), Страховик, в першу чергу, відшкодовує витрати на невідкладну медичну допомогу, спрямовану на усунення загрози життю та стабілізацію медичного стану Застрахованої особи.

4.17. 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 місці її тимчасового перебування, дозволяє здійснити її медичну репатріацію в Україну, Страховик сплачує витрати на таке перевезення. Якщо Застрахована особа відмовляється від медичної репатріації в Україну, вона втрачає право на оплату цієї послуги Страховиком у подальшому.

4.18. 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 унеможливує 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 іншим випадкам, які мали місце після закінчення строку дії Договору.

5. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ ДЛЯ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ/СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

5.1. Загальний перелік документів для випадків, зазначених в п.п. 2.1, 2.2, 2.3 Оферти:

- оригінал або копію Заяви-приєднання (Акцепту);
- копію національного паспорту Застрахованої особи (копія 1-ої, 2-ої, 11-ої сторінок);
- копію закордонного паспорту (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;
 - заява про страхову виплату/страхове відшкодування, її (його) одержувача із зазначенням способу отримання суми страхової виплати/ відшкодування, поштової адреси і банківських реквізитів.
- 5.2.** Додатковий перелік документів для випадків, зазначених в пункті 2.1 Оферти
- 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 Заяви-приєднання (Акцепту), 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 Представника Страховика (безпосередньо до Страховика) з відмітками про дату дзвінка, номер абонента тривалість та вартість розмови.
- 5.3.** Додатковий перелік документів для випадків, зазначених в пункті 2.2 Оферти
- оригінали проїзних документів (в тому числі і невикористані на зворотній проїзд Застрахованою особою або третіми особами квитки на зворотній проїзд в Україні);
 - документи та відомості, необхідні для визначення характеру страхового випадку, а саме:
 - а)** у разі відміни оплаченої зворотної подорожі у зв'язку із обов'язковою участю Застрахованої особи в судовому розслідуванні за кордоном за постановою суду, що відбудеться у строк здійснення подорожі за кордон – документи відповідних компетентних органів, позови, претензії третіх осіб, виклик до суду, судове рішення, інші докази страхового випадку (якщо є);
 - б)** у разі затримки або відміни авіарейсу, затримки доставки багажу – документи авіаперевізника про затримку або відміну авіарейсу, про затримку доставки багажу із зазначенням причин, документи про оформлення багажу (чеки, багажні квитанції тощо), митну декларацію з відмітками митниці;
 - 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 наявність збитків внаслідок подій, зазначених у розділі 2.2 Оферти.
- 5.4.** Додатковий перелік документів для випадків, зазначених в пункті 2.3 Оферти:
- 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 адрес та телефонів, 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 по 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 Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – довідка медико-санітарної експертної комісії (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 із історії хвороби Застрахованої особи, що містять діагноз, відомості про лікувальний процес, прізвище, ініціали, печатку лікаря, який підготував виписку.
- 5.5.** 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.
- 5.6.** Всі 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.
- 5.7.** 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.

6. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ/СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 6.1.** Причинами відмови у страховій виплаті / виплаті страхового відшкодування є:
- 6.1.1.** навмисні дії Застрахованої особи (її представників), спрямовані на настання страхового випадку, крім випадків, коли ці дії пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Застрахованої особи (її представників) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
 - 6.1.2.** вчинення Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
 - 6.1.3.** подання Застрахованою особою (його представниками) свідомо неправдивих відомостей про причини, обставини страхового випадку, розмір збитків;
 - 6.1.4.** отримання Застрахованою особою повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;
 - 6.1.5.** неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страховика або уповноваженого Представника Страховика про

настання страхового випадку без поважних на це причин;

6.1.6. створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

6.1.7. невиконання Застрахованою особою обов'язків, передбачених умовами Договору;

6.1.8. інші випадки, передбачені законодавством України.

6.2. Додатково до пункту 6.1 Оферти причинами відмови у виплаті страхового відшкодування/страховій виплаті є навмисні дії близького родича, чоловіка (дружини) Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку; вчинення близьким родичем, чоловіком (дружиною) Застрахованої особи умисного злочину, інших протиправних дій, що призвели до страхового випадку.

6.3. Рішення про відмову у страховій виплаті повідомляється особі, що подала заяву про страхову виплату / виплату страхового відшкодування, письмово з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття Страховиком відповідного рішення.

6.4. Відмова Страховика у страховій виплаті / виплаті страхового відшкодування або розмір виплати можуть бути оскаржені в судовому порядку.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ. УМОВИ ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

7.1. Договір набирає чинності з 00 год. 00 хв. дати, зазначеної як дата початку строку дії Договору відповідно до умов зазначених в Заяві-приєднання (Акцепті) в графі «Строк дії Договору», але не раніше дати наступної за датою надходження страхового платежу на рахунок Страховика.

7.2. Дія Договору закінчується о 24 годині 00 хвилин дати, зазначеної як дата закінчення строку дії Договору відповідно до умов зазначених в Заяві-приєднання (Акцепті) в графі «Строк дії Договору», якщо інші обставини передбачені Договором не призвели до дострокового припинення його дії.

7.3. Дія договору триває протягом кількості застрахованих днів, зазначених в Заяві-приєднанні (Акцепті). У випадку використання всіх застрахованих днів (кількість використаних застрахованих днів визначається шляхом підсумовування днів перебування за межами території України в період дії Договору) договір вважається таким, що закінчився у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі.

7.4. Договір вважається таким, що не набув чинності по відношенню до Застрахованих осіб, що знаходились за межами території України на дату приєднання до Оферти.

7.5. Дія Договору може бути достроково припинена у разі:

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

7.5.2. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

7.5.3. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23, 24 Закону України «Про страхування»;

7.5.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

7.5.5. дострокового планового повернення на територію України, з моменту, коли Застрахована особа, яка повертається із закордонної подорожі, перетне державний кордон при в'їзді в Україну (країну її постійного проживання чи громадянства).

7.5.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

7.6. Дія Договору може бути достроково припинена на вимогу Страхувальника або Страховика.

7.7. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до обумовленої дати припинення.

7.7.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому частину Страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% та фактичних страхових виплат/відшкодувань, що були здійснені за Договором.

7.7.2. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачений ним Страховий платіж повністю.

7.7.3. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачений ним Страховий платіж.

7.8. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30%, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

7.9. Внесення змін і доповнень до Договору можливе лише за взаємною письмовою згодою Страховика та Страхувальника. Будь-які зміни, доповнення до Договору оформлюються відповідними додатковими угодами до Договору, які після підписання стають його невід'ємними частинами, або шляхом переукладення Договору.

7.10. Місцем дії Договору є визначена в Заяві-приєднанні (Акцепті) територія дії Договору. Договір на території України (країни постійного проживання/перебування або громадянської належності Застрахованої особи) не діє.

7.10.1. Підтвердженням тимчасового перебування за кордоном є віза або її аналоги та позначки у паспорті для виїзду за кордон. Документ, що дає право на постійне (у т.ч., з визначеним терміном) проживання/перебування за межами України, виданий уповноваженим органом країни перебування, не дає право на отримання страхової виплати/відшкодування.

7.11. Виключаються з території дії Договору:

а) окремі території країн (адміністративні одиниці), в межах яких відбуваються воєнні конфлікти в період настання страхового випадку;

б) тимчасово окуповані, анексовані чи спірні території, території невизнаних Україною в установленому порядку держав;

с) території, щодо яких МЗС України надало рекомендацію утриматися від поїздок до перетину Застрахованою особою кордону.

7.12. Територія дії Договору за даною Офертою поділяється на 3 зони, а саме:

7.12.1. «Європа (в т.ч. СНД)». За умовами Оферти, до даної 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 (Білорусь, Болгарія, Угорщина, Молдавія, Польща, Росія, Румунія, Словаччина, Чехія), Казахстан, Туреччина, Грузія, Кіпр, Азербайджан, Вірменія.

7.12.2. «Весь світ, крім США, Канади». За умовами Оферти, до даної зони належать всі країни світу, крім США, Канади та тих країн, які є у винятках, (пункт 7.8. Оферти).

7.12.3. «Весь Світ». За умовами Оферти, до даної зони належать всі країни світу, крім тих, які є у винятках (пункт 7.8. Оферти).

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страховик зобов'язаний:

8.1.1. ознайомити Страхувальника, Застраховану особу з умовами Договору і Правилами;

8.1.2. видати Страхувальнику, Застрахованій особі примірник (и) Заяви-приєднання (Акцепту);

8.1.3. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати / виплати страхового відшкодування;

8.1.4. при настанні страхового випадку та отриманні всіх необхідних документів здійснити страхову виплату/ відшкодування у передбачений Договором строк;

8.1.5. у випадку прийняття рішення про відмову у страховій виплаті/відшкодуванні письмово повідомити про це її одержувача із обґрунтуванням причин відмови;

8.1.6. у разі втрати примірника підписаної Заяви-приєднання (Акцепту) на підставі письмової заяви Застрахованої особи протягом 2 (двох) робочих днів організувати видачу дублікату втраченого примірника;

8.1.7. тримати в таємниці відомості про Застрахованих осіб та їх майнові стани, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

8.2. Страховик має право:

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

8.2.2. 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/ відшкодування до отримання офіційної відповіді, але не більше 60 (шістдесят) робочих днів;

8.2.3. самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, звертатись із запитом до компетентних органів за документами,

необхідними для прийняття рішення про страхову виплату/відшкодування, якщо документів, наданих Застрахованою особою (Вигодонабувачем) недостатньо;

8.2.4. проводити незалежну експертизу обставин страхового випадку;

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

8.2.6. відмовити у здійсненні страхової виплати/відшкодування відповідно до розділу 6 Оферти.

8.2.7. ініціювати дострокове припинення дії Договору;

8.2.8. ініціювати внесення змін до Договору;

8.2.9. у разі зміни ступеня страхового ризику вносити зміни у Договір.

8.3. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана:

8.3.1. до отримання медичної чи будь-якої іншої допомоги, передбаченої програмою страхування, повідомити Страховика або уповноваженого Представника Страховика про настання страхового випадку за телефонами:

+38 044 239 88 00,

+38 095 280 82 43 тільки для смс повідомлень;

Email address: coris@coris.ua;

SKYPE: CORIS.UA;

Viber +38 068 239 88 00

та виконувати всі рекомендації Страховика або уповноваженого Представника Страховика щодо отримання і/або оплати медичної, медично-транспортної допомоги. У 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;

8.3.2. при настанні страхового випадку надати Страховику документи про причини і обставини настання страхового випадку;

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

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

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

8.3.6. передати Страховику всі документи, необхідні для здійснення Страховиком права вимоги до осіб, винних у заподіянні збитків (в частині добровільного страхування фінансових ризиків), дотримуватись Договору і Правил.

8.4. Застрахована особа має право:

8.4.1. ознайомитись з умовами Договору і Правилами;

8.4.2. отримати страхову виплату (або страхове відшкодування) при настанні страхового випадку у строк, передбачений Офертою;

8.4.3. оскаржити в порядку, передбаченому законом, відмову Страховика у страховій виплаті (або виплаті страхового відшкодування) або розмір виплати, здійсненої Страховиком; отримати дублікат Заяви-приєднання (Акцепту) у разі його втрати (після видачі дублікату втрачений примірник вважається недійсним і ніякі виплати/відшкодування по ньому не здійснюються);

8.4.4. одержати будь-які роз'яснення за укладеним Договором.

8.5. Страхувальник має право:

8.5.1. ознайомитись з умовами Договору і Правилами;

8.5.2. одержати будь-які роз'яснення за укладеним Договором.

8.5.3. за письмовою заявою отримати Договір на паперовому носії, підписаний оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика у порядку, встановленому 1.8 Оферти.

9. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

9.1. Усі спори за Договором між Страховиком, Страхувальником та Застрахованою особою вирішуються шляхом переговорів.

9.2. При недосягненні згоди спори мають бути передані на розгляд суду у порядку, передбаченому законодавством України.

10. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

10.1. За винятком випадків, коли Договір оформлено не належним чином з вини Страхувальника, Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати / виплати страхового відшкодування шляхом сплати пені у розмірі 0,01% за кожен день затримки, але не більше подвійної облікової ставки НБУ.

11. ІНШІ УМОВИ

11.1. Сторони звільняються від виконання зобов'язань по Договору 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.

11.2. Усі повідомлення та відомості, що направляються Сторонами Договору одна одній, здійснюються у письмовій формі і вважаються наданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, або надані особисто з врученням під розпис відповідальній особі, а також надані/повідомлені – телефаксом, електронною поштою тощо з подальшим направленням повідомлення або документів рекомендованим листом або з доставкою такого повторного повідомлення чи документів посильним.

У вирішенні всіх питань, не врегульованих Договором, Сторони керуються Правилами, законодавством України. У випадку розбіжностей між положеннями Правил страхування і Оферти, у т.ч. Заяви-приєднання (Акцепту), перевага надається положенням Оферти та Заяви- приєднання (Акцепту).

11.3. Страхувальник, Застрахована особа отримали всю інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені частиною другою статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» та засвідчують, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування клієнтів Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком.

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

11.5. 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 свою повну однозначну необмежену строком письмову згоду на обробку своїх персональних даних (в тому числі про стан свого здоров'я) в порядку та на умовах, визначених «Положенням про обробку і захист персональних даних у базах персональних даних, володільцем яких є ПрАТ «СК «УНІКА», та відповідним чинним законодавством щодо захисту персональних даних, а саме згоду на: (1) на передачу своїх персональних даних 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, що надають послуги зі страхування, перестрахування та врегулювання страхових випадків тощо: у зв'язку із (1а) укладенням та супроводженням Договору; (1б) з'ясуванням обставин страхових випадків під час їх врегулювання (зокрема, при направленні запитів до медичних закладів та установ, правоохоронних органів, рятувальних служб тощо); (1в) перевірці належності Страхувальника до осіб, на яких поширюється дія санкцій*; (1г) проведенням маркетингових досліджень ринку страхових послуг та дослідженням рівня задоволеності клієнтів страховими послугами Страховика; (2) на доступ до своєї кредитної історії, збір, зберігання, використання та отримання від Бюро кредитних історій інформації щодо себе (в т. ч. 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 та/або партнерів Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів та отримання повідомлень будь-якими засобами зв'язку.

Страхувальник підтверджує, що письмово повідомлений про те, що з моменту укладення Договору його персональні дані будуть включені до баз персональних даних, володільцем яких є Страховик, з місцезнаходженням персональних даних у м. Київ, вул. Саксаганського, 70-А, та баз персональних даних партнерів, яким Страховик може передавати персональні дані відповідно до мети обробки персональних даних Страхувальника.

Персональні дані обробляються в обсязі, що міститься в Договорі та інших документах, поданих Страхувальником Страховику під час укладення Договору, та/або тих документах, які будуть отримані Страховиком під час виконання умов Договору, в тому числі від третіх осіб.

Страхувальник підтверджує, що зі своїми правами відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» ознайомлений у повному обсязі.

*Під санкціями слід розуміти – санкції та інші заходи впливу/контролю будь-якого формату, що ініційовані будь-якими країнами, об'єднаннями країн та організаціями, рішення і акти яких є юридично обов'язковими та/або рекомендованими до виконання, або щодо яких прийнято рішення відповідно до внутрішніх процедур Страховика враховувати у своїй діяльності критерій належності Страхувальника до осіб, на яких поширюється дія таких санкцій/інших заходів впливу/контролю (в т.ч., але не виключно, переліки національних та публічних іноземних діячів, санкційні списки України, США, Європейського Союзу, Великобританії тощо).

Страхувальник/представник Страхувальника підписанням Договору підтверджує, що отримав від Застрахованих

осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, повну однозначну необмежену строком письмову згоду на обробку їх персональних даних Страховиком з метою та обсягах, в яких Страхувальник/представник Страхувальника надав згоду на обробку своїх персональних даних, а також підтверджує, що Застраховані особи, Вигодонабувачі ознайомлені зі своїми правами відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» та письмово повідомлені про включення їх персональних даних до баз персональних даних, володільцем яких є Страховик, з місцезнаходженням персональних даних у м. Київ, вул. Саксаганського, 70-А, та баз персональних даних партнерів, яким Страховик може передавати персональні дані відповідно до мети обробки персональних даних Застрахованих осіб, Вигодонабувачів.

Страхувальник протягом 2 (двох) робочих днів з дня отримання запиту зобов'язаний надати Страховику письмову згоду Застрахованої особи або Вигодонабувача на обробку їх персональних даних з врахуванням вищезазначених вимог щодо необхідних мети та обсягу обробки персональних даних Застрахованої особи, Вигодонабувача.

Шляхом акцептування цієї Оферти Страхувальник підтверджує, що всі Застраховані особи за цим Договором добровільно погодилися на страхування на умовах, зазначених у Договорі, надали Страхувальнику, а, отже, і Страховику повну однозначну необмежену строком письмову згоду на обробку їх персональних даних з метою та в обсягах, передбачених Страховиком у даному Договорі, та зобов'язуються виконувати умови Договору. У випадку, якщо будь-якою особою (у т.ч. компетентними державними органами) на Страховика будуть звернені будь-які стягнення/пред'явлені будь-які санкції у зв'язку з тим, що Застраховані особи не надали згоди на страхування та/або не були попереджені Страхувальником про страхування за Договором та/або не надали Страхувальнику та, відповідно, Страховику повної однозначної необмеженої строком письмової згоди на обробку їх персональних даних з метою та в обсягах, передбачених Страховиком у даному Договорі, а так само якщо Вигодонабувачі не надали Страхувальнику та, відповідно, Страховику повної однозначної необмеженої строком письмової згоди на обробку своїх персональних даних в обсягах, передбачених Страховиком у даному Договорі, Страхувальник зобов'язується їх відшкодувати у розмірі, як, якби Страховик сам їх відшкодував. Зобов'язання Страхувальника, визначені у цьому пункті, не обмежені строком дії Договору.

11.6. Шляхом акцептування цієї Оферти Страхувальник підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та передає Страховику згоду на звернення Страховика із запитом до закладів охорони здоров'я, правоохоронних органів та інших компетентних установ, що можуть надати роз'яснення з приводу обставин настання Страхового випадку, в тому числі інформацію щодо стану здоров'я Застрахованої особи та отриману медичну допомогу, а також згоду на отримання Страховиком діагнозів, історій хвороб Застрахованої особи та іншої інформації, що становить лікарську таємницю, та використання отриманої інформації згідно з умовами цього Договору із дотриманням конфіденційності.

11.7. Умова щодо торгових та економічних санкцій. Незважаючи на будь-які умови Договору, за цим Договором не надається та страхова виплата/страхове відшкодування не виплачується Страхувальнику, Застрахованій особі або будь-якій особі – Вигодонабувачу за Договором, якщо ці умови страхування, будь-яка оплата або відшкодування, послуга або діяльність Страхувальника, Застрахованої особи у будь-якій мірі порушує будь-які норми або вимоги ООН, норми або законодавство Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, Сполучених Штатів Америки, Швейцарії, України щодо застосування торгових або економічних санкцій.

11.8. Шляхом акцептування цієї Оферти відповідно до п. 1.5 Оферти Страхувальник підтверджує, що з Правилами та Офертою ознайомлений та згоден.

СТРАХОВИК:

**Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «УНІКА»,
в особі Голови Правління Ульє О.В.**

Місцезнаходження:

Україна, 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, буд. 70-А.

Тел.. (044) 225 60 00;

Цілодобовий інформаційний центр:

0-800-600-600 (цілодобово, дзвінки по Україні безкоштовно) E-mail: office@unika.ua

п/р 265041855 в АТ Райффайзен Банк Аваль МФО 380805

код ЄДРПОУ 20033533



М.П.