

**Оферта №2 від 14.08.2021 р.
щодо укладення Договору добровільного страхування медичних витрат,
пов'язаних із захворюванням на COVID-19
іноземців та осіб без громадянства**

Ця Оферта містить "Пропозицію і порядок укладення в електронній формі" Договору добровільного страхування медичних витрат, пов'язаних із захворюванням на COVID-19 іноземців та осіб без громадянства, надалі – **Договір**, та запропоновані Приватним акціонерним товариством "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ІНТЕР-ПЛЮС" (далі – Страховик, ПрАТ "СК "ІНТЕР-ПЛЮС") "Загальні умови страхування", що становлять Частину Б Договору (у разі укладення останнього), надалі – **Загальні умови**.

Ця Оферта стосується укладення Договору в електронній формі. Пропозиція Оферти діє з 14.08.2021 року.

У разі прийняття Страховальником Оферти, страхування здійснюється у відповідності до Частини Б Договору, що є невід'ємною складовою даної Оферти.

1. Пропозиція і Порядок укладення Договору в електронній формі

1.1. Клієнт (потенційний Страховальник), під час заповнення електронної форми Заявки, отриманої на сайті Страховика <https://www.inter-plus.com.ua>, або за допомогою "хмарного" інтернет-сервісу надає Страховику інформацію, необхідну для ідентифікації Страховальника, розрахунку розміру страхового платежу та формування Частини А Договору "Спеціальні умови страхування", далі – **Спеціальні умови**. Заповнена у такий спосіб Заявка, за умови її належного оформлення, привірюється до письмової заяви Клієнта (потенційного Страховальника) щодо укладення Договору.

1.2. На підставі заповненої Заявки, Страховик здійснює розрахунок страхового платежу та формує файл "Спеціальні умови" – Частину А Договору, який пропонується Клієнту (потенційному Страховальнику), шляхом відсилки відповідного файлу на електронну адресу Клієнта, вказану у Заявці.?

1.3. Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом умов Оферти і згодою укласти Договір є надання Страховику відповіді Клієнта про прийняття Оферти і підписання Договору - шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором **ОТР (One Time Password)** - алфавітно-цифровою послідовністю, яку отримує Клієнт за допомогою SMS (Viber) - повідомлення на номер мобільного телефону, що вказується ним під час заповнення особистих даних у файлі Заявки.

1.4. Проставленням електронного підпису одноразовим ідентифікатором, вказаним у п.1.3 цього розділу Оферти, Клієнт (Страховальник) підтверджує, що він:

1.4.1. до моменту укладення Договору ознайомлений зі змістом частини 2 статті 12 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг;

1.4.2. розуміє суть фінансових послуг, які надаються Страховиком у рамках Договору;

1.4.3. надає згоду Страховику на обробку його персональних даних, в тому числі: таких, що стосуються стану здоров'я, та передачу персональних даних контрагентам, в тому числі нерезидентам, з метою виконання умов Договору;

1.4.4. ознайомлений та згодний з умовами страхування, викладеними у Частинах А і Б Договору ;

1.4.5. ознайомлений із оригіналом підпису уповноваженої особи та печаткою Страховика, що вказані у п.п.1.9 цього розділу Оферти, та свідомо надає згоду на підписання Договору зі свого боку шляхом проставлення електронного підпису одноразовим ідентифікатором;

1.4.6. надає згоду на отримання Договору в електронній формі та інших комерційних електронних повідомлень Страховика на його особисту електронну пошту, вказану у Заявці при внесенні особистої інформації;

1.4.7. надає згоду на сплату страхового платежу на умовах, передбачених Договором.

1.5. Після здійснення акцепту Оферти:

Страховальник здійснює оплату суми страхового платежу, вказаного у Частині А "Спеціальні умови" Договору, у безготівковій формі на поточний рахунок Страховика.

Після сплати суми страхового платежу Клієнт набуває статусу Страховальника та отримує на електронну адресу, вказану при заповненні Заявки, повідомлення Страховика про підтвердження укладення Договору в електронній формі, шляхом надсилання електронного документа – візуальної форми Частини А Договору.

1.6. Виконання зазначених дій є укладенням Договору в електронній формі, яка, відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України "Про електронну комерцію" привірюється до письмової форми Договору.

1.7. Договір є підписаним з боку Страховика, згідно зі ст. 12 Закону України "Про електронну комерцію", за наявності - на візуальній формі Частини 1 Договору і в Оферті - аналога власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відтиску печатки Страховика.

1.8. Сторони Договору приймають на себе зобов'язання відтворити Договір на паперовому носії, у разі виникнення такої необхідності. На письмову вимогу однієї зі Сторін про укладення Договору у письмовій формі, такий Договір виготовляється протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання відповідної вимоги та підлягає підписанню і проставленню печатки (за наявності) кожною з Сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати його виготовлення. Якщо одна зі Сторін відмовляється підписувати Договір, такий спір підлягає розгляду у судовому порядку, згідно з чинним законодавством України.

1.9. Зразок відтворення підпису уповноваженої особи Страховика та відтиску печатки Страховика наведено нижче:

Заступник Голови правління
ПрАТ «СК «ІНТЕР-ПЛЮС»
Банковська І.В.



1.10. Дата, час, порядок акцепту Оферти, повідомлення про підтвердження укладення Договору в електронній формі та здійснення оплати, обмін електронними повідомленнями між Сторонами, відомості про факт виготовлення Договору в письмовій формі зберігаються в електронній базі Страховика.

1.11. Внесення змін до Договору, а також його дострокове припинення здійснюється на підставі заяви Сторони, поданої іншої Сторони у письмовому чи у електронному вигляді, шляхом направлення на її електронну адресу.

ПрАТ "СК "ІНТЕР-ПЛЮС",
04116, м. Київ, вул. Старокиївська, буд.8/12 Тел. (044) 394-54-22, електронна адреса: info@inter-plus.com.ua

**2. ДОГОВІР ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ,
ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМ НА COVID-19
ІНОЗЕМЦІВ ТА ОСІБ БЕЗ ГРОМАДЯНСТВА**

ЧАСТИНА Б. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

1.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованих осіб (надалі - ЗО) та медичними витратами ЗО, що мали місце внаслідок розладу здоров'я, пов'язаного із захворюванням на COVID-19, під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) в Україну.

1.2. За цим Договором, Страховик зобов'язується, у разі настання страхового випадку, здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови цього Договору.

2. ТЕРМІНИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ

2.1. COVID-19 - скорочена назва хвороби, яку спричинює коронавірус SARS-CoV-2. Код цієї хвороби за МКХ10 – "U07.1."

2.2. Асистанс – юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають послуги Застрахованій особі в разі настання з нею страхового випадку.

2.3. Витрати на ведення справи – витрати Страховика на укладення та обслуговування Договору страхування.

2.4. Договір страхування (Договір) – цей договір добровільного страхування медичних витрат. Сторонами Договору є Страховик і Страхувальник.

2.5. Застрахована особа (ЗО) - фізична особа – іноземець або особа без громадянства, на користь якої укладений Договір та яка на законних підставах тимчасово знаходиться на території України.

ПРИМІТКА. Застрахованими особами не можуть бути іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають на території України, особи, визнані біженцями або особи, які потребують додаткового захисту. У разі укладення цього Договору щодо таких осіб, він вважається укладеним під впливом помилки і не містить правових наслідків для Страховика, крім обов'язку повернути в повному обсязі помилково сплачений страховий платіж.

2.6. Компетентні органи:

2.6.1. державні органи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків Страхових випадків, встановлення причин та обставин настання Страхових випадків, оцінка їх наслідків, а також надання офіційних роз'яснень щодо питань, що стосуються обставин настання Страхового випадку;

2.6.2. юридичні особи, що мають відповідні повноваження, до яких може звертатися Страховик або Страхувальник для вирішення спорів та інших питань, що впливають із Договору.

ПРИМІТКА. Компетентними органами, зокрема вважаються: правоохоронні органи, медичні установи, суди тощо.

2.7. Країна постійного проживання - країна, в якій Застрахована особа проживає у цілому не менше 183 (ста вісімдесяти трьох) днів впродовж календарного року.

2.8. Ліміт страхових виплат (Ліміт) – максимальний обсяг зобов'язань Страховика, встановлений, в рамках цього Договору, в частині окремих елементів медичної допомоги, що надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку.

2.9. Медична допомога - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на діагностику і лікування Застрахованих осіб у зв'язку з їх захворюванням на COVID-19. В рамках Договору, оплачуються послуги державних/ комунальних медичних закладів.

2.9.1. Екстрена допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування життя Застрахованої особи із захворюванням на COVID-19, що знаходиться у Невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

Обсяг послуг Екстреної допомоги:

1) цілодобовий прийом Асистансом звернень щодо надання Екстреної допомоги Застрахованій особі;

2) виїзд бригади екстреної медичної допомоги до місця знаходження Застрахованої особи;

3) вимірювання насичення капілярної крові киснем (сатурації), зняття ЕКГ, вимірювання артеріального тиску, підрахунок частоти серцевих скорочень та частоти дихання, проведення лабораторних тестів, встановлення попереднього діагнозу;

4) забезпечення медикаментами для надання екстреної допомоги на догоспітальному етапі;

5) лікувальні маніпуляції (ін'єкції, реанімаційні заходи, оксигенотерапія та інша кваліфікована медична допомога);

6) транспортування машиною екстреної медичної допомоги до ЛПУ державної/ комунальної форми власності, найближчої до місця настання події.

2.9.2. Невідкладна стаціонарна допомога - медична допомога, що надається ЗО в умовах цілодобового стаціонару (ССМЗ), за наявності у Застрахованої особи COVID-19 із Тяжким перебігом захворювання та виконання критеріїв госпіталізації у ССМЗпри станах ЗО, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму, або до загрози життю ЗО. При цьому, в «Медичній карті стаціонарного хворого» зазначається «**Госпіталізований за терміновими показаннями**».

Обсяг послуг Невідкладної стаціонарної допомоги під час перебування у ССМЗ:

1) консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації - як за основним захворюванням, так і за супутніми захворюваннями, що впливають на перебіг основного захворювання);

2) діагностичні дослідження: лабораторні (загальноклінічні, біохімічні, бактеріологічні, тощо (окрім тесту ПЛР на SARS-CoV-2) та інструментальні (УЗД, бронхоскопія, ЕКГ, РГ - за призначенням лікаря);

3) лікувальні маніпуляції (ін'єкції, катетерізації тощо);

4) медикаментозне лікування, в т.ч. реанімаційні заходи, анестезіологічне забезпечення (наркоз);

5) перебування в палатах, стандартних для ЛПУ, в т.ч. у відділенні інтенсивної терапії;

6) харчування, стандартне для ЛПУ.

Строк лікування у ССМЗ становить не більше 14 (чотирнадцяти) безперервних календарних днів з дати госпіталізації

2.10. Медична послуга - це послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я та оплачується її замовником.

2.11. Місце дії Договору – територія України, крім тимчасово окупованих територій та населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та переліку населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення у зоні проведення ООС (Операції об'єднаних сил) і визначені відповідно до чинного законодавства України.

2.12. Наказ 722 – Наказ МОЗ №722 від 28.03.2020 "Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)", яким затверджено Стандарти медичної допомоги "Коронавірусна хвороба (COVID-19)", зі змінами і доповненнями.

2.13. Обсерватор - спеціалізований заклад, призначений для тимчасового перебування осіб, які підлягають обсервації, їх обстеження та здійснення медичного нагляду за ними.

2.14. Обсервація - перебування особи, стосовно якої є ризик поширення інфекційної хвороби, у спеціалізованому закладі (Обсерваторі) з метою її обстеження та здійснення медичного нагляду за нею.

2.15. Перебіг захворювання – сукупність симптомів **COVID-19**, що характеризує особливості протікання хвороби у конкретної особи.

2.15.1. Легкий перебіг захворювання характеризується:

невисокою гарячкою (до 38° С), що добре контролюється прийомом жарознижуючих препаратів; нежиттю; сухим кашлем без ознак дихальної недостатності (таких як утруднене дихання, збільшення частоти дихальних рухів, кровохаркання); відсутністю шлунково-кишкових проявів (нудота, блювання та/або діарея); відсутністю змін психічного стану (порушення свідомості, млявість).

2.15.2. Тяжкий перебіг захворювання характеризується:

ознаками пневмонії та/або дихальної недостатності (збільшення частоти дихальних рухів вище 30 за хвилину, збільшення частоти серцевих скорочень вище 130 за хвилину, зниження систолічного артеріального тиску нижче 90 мм.рт.ст, кровохаркання, показник SpO₂ при вимірюванні пульсоксиметром <92%), при наявності рентгенологічно підтвердженої пневмонії; наявності клініко-інструментальних даних гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС); наявності клініко-лабораторних даних сепсису та/або септичного шоку (синдрому системної запальної відповіді); наявності клініко-лабораторних ознак органної/системної недостатності, окрім дихальної.

2.15.2.1. Незалежно від тяжкості стану, до **Тяжкого** перебігу захворювання привірюється лабораторно підтвержений за допомогою ПЛР діагноз COVID-19 пацієнтів, які відносяться до наступних груп ризику розвитку ускладнень: тяжкий перебіг артеріальної гіпертензії, декомпенсований цукровий діабет, імуносупресивні стани, тяжка хронічна патологія дихальної та серцево-судинної систем, ниркова недостатність, а також пацієнтів, у яких відзначається гіпертермічний синдром що погано піддається корекції (тимчасове, не більше ніж на 1 - 1,5 години зниження на тлі прийому жарознижуючих препаратів з наступним її підвищенням).

2.16. ПЛР - полімеразна ланцюгова реакція.

2.17. Правила – "Правила добровільного страхування медичних витрат" Страховика – ПрАТ "СК "ІНТЕР-ПЛЮС", зареєстрована від 11.10.2016 р. за номером 2116257 Нацкомфінпослуг України.

2.18. Невідкладний стан - раптове погіршення фізичного людини, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини і виникає внаслідок причин, що відповідають симптомам захворювання на COVID-19.

2.19. Сторони Договору (Сторони) – спільне найменування Страховика і Страхувальника/Застрахована особа у цьому Договорі.

2.20. Страховий акт - документ, що складається Страховиком для підтвердження факту настання Страхового випадку та є підставою для здійснення страхової виплати. Страховий акт складається на підставі документів про надані Медичні послуги ЗО.

2.21. Страховий випадок – подія, передбачена Договором, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

2.22. Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні страхового випадку.

2.23. Страховий платіж - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.

2.24. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

2.25. Страховий ризик - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

2.26. Страховий тариф - ставка страхового платежу з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

2.27. ССМЗ - спеціалізований державний/ комунальний стаціонарний медичний заклад, у який здійснюється госпіталізація фізичних осіб, у разі захворювання на **COVID-19**, за виконання критеріїв для госпіталізації, передбачених Наказом 722 та іншими чинними нормативними актами МОЗ України.

2.28. ТГРС - тяжкий гострий респіраторний синдром.

2.29. Третя особа - будь-яка юридична або фізична особа, яка не є Страхувальником/Застрахованою особою за цим Договором.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страховим ризиком є певна подія, пов'язана з захворюванням Застрахованої особи на **COVID-19** у строки та в місці, визначені в цьому Договорі.

3.2. Страховим випадком є здійснення документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою Екстреної медичної допомоги та Невідкладної медичної допомоги в обсязі, строки та в місці, визначеному умовами Договору страхування, внаслідок Тяжкого перебігу захворювання COVID-19. Подія визнається страховим випадком за умови лабораторного підтвердження COVID-19 у Застрахованої особи за допомогою тесту ПЛР. Страховим захистом покривається лише Тяжкий перебіг захворювання на COVID-19, а також послуги Обсервації - під час перебування Застрахованої особи в установі, яка визначена місцевою владою як Обсерватор, лише у період дії страхового захисту договору

3.2.1. При настанні страхового випадку згідно п.3.2 Договору, Страховик відшкодовує витрати на:

3.2.2. надання Застрахованій особі Екстреної допомоги;

3.2.3. надання Застрахованій особі Невідкладної стаціонарної допомоги.

3.2.4. витрати Застрахованої особи під час її знаходження в Обсерваторії/ готелі. При цьому, підлягають відшкодуванню витрати у межах 300 грн/день протягом строку, не більше, ніж безперервних 14 (чотирнадцять) календарних днів. Страховик несе відповідальність тільки в період дії страхового захисту договору.

4. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

4.1. За цим Договором не можуть бути застраховані особи, які на момент укладання Договору:

- 4.1.1. визнані у встановленому порядку недієздатними; є інвалідами I або II або III групи; є ВІЛ- інфікованими; перебувають на обліку в онкологічних, наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом;
- 4.1.2. у яких в анамнезі були гострі порушення мозкового кровообігу (інсульт мозковий), інфаркт міокарда, травма хребетного стовпа та спинного мозку, пухлини головного або спинного мозку, хребетного стовпа, смерть мозку, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, енцефаліт гострий, психічні захворювання, алкоголізм, наркоманія, онкологічні захворювання, онкогематологічні захворювання;
- 4.1.3. Договір страхування не укладається стосовно осіб віком до 18 років та осіб старших за 65 років

4.2. Страхуваним випадком не визнається Подія, що настала внаслідок захворювання ЗО на COVID-19, яке мало місце поза термінами і місцем дії цього Договору.

4.3. Страхуваним звільняється від обов'язку здійснення страхової виплати у наступних випадках:

- 4.3.1. Отримання вимоги щодо компенсації витрат на тестування ЗО на наявність COVID-19;
- 4.3.2. Отримання вимоги щодо компенсації витрат та проведення комп'ютерної томографії органів грудної клітини (КТ ОГК), не більше одного КТ-дослідження при наданні ЗО невідкладної стаціонарної допомоги, за наявності у ЗО позитивного лабораторного діагнозу захворювання на COVID-19;
- 4.3.3. Отримання вимоги щодо компенсації витрат на Обсервацію Застрахованих осіб, при відсутності відповідних рекомендацій Компетентних органів щодо знаходження в Обсерваторії цих ЗО;
- 4.3.4. Отримання вимоги щодо компенсації витрат на лікування у ЗО **наслідків** захворювання на COVID-19, на яке Застрахована особа захворіла поза термінами і Місцем дії цього Договору;
- 4.3.5. якщо лікування лабораторно підтвердженого у ЗО захворювання на COVID-19 здійснювалось у **приватних комерційних** медичних закладах, не погоджених із Асистуючою компанією або Страховиком.
- 4.3.6. Повторного захворювання на тягом дії договору

4.4. **Страховик не відшкодовує наступні витрати:**

- 4.4.1. Пов'язані з діагностикою, лікуванням, Обсервацією конкретної ЗО при її **повторному** захворюванні на COVID-19 протягом строку дії цього Договору;
- 4.4.2. Пов'язані з діагностикою та/або лікуванням будь-якої хвороби або стану, крім COVID-19;
- 4.4.3. витрати на Обсервацію, необхідність якої не пов'язана із захворюванням ЗО на COVID-2019;
- 4.4.4. витрати за перебування ЗО на Обсервації (крім харчування), що, згідно із законодавством України, повинні надаватися Застрахованій особі безкоштовно.
- 4.4.5. Вартість послуг перекладача, пов'язаних із діагностикою та/або лікуванням та/або Обсервацію у разі захворювання ЗО на COVID-19, моральну шкоду, інші додаткові витрати, не передбачені цим Договором.
- 4.4.6. Вартість експериментального лікування; лікувальні процедури, маніпуляції, в т.ч. з метою профілактики (вакцинація, імунізація, вітамінізація тощо), лікування у профілакторіях та санаторіях; реабілітації; гомеопатичного та фітотерапевтичного лікування;
- 4.4.7. вартість стимуляторів загальної дії, біологічно активних добавок (БАД) та харчових добавок (домішок), ензимів загальної дії, простагландинів, хондропротекторів, гепатопротекторів, сольових розчинів, ферментів, пробіотиків, імуномодуляторів, бактеріофагів, дезінфікуючих засобів, предметів гігієни та догляду, шампунів, кремів, паст, памперсів тощо;
- 4.4.8. Вартість консультацій гомеопата, імунолога, дієтолога, гепатолога тощо;
- 4.4.9. Вартість препаратів - інгібіторів фактору некрозу пухлин, моноклональних антитіл, гіполіпідемічних препаратів.
- 4.4.10. Вартість препаратів, найменування яких відсутні у Протоколах лікування COVID-19, затверджених МОЗ України.
- 4.4.11. Медичні витрати за одним страховим випадком, у разі тривалості лікування ЗО більше 30 (тридцяти) діб з дати лабораторного підтвердження захворювання COVID-19;
- 4.4.12. Медичні витрати на лікування в стаціонарі хворих на COVID-19 з Легким та Середнім перебігом цього захворювання;
- 4.4.13. Медичні витрати на діагностику та лікування COVID-19 в амбулаторних умовах.
- 4.4.14. захворювання на хворобу, передбачену страховими випадками, з приводу якої Застрахована особа перед укладанням цього Договору перебувала на амбулаторному/стаціонарному лікуванні та/або діагноз захворювання був відомий Застрахованій особі перед укладанням цього Договору з урахуванням умов п.4 Договору;
- 4.4.15. повторне виникнення захворювання, передбаченого страховими випадками, в період дії цього Договору;
- 4.4.16. отруєння алкоголем і його сурогатами, наркотичними або токсичними препаратами, а також медикаментами, що приймаються не за призначенням лікаря, прийнятих з ціллю або у стані сп'яніння;
- 4.4.17. викликана тілесними або іншими ушкодженнями здоров'я при самолікуванні або при лікуванні особою, що не має відповідної медичної освіти.

4.5. Не визнаються страховими випадками Події та не відшкодовується шкода:

- 4.5.1. немайнового характеру (моральна шкода) та інші непрямі збитки;
- 4.5.2. які сталися поза межами місяця дії Договору та які настали не під час дії Договору.
- 4.6. Страхуваним не несе відповідальності:
- 4.6.1. за несприятливі наслідки діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку, який стався в період дії Договору.
- 4.6.2. За послуги, обсяг яких перевищує необхідні для надання невідкладної допомоги.
- 4.6.3. Будь-які витрати у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування.
- 4.6.4. Витрати компаньйонів або членів родини Застрахованої особи під час госпіталізації Застрахованої особи.
- 4.6.5. Витрати, не передбачені Договором страхування та вибраною Програмою страхування.
- 4.6.6. Витрати, пов'язані з форс-мажорними обставинами, які передбачені Договором страхування.

5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ТА ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

5.1. Страхувальник має право:

5.1.1.Перевіряти виконання Страховиком умов Договору та вимагати від Страховика здійснення страхових виплат на користь Застрахованої особи у розмірах та у порядку, передбачених Договором при настанні Страхових випадків.

5.1.2.Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у страховій виплаті або її розмір.

5.1.3.На зміну умов Договору та на дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених цими Договором.

5.1.4.Отримати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов укладеного Договору.

5.1.5.Звертатися до Асистуючої компанії при настанні Події за інструкціями щодо порядку отримання ЗО необхідної допомоги.

5.2. Страхувальник зобов'язаний:

5.2.1.Своєчасно вносити Страхові платежі у розмірах та в строки, визначені Договором.

5.2.2.При укладанні Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику, і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну Страхового ризику протягом 2 (двох) робочих днів з дати отримання інформації про зміни.

5.2.3.Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмету страхування.

5.2.4.Ознайомити Застраховану особу, що не є Страхувальником, з умовами Договору, якщо останній укладається щодо такої особи.

5.2.5.Повідомити Страховика про настання Події із Застрахованою особою у порядку та у строки, передбачені Договором згідно п 6.1.

5.2.6.В межах своєї компетенції, вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої особи та провадити усі можливі заходи, спрямовані на зменшення збитків, завданих внаслідок настання Події із Застрахованою особою.

5.3. Застрахована особа має право:

5.3.1.У разі настання Страхового випадку, при належному зверненні до Асистанса (Страховика), отримати передбачені Договором послуги в обсязі, передбаченому Договором.

5.3.2. При настанні Події, погоджувати з Асистансом або Страховиком всіх свої дії, пов'язані з лікуванням, отриманням медичних чи інших послуг та оплатою вартості отриманих послуг за Договором, виконувати відповідні розпорядження/ рекомендації Асистанса і Страховика, пов'язані з Подією.

5.4. Застрахована особа зобов'язана:

5.4.1.Повідомити Страховика про настання Події у порядку та у строки, передбачені Договором, діяти згідно з положеннями Договору, виконуючи всі рекомендації Асистансу і Страховика.

5.4.2.Надавати, на вимогу Страховика, будь-яку необхідну інформацію для встановлення факту настання (обставин) Події, визначення розміру страхової виплати.

5.4.3.В частині обставин Події звільнити Третіх осіб від обов'язку щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, а також, на вимогу Страховика, надати йому необхідні повноваження на одержання від Третіх осіб (лікарів, лікувальних закладів, інших організацій, які надавали Застрахованій особі послуги, передбачені умовами Договору) будь-якої інформації, пов'язаної з Подією.

5.4.4.При необхідності отримання медичних послуг за Договором, достовірно інформувати Асистанс, медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо його погіршення.

5.4.5. У разі надання недостовірної інформації Асистансу або Страхової компанії, Страховик має право відмовити в наданні послуг. Застрахована особа зобов'язана повернути відшкодування в повному обсязі

5.4.6.Належним чином зберігати страхові документи і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги; у разі втрати страхових документів, негайно сповістити про це Страховика

5.4.7.Застрахована особа повинна суворо дотримуватися та виконувати рекомендацій лікаря.

5.5. Страховик має право:

5.5.1.Перевіряти інформацію, надану Страхувальником при укладенні Договору, а також виконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог і умов Договору.

5.5.2.Самостійно з'ясовувати причини та обставини настання Події.

5.5.3.При необхідності, запитувати додаткові відомості, пов'язані з настанням Події, у Компетентних органах: медичних установах, правоохоронних органах, інших підприємствах, установах та організаціях, які володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також має право самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку.

5.5.4.Повністю або частково відмовити у Страховій виплаті у випадках, зазначених у Договорі згідно розділу 4.

5.5.5. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) надання відомостей та документів, необхідних для встановлення обставин настання Події, включаючи відомості, що складають комерційну, лікарську таємницю, і перевіряти достовірність зазначеної інформації.

5.6. Страховик зобов'язаний:

5.6.1.Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами.

5.6.2.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.

5.6.3.При настанні Страхового випадку, здійснити Страхову виплату, відповідно до умов Договору, шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги під час здійснення ЗО подорожі (поїздки). Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі неустойки (пені), розмір якої становить 0,01% від суми заборгованості за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ.

5.6.4.Здійснювати контроль за своєчасністю та необхідністю надання Застрахованій особі послуг, передбачених Договором.

5.6.5.У випадку відмови у Страховій виплаті, письмово сповістити про це Застраховану особу і Страхувальника, з мотивованим обґрунтуванням причин відмови, - у порядку та строки, що зазначені у Договорі.

6. Дії СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) та АСИСТАНСА У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ

6.1. При настанні Події, що має ознаки страхового випадку (необхідності отримання послуг, передбачених Договором), Застрахована особа (Страхувальник) протягом найкоротшого можливого строку, але, в будь-якому разі, не пізніше 24 годин, повинна:

6.1.1.Звернутися до Асистансу за телефонами, вказаними у Договорі, та отримати інформацію щодо своїх подальших дій.

6.1.2.Повідомити Асистансу наступну інформацію:

- 1) прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- 2) номер Договору страхування та строк його дії;
- 3) місцезнаходження Застрахованої особи;
- 4) контактний телефон;
- 5) причину звернення (скарги, проблеми, що пов'язані із здоров'ям);
- 6) номер та дату позитивного тесту ПЛР на коронавірус SARS-CoV- 2.

6.2. Асистанс, після отримання інформації, вказаної у п.6.1.2 цього Розділу:

- 6.2.1.** Проводить ідентифікацію особистості Застрахованої особи та перевіряє чинність Договору страхування;
 - 6.2.2.**Встановлює чи має Застрахована особа результати тесту ПЛР із позитивним висновком (виявлено РНК коронавірусу SARS-CoV-2);
 - 6.2.3.** надає інформаційну консультацію;
 - 6.2.4.** у разі необхідності, за наявності ознак Тяжкого перебігу захворювання на COVID-19, організовує надання Екстреної та/або Невідкладної стаціонарної допомоги.
- ПРИМІТКА. Підбір стаціонарного медичного закладу для надання ЗО Невідкладної стаціонарної допомоги відноситься до компетенції Асистансу (Страховика).

6.3. При виконанні Асистансом дій, вказаних у п.6.2 цього Розділу, Застрахована особа зобов'язана:

- 6.3.1.** Виконувати всі інструкції, надані Асистансом (Страховиком);
- 6.3.2.** Пред'явити у ССМЗ документ (з фотографією), що посвідчує особу ЗО та Договір страхування;
- 6.3.3.** Попередити працівників медичної установи (лікаря) про можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації, необхідної для з'ясування стану здоров'я Застрахованої особи, та надати письмовий дозвіл на надання медичною установою такої інформації Страховикові.
- 6.4.** Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це до початку її отримання неможливо з **об'єктивних причин**, то Застрахована особа може самостійно звернутися за телефонами до екстреної медичної допомоги або ССМЗ. У цьому разі, повідомлення передається Асистансу або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Зазначені дії від імені Застрахованої особи може здійснити будь-яка Третя особа, яка знаходиться поруч та діятиме від імені Застрахованої особи: її родич, співробітник, працівник медичного закладу, лікар тощо.

ПРИМІТКА. Об'єктивними причинами, у цьому випадку, можуть, зокрема, вважатись:

- непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності особи, яка представляє її інтереси);
- відсутність діючих засобів зв'язку в місці перебування Страхувальника (Застрахованої особи).

Наявність об'єктивних причин повинна бути доведена Застрахованою особою документально.

7. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. Страховик сплачує (в межах страхової суми та лімітів, встановлених Договором) вартість послуг, наданих Застрахованій особі згідно з умовами Договору, на підставі рахунків медичних закладів, або наданих Страховику через Асистанс або відшкодовує Застрахованій особі грошові суми, сплачені за вказані послуги, що були надані ЗО.

7.2. Документи, необхідні для розрахунків Страховика з Асистансом, визначаються згідно відповідних договорів, укладених між Асистансом і Страховиком.

7.3. У випадку самостійної оплати Страхувальником (Застрахованою особою) послуг, наданих Застрахованій особі згідно з Договором, Страховик здійснює страхову виплату на підставі наступних документів:

7.3.1.заяви Застрахованої особи (Страхувальника) на отримання страхової виплати за встановленою Страховиком формою;

7.3.2.оригіналу/завіреної копії цього Договору;

7.3.3.у разі надання ЗО екстреної і невідкладної стаціонарної допомоги, пов'язаної із захворюванням на COVID-19: - оригінал медичної документації - оформлений належним чином у медичному закладі епікриз/ виписка з карти стаціонарного хворого з детальною інформацією про захворювання ЗО та особливості його перебігу, а саме - ПІБ ЗО, дата народження, дата звернення за медичною допомогою, дата встановлення позитивного висновку щодо захворювання ЗО на COVID-19, строк перебування ЗО у медичному закладі; анамнез захворювання; клінічна картина, результати обстеження, які підтверджують захворювання ЗО на COVID-19, результати тестування, зокрема, на базі ПЛР; результати застосування променевого методу діагностики (рентгенологічні, комп'ютерна томографія - КТГ), аналізи крові, сечі, інші обстеження, що підтверджують ступень важкості захворювання; рекомендації лікарів, інформацію про прямий причинно-наслідковий зв'язок між захворюванням на COVID-19 і госпіталізацією Застрахованої особи у ССМЗ. Вказані документи мають бути завірені візами лікуючого лікаря, головного лікаря лікувальної установи, на бланку та печаткою медичного закладу;

7.3.4.Вказані документи мають бути завірені візами лікуючого лікаря, головного лікаря лікувальної установи та печаткою медичного закладу.

7.3.5.Оригінали деталізованих рахунків за інші послуги, передбачені Договором, з розбивкою їх за датами та вартістю, загальною сумою до виплати;

7.3.6.Оригінали документів, що підтверджують здійснення витрат, передбачених Договором та факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, з зазначеною сумою на переказ тощо);

7.3.7.копії закордонного паспорту (чи дитячого проїзного документу) Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю про перетин державного кордону Країни постійного проживання;

7.3.8.копій паспорта ЗО;

7.4. З урахуванням конкретних обставин Події, Страховик має право обґрунтовано вимагати додаткові документи для підтвердження факту та обставин настання Страхового випадку.

7.5. Усі документи повинні бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу та контактний телефон установи (організації), що видала документ.

7.6. Документи, зазначені у цьому розділі, можуть надаватись Страховику у формі: оригінальних примірників; нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених органом, який видав відповідний документ, або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів.

7.7. Якщо документи, зазначені у цьому розділі, надано Страховику не в належній формі або оформлені із порушенням загальних норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), страхова виплата не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

7.8. Заява на страхову виплату та інші документи, необхідні для здійснення виплати, подаються Страховику не пізніше ніж через 15 (п'ятнадцять) календарних днів після закінчення строку лікування.

8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання від Страхувальника (Застрахованої особи, Третьої особи) усіх належним чином оформлених документів, вказаних у п.7.3 розділу 7 Частини Б Договору), Страховик приймає рішення про здійснення Страхової виплати та оформлює відповідний Страховий акт, або приймає рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати та, протягом 10(десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, (якщо інший строк не передбачено Договором), письмово повідомляє про це особу, що склала заяву на отримання Страхової виплати (Страхувальника, Застраховану особу,), з обґрунтуванням причин відмови.

8.2. У разі прийняття рішення про здійснення Страхової виплати, остання проводиться протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття Страховиком вказаного рішення.

8.3. Страховик здійснює страхову виплату наступним чином:

8.3.1. Асистансу, що оплатив витрати за надані ЗО послуги Спеціалізованого закладу.

8.3.2. Застрахованій особі (Страхувальнику,), що самостійно оплатила надані послуги, - з урахуванням умов та обмежень, зазначених в Договорі.

8.4. Перерахування коштів на рахунок Асистансу, здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданих ЗО необхідних послуг. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком та Асистансом.

8.5. Розмір страхової виплати, що здійснюється Застрахованій особі (Страхувальнику,), за умови надання всіх документів, що зазначені у розділі 7 Частини Б Договору, які підтверджують факт настання Страхового випадку, факт і розмір оплати за отриману допомогу (послуги), визначається наступним чином:

8.5.1. за умови попереднього погодження переліку послуг та суми витрат з Асистансом або Страховиком/ЗО (до їх оплати), Страховик сплачує вартість наданих послуг (здійснені витрати) у повному обсязі в межах Страхової суми (Ліміту відповідальності) за Договором;

8.5.2. якщо витрати ЗО (перелік наданих послуг) не було попередньо погоджено з Асистансом або Страховиком, останній відшкодовує тільки суму витрат у межах 500,00грн

8.6. У випадку, коли Застрахована особа, з об'єктивних причин, не звернулась до Асистансу для отримання необхідної допомоги (послуг), та, внаслідок цього, повинна самостійно оплатити вартість наданої їй допомоги (послуг), вона зобов'язана узгодити із Асистансом чи Страховиком виставлений Спеціалізованим закладом рахунок (обґрунтованість суми витрат за надані послуги) до його оплати.

8.7. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не вжив необхідних і доцільних заходів для запобігання та зменшення витрат, що виникають внаслідок Події, а також усунення причин, що сприяють виникненню додаткових витрат, Страховик має право зменшити страхову виплату на розмір додаткового збитку. Зокрема, Страховик має право зменшити страхову виплату у разі невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я та, як наслідок, збільшення медичних витрат на лікування ЗО.

8.8. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

8.8.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи,), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на 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 Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

8.8.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до настання Події.

8.8.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про ЗО або про факт та/або обставини настання Події.

8.8.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання Події без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та наслідків Події.

8.8.5. Наявність обставин, передбачених розділом 4 цієї Частини Договору.

8.8.6. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків, зазначених у п.п.5.2, 5.4, розділі 6 цієї Частини Договору.

8.8.7. Відсутність (часткова або повна) документів, вказаних у розділі 7 цієї Частини Договору та необхідних для здійснення страхової виплати.

8.8.8. Інші випадки, передбачені законом.

9. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ І ЗМІНИ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у випадках:

9.1.1. закінчення строку його дії;

9.1.2. виконання Страховиком зобов'язань за Договором у повному обсязі;

9.1.3. несплати Страхувальником страхового платежу у встановлений Договором термін;

9.1.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених ст.22, 23, 24 Закону України "Про страхування";

9.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

9.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

9.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

9.2. Дія Договору не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору.

9.3. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до передбачуваної дати припинення дії Договору.

9.4. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40% страхового платежу, визначених Правилами, сум фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

9.4.1. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням умов Договору Страховиком, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним Страхові платежі повністю.

9.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним Страхові платежі.

9.5.1. 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 40% страхового платежу, визначених Правилами, сум фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

9.6. Будь-які зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені виключно за наявності згоди Сторін, шляхом оформлення відповідної Додаткової угоди до Договору.

9.7. В разі використання особою страхового полісу, кошти за який їй було повернуто страховою компанією, про зазначений факт буде поінформовано Державну прикордонну службу України. Вищезазначене в майбутньому може стати передумовою до відмови такій особі в перетині державного кордону України, або її депортації з України.

10. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

10.1. Спори між сторонами Договору вирішуються шляхом переговорів.

10.2. При неможливості вирішення спорів шляхом переговорів, вони вирішуються у судовому порядку, згідно чинного законодавства України.

11. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

11.1. Якщо будь-яке положення Договору стане недійсним, це не веде до недійсності всього Договору в цілому.

11.2. Відносини щодо страхування, не визначені у Договорі, регулюються згідно з Правилами та законодавством України.

11.3. До підписання Договору Страхувальник ознайомився з Правилами і погодився з умовами цього Договору.

11.4. Умови Договору є комерційною таємницею і не підлягають розголошенню Сторонами, окрім випадків, прямо передбачених законодавством України.

11.5. В рамках цього Договору, всі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені рекомендованим листом, засобами електронного чи факсимільного зв'язку (з підтвердженням про отримання) чи доставлені кур'єром за адресами, зазначеними в Договорі.

11.6. На виконання вимог Закону України "Про захист персональних даних", укладенням цього Договору Страхувальник надає Страховику згоду та підтверджує, що отримав відповідну згоду від Застрахованих осіб (крім ЗО, законним представником яких є Страхувальник) щодо:

11.7. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує від свого імені та від імені ЗО щодо отримання від Страховика належного повідомлення про включення до баз(и) ПД Страховика, роз'яснено відповідні права Страхувальника і ЗО, а також повідомлено про мету збору таких даних.

11.8. Підписанням Договору Страхувальник, від свого імені та від імені ЗО підтверджує, що до укладення цього Договору була отримана інформація, зазначена в частині другій статті 12 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг", права на інформацію роз'яснено, суть та обсяг наданої фінансової послуги зрозуміло.

11.9. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що всі Застраховані особи, вказані у розділі 3 "Дані щодо Застрахованих осіб" Частини А Договору, відносно яких Страхувальник не є законним представником, надали свою згоду на страхування, відповідно до умов Договору, а також надали право Страховику на отримання необхідної інформації від медичних закладів щодо стану здоров'я відповідних ЗО та отриманих ними медичних послуг та звільняють медичних працівників від обов'язків зберігати лікарську таємницю щодо інформації, що має відношення до страхового випадку, передбаченого цим Договором.

**Заступник
Голови Правління
ПрАТ "СК"ІНТЕР-ПЛЮС»**



І.В. Бонковська