

**ОФЕРТА ЩОДО УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО КОМПЛЕКСНОГО
СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА КОРДОН
№1610/20191003 від 03/10/2019 р.**

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

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

1.2. Договір укладається відповідно до «Правил добровільного страхування медичних витрат» затверджених Державною комісією з регулювання 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 регулювання 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 вантажів та багажу (вантажобагажу)», затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України за номером 1116024 від 14.01.2016 року (Ліцензія Серія АЕ № 293972, видана (в порядку переоформлення) Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, строк дії з 07.08.2014 р. безстроково), (надалі – «Правила»), умов викладених у цій Оферті, із дотриманням вимог Цивільного кодексу України, Закону України «Про страхування» та інших нормативно-правових актів законодавства України.

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

1.4. Договір складається з цієї Оферти та Заяви-приєднання (надалі – Акцепт), встановленої Страховиком форми та підписаної Клієнтом у 2-х екземплярах по одному примірнику для Сторін, які мають однакову юридичну силу, і вважається укладеним в письмовій формі у спрощений спосіб, у розумінні частини 1 статті 181 Господарського кодексу України з моменту приєднання Клієнта до умов Оферти шляхом підписання Акцепту та повної оплати Клієнтом загального страхового платежу згідно умови порядку сплати загального страхового платежу за Договором. Датою оплати вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика. У випадку сплати загального страхового платежу за відсутності підписаного Клієнтом Акцепту сплачений платіж підлягає поверненню Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання письмової вимоги про його повернення платнику згідно реквізитів, зазначених у вимозі.

1.5. Оферта складається та підписується в одному екземплярі, який зберігається у Страховика. Оферта розміщена Страховиком в мережі Інтернет <https://uniga.ua/ua/buy/oferta-i-aktsept> та доступна до вільного ознайомлення.

1.6. Акцепт оформлюється в двох примірниках з унікальним номером, ідентичним для обох примірників. Один оригінальний підписаний Клієнтом примірник Акцепту зберігається у Страховика, а другий - у Страхувальника на підтвердження укладення Договору.

1.7. Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника. Номер Договору присвоюється Страховиком та зазначається у Акцепті.

1.8. Страховик: Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «УНІКА», код ЄДРПОУ- 20033533; місцезнаходження: Україна, 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, буд. 70-А. e-mail: office@uniga.ua, - в особі Голови Правління Ульє Олени Володимирівни, що діє на підставі Статуту.

1.9. Страхувальник: дієздатна фізична особа, визначена в Заяві.

1.10. Застрахована особа: фізична особа віком від 3 років до 60 років, на користь якої здійснюється страхування, та особисті дані якої визначені в Заяві.

На страхування не приймаються інваліди будь-якої групи (в тому числі особи зі статусом «дитина інвалід»), особи, які знаходяться на обліку в психоневрологічному диспансері. У разі наявності зазначених обставин до початку дії договору страхування, Договір вважається таким, що не набув чинності у відношенні до такої Застрахованої особи. У Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором у відношенні до такої Застрахованої особи. За письмовою заявою Страхувальника Страховик протягом 10 (десяти робочих днів) повертає йому сплачений страховий платіж за відповідну особу згідно реквізитів, зазначених у заяві.

1.11. Вигодонабувачем за Договором є Застрахована особа, у разі смерті Застрахованої особи – її спадкоємець відповідно до закону.

1.12. Програма страхування - встановлений Страховиком перелік умов страхування, що пропонується Страхувальнику. Умовами Договору передбачені наступні Програми страхування:

1.12.1. «Premium Package 60/20»;

1.12.2. «Premium Package 90/30».

1.13. Обрана Програма страхування, персональні дані Страхувальника та Застрахованих осіб, обраний страховий 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 із запропонованих Страховиком варіантів.

1.14. Повіреном за Договором є Акціонерне товариство «Райффайзен Банк Аваль».

1.15. Предметом Договором є:

1.15.1. У частині добровільного страхування медичних витрат - майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із можливими медичними витратами при настанні подій, обумовлених Договором, при здійсненні Застрахованою особою подорожі за кордон.

1.15.2. У частині добровільного страхування фінансових ризиків - майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з фінансовими збитками, при здійсненні Застрахованою особою подорожі за кордон, а саме:

1.15.2.1. затримки або відміни авіарейсу;

1.15.2.2. втрати або викрадення документів Застрахованої особи: паспорту, проїзного документу, посвідчення водія, свідоцтва, що посвідчує реєстрацію транспортного засобу, що належить Застрахованій особі на законних підставах.

1.15.3. В частині добровільного страхування багажу при подорожах за кордон - майнові інтереси Застрахованої особи, що не суперечать законодавству України, пов'язані зі збитками, що сталися внаслідок: затримки доставки багажу, знищення багажу.

Під «багажем» розуміються особисті речі Застрахованої особи (предмети багажу), що перевозяться при здійсненні подорожі за кордон авіаперевізником, а саме: речі, що оформлені

Застрахованою особою як багаж в транспортній організації, а також ручна поклажа.

1.16. Страхова сума за Договором, зокрема для кожної із Програм страхування, встановлюється в розмірі:

1.16.1. в частині добровільного страхування медичних витрат – 50 000 EUR;

1.16.2. в частині добровільного страхування фінансових ризиків – 1 300 EUR;

1.16.3. в частині добровільного страхування багажу – 700 EUR. Страхова сума підлягає перерахунку EUR до гривні на дату укладання Договору за курсом Національного Банку України.

1.17. Страхова премія за Договором, для Програми страхування «Premium Package 60/20», встановлюється в розмірі 930 UAH, зокрема:

1.17.1. в частині добровільного страхування медичних витрат – 846 UAH;

1.17.2. в частині добровільного страхування фінансових ризиків – 62 UAH;

1.17.3. в частині добровільного страхування багажу – 22 UAH.

1.18. Страхова премія за Договором, для Програми страхування «Premium Package 90/30», встановлюється в розмірі 1 030 UAH, зокрема:

1.18.1. в частині добровільного страхування медичних витрат – 986 UAH;

1.18.2. в частині добровільного страхування фінансових ризиків – 73 UAH;

1.18.3. в частині добровільного страхування багажу – 34 UAH.

1.19. Страховий тариф за Договором визначається в момент акцептування Страхувальником цієї Оферти, в частині кожного виду страхування як ставка страхової премії до страхової суми, з урахуванням офіційного курсу гривні до євро, встановленого Національним Банком України на дату укладання Договору.

1.20. Договором встановлюється безумовна франшиза для Програми страхування «Premium Package 60/20» в розмірі 100 EUR в частині добровільного страхування медичних витрат відповідно до умов, викладених в п. 3.1.2. Оферти.

1.21. Повіреном за Договором є Акціонерне товариство "Райффайзен Банк Аваль".

2. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. В 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 необхідністю відшкодування понесених медичних витрат і/або з приводу організації надання і оплати медичної допомоги, медичної або посмертної репатріації Застрахованої особи в Україну або поховання за кордоном у обсязі та у порядку, передбачених даною Офертою, при настанні подій, що зазначені нижче, якщо ці події відбулись під час виконання поміркованих фізичних навантажень або у побуті, в тому числі під час заняття Застрахованою особою спортом (крім випадків участі Застрахованої особи у спортивних змаганнях або зборів), у строк та у місці дії Договору та медичні, медично-транспортні витрати були погоджені із Страховиком і/або уповноваженим Представником Страховика за кордоном, визнані ними доцільними та виправданими, а саме:

а) 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;

б) ушкодження організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

в) гострий зубний біль, що виник внаслідок гострого захворювання зуба чи прилеглих тканин, або щелепної травми внаслідок нещасного випадку;

г) ускладнення вагітності Застрахованої особи;

д) смерть (загибель) Застрахованої особи внаслідок випадків, зазначених у п.п. 2.1.а, б, г Оферти.

2.2. В частині добровільного страхування фінансових ризиків страховим випадком є факт понесення Застрахованою особою фінансових збитків в результаті подій, що зазначені нижче, якщо ці події відбулись у строк та у місці дії Договору та витрати на відшкодування фінансових збитків були погоджені із

Страховиком і/або уповноваженим Представником Страховика за кордоном, визнані ними доцільними та виправданими. До причин, що призвели до фінансових збитків, які відшкодовуються відповідно до Договору, належать:

2.2.1. затримка або відміна авіарейсу;

2.2.2. 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.

2.3. В частині добровільного страхування багажу при подорожах за кордон страховими випадками визнаються повна загибель, пропаша (зникнення) багажу, що мали місце у строк та в місці дії Договору, підтверджені документально та є наслідками таких подій:

а) стихійного лиха (бурі, граду, повені, затоплення, землетрусу, урагану, селю, оповзню, зсуву ґрунту тощо);

б) пожежі, вибуху, удару блискавки, заходів пожежогасіння;

в) крадіжки, грабежу, розбою;

г) затримки доставки багажу авіаперевізником, втрати або знищення багажу третіми особами.

3. ВИТРАТИ, ЩО ВІДШКОДОВУЮТЬСЯ СТРАХОВИКОМ

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

3.1.1. невідкладну (швидку) медичну допомогу на до госпітального 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);

3.1.2. невідкладне амбулаторне лікування на до госпітального етапі і/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;

3.1.3. 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 в межах страхової суми до тих пір, доки стан Застрахованої особи не дозволить перевезти її в Україну;

3.1.4. 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. Відшкодовується вартість проїзду однієї особи до місця госпіталізації Застрахованої особи за кордоном і в зворотному напрямку економічним класом, вид транспорту визначає Страховик;

3.1.5. невідкладну стоматологічну допомогу при гострому зубному болю на суму до 200,00 (двохсот) EUR;

3.1.6. невідкладну гінекологічну і акушерську допомогу у строк вагітності, що не перевищує 28 (двадцять восьми) тижнів включно;

3.1.7. придбання лікарських засобів, призначених лікарем, для надання невідкладної допомоги;

3.1.8. доставку лікарських засобів, призначених лікарем, для надання невідкладної допомоги, у місце страхового випадку, якщо лікарські засоби не можна придбати на місці;

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

3.1.10. 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.

У разі необхідності при невідкладній (екстреній) госпіталізації, медичній або посмертній репатріації Застрахованої особи в Україну, Страховик відшкодовує витрати на опіку, кваліфікований супровід та/або повернення в Україну його неповнолітніх дітей, які залишилися за кордоном без нагляду, якщо Застрахована особа була їх єдиним супроводжувачем;

3.1.11. 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);

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 його медичну репатріацію в Україну і якщо немає медичних протипоказань для здійснення медичної репатріації;

3.1.12. 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.

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 раптового захворювання відповідно до пункту 2.1 а), б), в), г) Оферти.

3.1.13. 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 Україні.

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 раптового захворювання відповідно до пункту 2.1 а), б), в), г) Оферти.

3.1.14. 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 нетранспортувальною та її повернення в Україну за медичним висновком повинно бути організовано у більш пізній строк (в межах страхової суми, зазначеної в Договорі страхування);

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. Відшкодовується вартість проїзду однієї особи до місця госпіталізації Застрахованої особи за кордоном і в зворотному напрямку економічним класом. При цьому вид транспорту визначає Страховик.

3.1.15. У випадках зазначених в пунктах: 3.1.3, 3.1.11, 3.1.12, 3.1.13, 3.1.14 а) Оферти, Страховик отримує право на реалізацію невикористаних Застрахованою особою квитків на зворотній шлях в Україну.

3.2. В частині добровільного страхування фінансових ризиків, при настанні подій зазначених у пункті 2.2.1 Оферти, Страховик відшкодовує:

3.2.1. при настанні подій, зазначених у пункті 2.2.1 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 10,00 (десяти) EUR за кожну годину відкладення відправлення літака - в межах 100,00 (ста) EUR на один страховий випадок та 500,00 (п'ятисот) EUR протягом дії Договору;

3.2.2. при настанні подій, зазначених у пункті 2.2.2 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 – в межах 100,00 (ста) EUR на один страховий випадок та 400,00 (чотирьохсот) EUR протягом дії Договору.

3.2.3. при настанні подій, зазначених у пункті 2.3 Оферти:

а) у випадку затримки доставки багажу, що перевозився авіаційним транспортом, зареєстрованим відповідно до митних правил, упродовж 6 (шести) годин після його прибуття в аеропорт, крім прибуття в країну постійного проживання - виплачується 10,00 (десять) EUR за кожну годину затримки багажу, але не більше 100,00 (ста) EUR на один страховий випадок та 300,00 (трьохсот) EUR протягом дії Договору;

б) у випадку втрати або знищення багажу, що перевозився авіаційним транспортом і був зареєстрований відповідно до митних правил, у період, коли авіаперевізник відповідав за збереження багажу, виплачується частина страхової суми у розмірі 200 (двісті) EUR за кожну одиницю втраченого або знищеного багажу, але не більше 400 (чотирьохсот) EUR на весь період дії договору.

3.2.4. у випадку запізнення Застрахованої особи на рейс через стан здоров'я, що потребував невідкладної медичної допомоги виплачується частина страхової суми у сумі 50,00 (п'ятдесяти) EUR на один страховий випадок, але не більше 400,00 (чотирьохсот) EUR на весь період дії договору;

3.2.5. у випадку запізнення Застрахованої особи на рейс-стикетку через затримку попереднього рейсу, який мав доставити до місця пересадки за межами України, виплачується частина страхової суми у сумі 50,00 (п'ятдесяти) EUR на один страховий випадок, але не більше 400,00 (чотирьохсот) EUR на весь період дії договору.

3.3. При врегулюванні збитків еквівалент суми страхового відшкодування, що зазначено в євро, перераховується по курсу Національного Банку України на дату страхового випадку.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Не є страховими випадками події, зазначені у пунктах 2.1 – 2.2 Оферти, що стались внаслідок:

- ядерного вибуху, впливу радіації будь-якого походження;
- раптового погіршення екологічної ситуації з причини радіаційного, хімічного та бактеріологічного забруднення навколишнього середовища;
- 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 вининенні заколоту;
- служби Застрахованої особи в будь-яких військових силах чи формуваннях, в правоохоронних структурах, пожежній охороні, в охороні комерційних структур;
- недотримання Застрахованою особою вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень;
- умисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень;

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

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

- керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом (автомобілем, мотоциклом, моторним човном тощо) 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;

- скоєння Застрахованою особою протиправних дій або злочину;

- 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).

4.2. В частині страхування медичних витрат, додатково до пункту 4.1 Оферти, Страховик не відшкодовує:

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

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

- будь-які медичні витрати, що здійснені у зв'язку з подією, що відбулась поза строком і місцем дії Договору;

- медичні витрати у зв'язку із заняттями будь-якими видами польотів, включаючи авіаспорт (за винятком подорожі Застрахованої особи в якості пасажера, яка сплатила проїзд регулярним авіа рейсом по встановленому маршруту, а також професійних пілотів і членів екіпажів літального апарату);

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

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

- витрати на медичні перевезення у випадку, коли, на думку лікаря уповноваженого Представника Страховика, Застрахована особа фізично спроможна повернутись до місця її постійного проживання у якості звичайного пасажера регулярного рейсу авіаційного, залізничного, автомобільного транспорту;

- витрати на медично-транспортну допомогу Застрахованій особі в Україні (країні її постійного проживання чи громадянства), крім випадку, коли медична репатріація Застрахованої особи в Україну (країну його постійного проживання або громадянства) з-за кордону здійснюється у медичний заклад в Україні (країні його постійного проживання або громадянства) з метою подальшого надання йому невідкладної (екстреної) стаціонарної допомоги;

- витрати на хірургічне втручання на серці та судинах (аорто - коронарне шунтування, ангіографію, ангіопластику, тощо), крім станів які потребують невідкладної допомоги;

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

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

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

- витрати на будь-який медичний догляд і лікування, що не пов'язані з необхідністю надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги під час подорожі;

- 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;

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

- витрати на будь-які медичні послуги, пов'язані з діагностикою та лікуванням хронічних або вроджених захворювань і вад, їх ускладнень або наслідків, що існували у Застрахованої особи на момент укладання Договору, крім випадків, коли існує гостра загроза життю Застрахованої особи або виникає необхідність у цілеспрямованих заходах по усуненню гострого болю;

- витрати на будь-яку медичну допомогу, не пов'язану з раптовим захворюванням, травмою чи гострим болем, на медичне обстеження з профілактичною метою; витрати на медичне обстеження (лабораторне, інструментальне) і/або медичний огляд лікарем, після якого не було призначено лікування;

- 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;

- витрати на усунення наслідків самолікування;

- витрати на пластичну хірургію, протезування, ремонт, підбір і придбання окулярів, слухових апаратів, коригуючих або медичних пристроїв, приладів тощо, за винятком випадків, коли такі витрати пов'язані з травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку;

- витрати на стоматологічне лікування, крім випадків надання невідкладної стоматологічної допомоги при гострому зубному болю або нещасному випадку;

- витрати на психотерапевтичне, косметологічне, реабілітаційне, фізіотерапевтичне лікування, лікування методами "нетрадиційної" медицини (мануальна терапія, голкорексфлексотерапія, гомеопатія тощо), геліотерапію, водолікування;

- витрати на будь-які послуги, що пов'язані з контролем за перебігом вагітності, штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, контрацепцією, плановою пологовою допомогою;

- витрати на аборт, крім випадків раптового ускладнення нормального перебігу вагітності або нещасного випадку, коли існує загроза життю Застрахованої особи;

- витрати на діагностику та лікування порушень менструального циклу окрім невідкладних станів;

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

- 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;

- витрати на лікування наслідків алкогольної та наркотичної інтоксикації;

- витрати на лікування психічних, психоневрологічних захворювань та їх загострень;

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

- витрати на послуги чи забезпечення, що перевищують помірні, обґрунтовані розміри їх оплати, тобто не є звичайними, виправданими та доцільними;

- витрати на лікування, яке не відповідає діагнозу;

- витрати на дезінфекції, планові, позапланові вакцинації і щеплення, на лікування захворювань, які виникли внаслідок порушення вимог щодо обов'язкових вакцинацій і щеплень;

- витрати на проведення медичної експертизи;

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

- витрати по відшкодуванню будь-яких нематеріальних збитків;

- витрати на медичну допомогу Застрахованій особі - учаснику спортивних змагань або зборів з боку організаторів цих змагань (зборів) чи лікаря команди;

- витрати на лікування захворювання, з метою отримання якого здійснюється подорож, а також ускладнень цього захворювання;

- витрати на оплату проживання і інші витрати близького родича у випадку, зазначеному у пункті 3.1.14 б) Оферти.

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

- подорож була здійснена Застрахованою особою всупереч медичним протипоказанням для її здійснення;
- медичні послуги одержала інша особа, не застрахована згідно Договору;
- Застрахована особа відмовилась від призначеного обстеження, лікування, медичного перевезення.

4.3. Додатково до пункту 4.1. Оферти в частині добровільного страхування фінансових ризиків Страховик не відшкодує:

- витрати, зазначені у пункті 3.2.1. Оферти, якщо Застрахована особа не пройшла реєстрацію на авіарейс (крім випадків, коли не було можливості пройти реєстрацію через страйк або з технічних причин); про затримку/відміну Застрахованій особі було повідомлено до реєстрації; Застрахована особа відмовилась від польоту до вильоту літака свого рейсу;
- витрати, зазначені у пункті 3.2.2. Оферти у разі конфіскації документів (закордонного паспорту, проїзного документу, посвідчення водія, свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу, що належить Застрахованій особі на законних підставах) митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування; неповідомлення Застрахованою особою відповідних служб щодо загублених, втрачених документів;
- 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;
- витрати на заміну документів, якщо така заміна зумовлена пошкодженням, втратою ними вигляду, придатного для використання тощо.

4.4. В частині добровільного страхування багажу при подорожах за кордон витрати, зазначені у пункті 3.2.3 Оферти, якщо:

- багаж перевозиться авіарейсом, кінцевим пунктом якого є країна постійного проживання Застрахованої особи;
- Застрахована особа не повідомила уповноваженому представникові авіалінії про затримку доставки багажу;
- затримка багажу була викликана митним оглядом;
- втрата/знищення багажу сталась внаслідок конфіскації багажу митними органами чи іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;
- Застрахована особа не повідомила відповідні служби про факт втрати/ знищення багажу.

4.4.1. Додатково до пункту 4.1 Оферти дія Договору не поширюється на такі предмети багажу Застрахованої особи: готівкові гроші в будь-якій валюті, цінні папери, дисконтні та інші банківські картки; вироби із дорогоцінних металів, вироби із коштовного та напівкоштовного каміння, а також дорогоцінні метали в злитках, необроблене коштовне та напівкоштовне каміння без оправ; антикварні та унікальні вироби, твори мистецтва та предмети колекції; проїзні документи, паспорт та будь-які види документів, слайди, фотознімки, фільмокопії; рукописи, плани, схеми, креслення, моделі, бухгалтерські та ділові папери; будь-які види протезів; контактні лінзи; ручні та кишенькові годинники; тварини, рослини та насіння; засоби авто, мото, вело транспорту, повітряні та водні засоби транспорту, а також запасні частини до них.

4.4.2. Страховик не виплачує страхове відшкодування, якщо повна загибель, пропажка (зникнення) багажу сталися внаслідок: зношування, ржавіння, плісняви, втрати кольору та інших природних змін властивостей застрахованих предметів багажу; подрапин, відпущування фарби (фарбування), інших порушень зовнішнього вигляду предметів багажу, що не призвели до порушення його властивостей; електричні або механічні несправності аудіо, відео, кіно, фотоапаратури, комп'ютерної техніки, будь-якого приладдя до них та інших подібних предметів, за виключенням випадків коли це викликано пожежею або аварією транспортного засобу, судна чи повітряного судна, що перевозить такі предмети; бою або пошкодження виробів із фарфору, фаянсу, скла, музичних інструментів та інших крихких предметів, за виключенням випадків, коли бій або пошкодження таких предметів спричинений пожежею, крадіжкою або аварією транспортного засобу, судна чи повітряного судна, що перевозить такі предмети; збитки, завдані витратним матеріалам, кислотам,

фарбам, аерозолям, спреям, косметичним засобам та будь-якими рідинами, які перевозяться в застрахованому багажі, а також збиток, спричинений такими предметами; збитки внаслідок пожежі або вибуху самозаймистих та вибухонебезпечних речовин або предметів, які знаходяться в застрахованому багажі; пошкодженням багажу, що перевозиться окремо або поштовим відправленням.

4.4.3. Не є страховим випадком повна загибель, часткове пошкодження (псування), пропажка (зникнення) спортивного інвентарю, що сталася під час занять спортом, спортивних змагань або використання за прямим призначенням.

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

5. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

5.1. Умови виплати страхового відшкодування при настанні страхового випадку в частині добровільного страхування медичних витрат.

5.1.1. При настанні страхового випадку, зазначеного у пункті 2.1 Оферти, страхове 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.

5.1.2. Одержувачами суми страхового відшкодування можуть бути:

- а) уповноважений Представник Страховика, медичний заклад, інша юридична або фізична особа що надавали/оплатили допомогу Застрахованій особі при настанні страхового випадку;
- б) Застрахована особа, спадкоємець Застрахованої особи у разі смерті Застрахованої особи за кордоном, яка(ий) за погодженням із уповноваженим Представником Страховика (безпосередньо Страховиком) особисто самостійно сплатила(в) вартість медичної допомоги за кордоном при настанні страхового випадку.

5.1.3. Сума страхового відшкодування визначається Страховиком у розмірі витрат на медичну, медично-транспортну допомогу, надану Застрахованій особі при настанні страхового випадку, що підлягає відшкодуванню згідно умов Договору.

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

5.1.4. Якщо Застрахована особа одержала відшкодування від третіх осіб, винних у заподіянні збитку, Страховик виплачує різницю між сумою страхового відшкодування, що підлягає виплаті згідно Договору, і сумою відшкодувань, отриманих Застрахованою особою від третіх осіб. Застрахована особа повинна протягом 5 (п'яти) робочих днів повідомити Страховика про одержання таких сум.

5.1.5. Якщо на момент настання страхового випадку діяли інші договори страхування стосовно предмету Договору, розмір страхового відшкодування розраховується пропорційно розміру страхової суми за Договором, укладеним із Страховиком, до загального обсягу зобов'язань страховиків щодо виплати страхового відшкодування за всіма договорами страхування.

5.1.6. У випадку, коли сума можливих медичних витрат при настанні страхового випадку може перевищити страхову суму (ліміт страхової суми), Страховик в першу чергу відшкодує витрати на невідкладну медичну допомогу, спрямовану на усунення загрози життю та стабілізацію медичного стану Застрахованої особи.

5.1.7. 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.

5.1.8. 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.

5.1.9. Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком шляхом безготівкового переказу на рахунок уповноваженого Представника Страховика, медичного закладу, іншої юридичної або фізичної особи, які здійснювали організацію, оплату і/або надавали допомогу Застрахованій особі при настанні страхового випадку.

5.1.10. Якщо Застрахована особа, особисто за погодженням із уповноваженим Представником Страховика або Страховиком особисто здійснила медичні витрати при настанні страхового випадку, то для отримання страхового відшкодування цих витрат вона повинна не пізніше 10 (десяти) календарних днів після повернення із закордонної подорожі подати Страховику заяву про виплату страхового відшкодування та наступні документи:

- оригінал та копію Договору страхування;
- належним чином завірену копію паспорту громадянина України;
- належним чином завірену копію закордонного паспорту або проїзного документу;
- довідку (оригінал або належним чином завірену копію) про присвоєння Застрахованій особі індивідуального податкового номера (надання вказаної довідки не є необхідним у випадку, якщо паспорт громадянина України містить інформацію про присвоєння Застрахованій особі індивідуального податкового номеру, оформлену належним згідно чинного законодавства чином);
- рахунки на оплату медичних послуг, наданих Застрахованій особі, платіжні документи (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 страхування, 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;
- 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 вписав рецепт;
- квитанції за послуги зв'язку при зверненні Застрахованої особи до Представника Страховика (безпосередньо до Страховика) з відмітками про дату дзвінка, абоненту та тривалості розмови;
- документи, що підтверджують термін перебування Застрахованої особи у закордонній подорожі (закордонний паспорт, проїзний документ, посвідчення про відрядження, туристичний ваучер тощо);
- платіжні документи (чеки, квитанції, платіжні доручення тощо) про сплату Застрахованою особою вартості наданої за кордоном медичної допомоги;
- невикористані Застрахованою особою або третіми особами (у випадках, передбачених пунктом 3.1.15 Оферти) квитки на зворотній проїзд в Україну.

5.1.11. У разі потреби Страховик може вимагати від Застрахованої особи, або особи яка представляє інтереси Застрахованої особи, інші документи про обставини і причини страхового випадку і розмір збитків.

5.1.12. Якщо страховий випадок відбувся під час занять дайвінгом або стрибків з висоти, додатково до п. 5.1.10 Оферти, Застрахована особа подає страховику наступні документи:

- договір про надання послуг з дайвінгу/парашутного спорту із зазначенням відповідальності організатора таких послуг;

- копію дозвільних документів пілота/інструктора і ліцензії на дозвіл займатися таким видом діяльності;

- копію акта про стан спортивного обладнання яке використовується з зазначенням дати останньої перевірки;

- копію документа який свідчить про проходження Застрахованою особою обов'язкового інструктажу з занурення чи стрибків з висоти;

- інформацію про осіб, відповідальних за організацію та дотримання норм безпеки при виконанні занурень або стрибків з висоти (прізвище, ім'я, контактний номер телефону);

- копію документа про стан погодних умов на момент занурення/стрибка з висоти або дозвіл на стрибок з висоти/занурення з боку контролюючих органів (берегова охорона, адміністрація пляжу/готелю/ авіадиспетчера).

5.2. Умови здійснення виплати страхового відшкодування в частині добровільного страхування фінансових ризиків.

5.2.1. Одержувачем суми страхового відшкодування згідно Договору є Застрахована особа.

5.2.2. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування у розмірі прямого дійсного збитку, якого зазнала Застрахована особа внаслідок настання страхового випадку, зазначеного у пунктах 2.2.1 – 2.2.2 Оферти, але не більше страхової суми (ліміту страхової суми), зазначеної в Договорі. Із суми страхового відшкодування вираховується безумовна франшиза, якщо безумовна франшиза встановлена у Договорі.

5.2.2.1. У разі затримки доставки багажу більше ніж на 6 (шість) годин Страховик сплачує 10,00 (десяти) EUR за кожну годину затримки, але не більше ліміту страхової суми, встановленої Договором.

5.2.2.2. У разі запізнення на рейс/стиківку Страховик сплачує 50,00 (п'ятдесяти) EUR по кожному страховому випадку, але не більше 400,00 (чотирьохсот) EUR за весь період дії Договору.

5.2.3. Для одержання страхового відшкодування Застрахована особа упродовж 10 (десяти) діб з моменту настання страхового випадку надає Страховику письмову заяву про виплату страхового відшкодування.

5.3. Разом із заявою про виплату страхового відшкодування Страховику надаються такі документи (належним чином завірені офіційні переклади оригіналів документів, складених на інших, ніж українська, російська, англійська, німецька мова):

- оригінал та копію Договору;
- належним чином завірену копію паспорту громадянина України;

- належним чином завірену копію закордонного паспорту або проїзного документу;

- довідку (оригінал або належним чином завірену копію) про присвоєння Застрахованій особі індивідуального податкового номеру;

- оригінали проїзних документів (квитків);

- документи та відомості, необхідні для визначення характеру страхового випадку, а саме:

- у разі затримки або відміни авіарейсу, затримки доставки багажу, втрати або знищення багажу – документи авіаперевізника про затримку або відміну авіарейсу, про затримку доставки або втрату багажу із зазначенням причин, документи про оформлення багажу (чеки, багажні квитанції тощо), копію закордонного паспорта з відмітками про проходження прикордонного контролю; митну декларацію з відмітками митниці;

- фінансові документи, що підтверджують здійснені Застрахованою особою витрати;

- у разі втрати, загублення 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, загублення або викрадення документів;

- інші документи (транспортної компанії, консульства, готелю та інших установ, послугами яких користувалась Застрахована особа при здійсненні подорожі за кордон), що підтверджують наявність збитків внаслідок подій, зазначених у пунктах 2.2.1. – 2.2.2. Оферти;

- у разі запізнення на рейс через стан здоров'я, який вимагав невідкладної медичної допомоги – надається належним чином оформлений медичний рапорт про стан здоров'я Застрахованої особи, в якому зазначені причина, дата, час

звернення, а також дата, час виписки та термін перебування Застрахованої особи в медичному закладі;

- у разі запізнення Застрахованої особи на рейс-стиківку через запізнення першого рейсу. Застрахована особа має надати оригінал квитка компанії-перевізника, оформлений належним чином квиток, оригінал документу з печаткою та підписами уповноважених осіб компанії-перевізника що підтверджує факт затримки/запізнення рейсу.

5.4. На підставі документів, отриманих відповідно до пунктів 5.1.10, 5.3 Оферти, Страховик упродовж 10 (десяти) робочих днів приймає рішення про здійснення страхової виплати (складає Страховий акт).

5.5. У разі, якщо неможливо визначити розмір збитків або встановити причини, обставини страхового випадку і розмір збитків на підставі документів, отриманих згідно пунктів 5.1.10, 5.3 Оферти, Страховик подовжує строк прийняття рішення про виплату страхового відшкодування 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, у визначених Страховиком медичних закладах. Про продовження строку прийняття рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування Страховик повідомляє Застраховану особу письмово з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання всіх документів.

5.6. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття відповідного рішення (оформлення Страхового акту) способом, зазначеним Застрахованою особою у заяві на виплату - шляхом безготівкового переказу на особистий рахунок, готівково через касу Страховика, тощо.

5.7. Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком в національній грошовій одиниці України (гривні) у перерахунку за курсом НБУ на дату, зазначену у платіжному документі. Днем здійснення виплати страхового відшкодування вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика або дата видачі готівкових коштів через касу Страховика.

Факт здійснення Страховиком страхової виплати підтверджується касовим ордером або платіжним дорученням.

5.8. Страхова сума, зазначена в Договорі страхування за кожним видом страхування, після здійснення Страховиком страхової виплати відповідно зменшується на розмір такої виплати.

5.9. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування по кожній Застрахованій особі.

6. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ / ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

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 в частині добровільного страхування, причинами відмови у виплаті страхового відшкодування 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 ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ.

7.1. Договір набуває чинності з дати, зазначеної в Акцепті, як дата початку строку його дії, але не раніше дати наступної за датою сплати Страхувальником загального страхового платежу в повному розмірі. Договір діє на умові багаторазових подорожей з невизначеними датами кожної окремої подорожі, але з визначеною загальною кількістю днів дії Договору упродовж загального строку його дії та обмеженою тривалістю дії Договору упродовж кожної окремої подорожі.

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

7.2. Загальний строк дії - Договору складає 1 рік;

7.3. Загальна кількість днів перебування за кордоном (тривалість всіх подорожей) під час дії Договору складає:

7.3.1. 60 (шістдесят) календарних днів – у випадку обрання Страхувальником Програми страхування «Premium Package 60/20»;

7.3.2. 90 (дев'яносто) календарних днів – у випадку обрання Страхувальником Програми страхування «Premium Package 90/30»;

7.4. Кількість днів безперервного перебування Застрахованої особи у кожній окремій подорожі становить не більше:

7.4.1. 20 (двадцять) календарних днів – для Програми страхування «Premium Package 60/20»;

7.4.2. 30 (тридцять) календарних днів – для Програми страхування «Premium Package 90/30».

7.5. Дія Договору припиняється, якщо вичерпана загальна кількість днів дії Договору упродовж строку його дії та кількість днів безперервного перебування Застрахованої особи у кожній окремій подорожі, але в будь-якому разі не пізніше 24-00 години дати, зазначеної в Полісі як дата закінчення строку Договору.

7.6. Зміни до Договору вносять за згодою Сторін шляхом переоформлення Договору.

7.4. Зміни до Договору вносять за згодою Сторін шляхом переоформлення Договору.**6.** Дія Договору може бути достроково припинена у разі:

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

7.7.2. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

7.7.3. смерті Застрахованої особи – фізичної особи за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;

7.7.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

7.7.5. в інших випадках, передбачених законодавством України.

7.8. Дія Договору може бути достроково припинена на вимогу Застрахованої особи або Страховика.

7.9. 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.

7.10. Місцем дії Договору є весь світ, крім території України (за виключенням пунктів пропуску (пунктів контролю) через державний кордон України, що знаходяться в аеропортах (на

аеродромах) розташованих на території України, та територія самих аеропортів (аеродромів) розташованих на території України – виключно в частині страхування фінансових ризиків відповідно до п. 2.2. цієї Оферти), країни постійного проживання/перебування або громадянства Застрахованої особи.

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.

7.11. Виключаються з місця дії Договору:

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

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

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

8. ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страховик зобов'язаний:

8.1.1. ознайомити Застраховану особу з умовами Договору і Правилами страхування шляхом розміщення на сайті Страховика <https://uniqa.ua>;

8.1.2. на вимогу Застрахованої особи після підписання нею Акцепту надати копію Оферти;

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 у передбачений Договором строк;

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

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

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 до отримання офіційної відповіді, але не більше 60 (шести десяти) 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, 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 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 ступеню страхового ризику вносити зміни у Договір.

8.3. 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:

+38 044 321 00 52,

тільки для смс повідомлень

Viber/Telegram/WhatsApp: +38 067 325 63 61

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

8.3.2. 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 умов Договору і Правил страхування;

8.3.7. додатково до п.8.3.1 – 8.3.7. Оферти, в разі настання події, що має ознаки страхового випадку, на Застраховану особу покладається обов'язок щодо здійснення необхідних дій, в тому числі надання Страховику документів та відомостей, які має надати/здійснити Страхувальник, згідно розділів 8-11 «Правил добровільного страхування вантажів та багажу (вантажобагажу)» (Ліцензія Серія АЕ № 293972 від 07.08.2014 р.) та п.9.3.2.-9.3.7. розділу 9, розділів 10-11 додатку 2 «Особливі умови добровільного страхування фінансових збитків, що виникли в наслідок відміни подорожі за кордон або зміни строків перебування за кордоном» до «Правилами добровільного страхування фінансових ризиків» (Ліцензія Серія АЕ № 293994 від 07.08.2014 р.).

8.4. Застрахована особа має право:

8.4.1. ознайомитись з умовами Договору і Правилами страхування;

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

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

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

9. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

9.1. Всі спори по Договору між Страховиком Застрахованою особою вирішуються шляхом переговорів.

9.2. При недосягненні згоди спори мають бути передані на розгляд до 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 10% суми, належної до сплати.

10.2. Страхувальник не надає Страховику будь-яку інформацію для оцінки страхових ризиків за Договором. Страхувальник не несе відповідальність за зміст інформації, наданої

Застрахованою особою Страхувальнику та/або Страховику. У випадку, якщо буде встановлено, що Застрахована особа надала Страховику недійсні, неправдиві відомості та/або обставини, що мають істотне значення для визначення страхового ризику та/або прийняття ризику на страхування та внаслідок таких дій особу було застраховано, Страхувальник погоджується із тим, що застрахованій особі буде відмовлено у виплаті страхового відшкодування.

10.3. Страхувальник не несе відповідальності за Договорами, не приймає участі в процесах, пов'язаних із здійсненням страхових виплат та страхових відшкодувань. Зобов'язання Страхувальника за Договором обмежується лише обов'язком своєчасно та в повному обсязі здійснити страховий платіж.

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. Всі 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 наступним направленням повідомлення або документів рекомендованим листом або з доставкою такого повторного повідомлення чи документів пошляком.

У вирішенні всіх питань, не врегульованих Договором, сторони керуються Правилами страхування, законодавством України.

У випадку розбіжностей між положеннями Правил страхування і Договору, перевага надається положенням Договору.

11.3. Акцептуванням даної Оферти відповідно до умов п. 1.5. Оферти Страхувальник підтверджує, що отримав всю інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені частиною другою статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг». Застрахована особа засвідчує, 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 ст. 141 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 Страховику свою повну однозначну необмежену строком письмову згоду на обробку своїх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я), підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, повну однозначну необмежену строком згоду на обробку їх

персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) у формі, що відповідає вимогам Закону України «Про захист персональних даних» (надалі – «Закон»), а саме згоду на:

(1) на передачу персональних даних Страхувальника/Застрахованих осіб/Вигодонабувачів 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 – «Партнерами»), що надають послуги зі страхування, перестраховання 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) перевіркою належності Страхувальника/Застрахованих осіб/Вигодонабувачів 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 кредитної історії Страхувальника/Застрахованих осіб/ Вигодонабувачів, збір, зберігання, використання та отримання від Бюро кредитних історій інформації щодо зазначених осіб (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, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів та отримання повідомлень будь-якими засобами зв'язку.

Страхувальник акцептування даної Оферти відповідно до умов п. 1.5. Оферти підтверджує, що в належній формі та у повному обсязі повідомлений та відповідним чином повідомив Застрахованих осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, про наступне: (1) з моменту укладення Договору їх персональні дані будуть включені до баз персональних даних, володільцем яких є Страховик, та/або баз персональних даних Партнерів з місцезнаходженням таких персональних даних за адресою місцезнаходження Страховика та/або Партнерів відповідно; (2) персональні дані обробляються в обсязі, що міститься в Договорі та інших документах, поданих Страхувальником/Застрахованими особами/ Вигодонабувачами Страховику під час укладення Договору, та/або тих документах, які будуть отримані Страховиком під час виконання умов Договору, в тому числі від третіх осіб; (3) свої права відповідно до Закону.

*Під «санкціями» слід розуміти – санкції та інші заходи впливу/контролю будь-якого формату, що ініційовані будь-якими країнами, об'єднаннями країн та організаціями, щодо яких Страховиком здійснюється перевірка на предмет поширення їх дії на Страхувальника/Застрахованих осіб/Вигодонабувачів.

У випадку укладення Договору Страхувальником - юридичною особою для цілей цього пункту під «Страхувальником» розуміється представник Страхувальника, який уповноважений на підписання Договору від імені Страхувальника.