

**Оферта №1 від 01.10.2021р.
щодо укладення Договору страхування медичних та інших витрат (у тому числі на лікування COVID-19 , обсервацію) на території України та відповідальності при примусовому видворенні з України**

Ця Оферта містить "Пропозицію і порядок укладення в електронній формі "Договір медичних та інших витрат (у тому числі на лікування COVID-19, обсервацію) на території України та відповідальності при примусовому видворенні з України», надалі – **Договір**, та запропоновані Приватним акціонерним товариством "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ІНТЕР-ПЛЮС" (далі – Страховик, ПрАТ "СК " ІНТЕР- ПЛЮС") «Особливі умови добровільного страхування невідкладних медичних та інших витрат (у тому числі витрат на лікування COVID-19, обсервацію) на території України та відповідальності при примусовому видворенні з України», надалі - **Умови страхування**, що містяться в Договорі. Ця Оферта стосується укладення Договору в електронній формі. Пропозиція Оферти діє з 01.10.2021р. У разі прийняття Страхувальником Оферти, страхування здійснюється у відповідності до Умов страхування.

1.Пропозиція і Порядок укладення Договору в електронній формі

1.1. Клієнт (потенційний Страхувальник), під час заповнення електронної форми Договору, отриманої на сайті Страховика www.inter-plus.com.ua, або за допомогою "хмарного" інтернет-сервісу надає Страховику інформацію, необхідну для ідентифікації Страхувальника, розрахунку розміру страхового платежу та формування Договору, який містить «Умови страхування». Заповнений у такий спосіб Договір, за умови його належного оформлення, прирівнюється до письмової заяви Клієнта (потенційного Страхувальника) щодо укладення Договору.

1.2. На підставі внесеної у Договір інформації, в системі здійснюється розрахунок страхового платежу та формується файл «Умови страхування» Договору, який пропонується Клієнту (потенційному Страхувальнику), шляхом відсилки відповідного файлу на електронну адресу Клієнта чи будь-який, зручний для Клієнта месенджер.

1.3. Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом умов Оферти і згодою укласти Договір є надання Страховику відповіді Клієнта про прийняття Оферти, підтвердженням Клієнтом в системі погодження з Умовами страхування. Після погодження Клієнта з Умовами страхування, система автоматично присвоює цьому Договору відповідний номер.

1.4. Прийняттям умов Оферти є згода Клієнта на сплату страхового платежу на умовах, передбачених Договором, у безготівковій формі на поточний рахунок Страховика через платіжну систему Interkassa.

Після оплати страхового платежу система присвоює електронний підпис одноразовим ідентифікатором **ОТР (One Time Password)**- алфавітно-цифровою послідовністю.

Підтвердженням сплати страхового платежу є лист на електронну пошту ПрАТ "СК" ІНТЕР- ПЛЮС" про проведення оплати та лист на електронну пошту Клієнта, який містить Договір, підписаний обома сторонами.

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

1.5.1.до моменту укладання Договору ознайомлений зі змістом частини 2 статті 12 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг", який розміщено на сайті Страховика;

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

1.5.3.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;

1.5.4.ознайомлений та згодний з умовами страхування;

1.5.5.ознайомлений із оригіналом підпису уповноваженої особи та печаткою Страховика, що вказані у п.п.1.10. цього розділу Оферти, та свідомо надав згоду на підписання Договору зі свого боку шляхом проставлення електронного підпису одноразовим ідентифікатором;

1.5.6. надає згоду на отримання Договору, включаючи «Особливі умови страхування» в електронній формі та інших комерційних електронних повідомлень Страховика на його особисту електронну пошту, вказану у Договорі при внесенні особистої інформації.

1.6. Після здійснення акцепту Оферти:

1.6.1. Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує на електронну адресу повідомлення Страховика про підтвердження укладення Договору в електронній формі, шляхом надсилання електронного документа – візуальної форми Договору.

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

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

1.9. 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 зі 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.

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

Голова правління
ПрАТ "СК "ІНТЕР-ПЛЮС"



О.Д. Чупиркіна

1.11. 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.

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

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

Оферта дійсна виключно для страхування клієнтів ПрАТ «СК «ІНТЕР-ПЛЮС»

ОСОБЛИВІ УМОВИ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ НЕВІДКЛАДНИХ МЕДИЧНИХ ТА ІНШИХ ВИТРАТ

(У ТОМУ ЧИСЛІ ВИТРАТ НА ЛІКУВАННЯ COVID-19, ОБСЕРВАЦІЮ) НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПРИ ПРИМУСОВОМУ ВИДВОРЕННІ З УКРАЇНИ

СТРАХОВИК – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО “СТРАХОВА КОМПАНІЯ “ІНТЕР-ПЛЮС”.

СТРАХУВАЛЬНИК - юридична особа, яка організує поїздки або подорож фізичних осіб (Застрахованих осіб) Україною, або дієдатна фізична особа, що уклала договір страхування на свою користь або на користь третіх осіб (Застрахованих осіб).

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА - фізична особа, що виїжджає у подорож Україною та знаходиться під страховим захистом або фізична особа, що приїжджає на територію України та знаходиться під страховим захистом.

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ - письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у визначений термін та виконувати інші умови договору.

СТРАХОВА СУМА - грошова сума, в межах якої Страховик, згідно умов страхування, зобов'язаний здійснити виплату при настанні страхового випадку.

СТРАХОВА ПРЕМІЯ (ПЛАТІЖ, ВНЕСОК) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику, згідно з договором страхування.

СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ - грошова сума, яка виплачується Страховиком за умовами договору страхування при настанні страхового випадку, та яка може складати всю страхову суму або її частину.

СТРАХОВИЙ РИЗИК – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

СТРАХОВИЙ ВИПАДОК - подія, передбачувана договором страхування, яка відбулась під час дії договору страхування, документально підтверджена, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Страхувальнику, Застрахованій або іншій особі, яка визначена у договорі страхування.

РАПТОВЕ ГОСТРЕ ЗАХВОРЮВАННЯ – гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або гострим станом Застрахованої особи, що становить загрозу її життю та здоров'ю та вимагає надання негайної невідкладної медичної допомоги.

ЗАГРОЗА ЖИТТЮ ТА ЗДОРОВ'Ю – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної невідкладної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появі важких ускладнень внаслідок гострого захворювання, або смерті Застрахованої особи.

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК - раптова, непередбачена подія, що не залежить від волі Застрахованої особи, яка відбулась під час дії договору страхування та призвела до тілесних пошкоджень Застрахованої особи або її смерті.

ТІЛЕСНІ ПОШКОДЖЕННЯ – травма, поранення, опіки, що були отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку під час дії договору страхування та потребують госпіталізації або амбулаторного лікування.

ГОСТРИЙ БІЛЬ – реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку більшого шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

БЛИЗЬКІ РОДИЧІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ - чоловік/дружина, діти, мати, батько, рідні брати або сестри Застрахованої особи.

ПЕРЕБУВАННЯ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ – в'їзд та проживання на території України фізичних осіб-нерезидентів.

СЕРВІСНА КОМПАНІЯ (СЛУЖБА) – асистанська компанія, що діє від імені та за дорученням Страховика по організації необхідної допомоги Застрахованим особам та координує їх дії при настанні страхового випадку.

ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ – територія України, за винятком окупованих територій Луганської, Донецької областей та АР Крим, а також територій озброєних конфліктів, війн, надзвичайних ситуацій.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Особливі умови добровільного страхування невідкладних медичних та інших витрат (у тому числі витрат на лікування COVID-19, обсервацію) на території України та відповідальності перед третіми особами при примусовому видворенні з України (надалі – Особливі умови) розроблені у відповідності до Закону України "Про страхування"

1.1. Страховик укладає договір добровільного страхування невідкладних медичних та інших витрат (у тому числі витрат на лікування COVID-19, обсервацію) на території України та відповідальності перед третіми особами при примусовому видворенні з України (надалі – Договір страхування) на підставі «Правил добровільного страхування медичних витрат» від 26.09.2016, «Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту, відповідальності власників повітряного транспорту, відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника)) (нова редакція)» від 22.02.2012, «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» від 16.01.2012.

1.2. Згідно з умовами Договору страхування, що укладений у відповідності до цих Особливих умов, Страховик зобов'язується відшкодувати сервісній компанії (службі), або Застрахованій особі витрати, пов'язані з страховим випадком під час поїздки Україною або під час перебування Застрахованої особи на території України.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, медичними витратами Застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення застрахованою особою подорожі (поїздки) або перебування на території України, а також майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи) пов'язані з відповідальністю за відшкодування витрат, пов'язаних з примусовим видворенням з України.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

3.1. Страховим ризиком, згідно з цими Особливими умовами, є нижче наведені раптові та незалежні від волі Застрахованої особи надзвичайні події, що настали під час поїздки Україною або під час перебування на території України:

- 3.1.1. раптове гостре захворювання Застрахованого або розлад здоров'я, що стався несподівано і становить загрозу для життя та здоров'я Застрахованої особи;
- 3.1.2. розлад здоров'я, тілесні ушкодження Застрахованої особи у зв'язку з нещасним випадком, що становлять загрозу для життя Застрахованої особи та потребують невідкладної медичної допомоги;
- 3.1.3. смерть Застрахованої особи у зв'язку з раптовим гострим захворюванням або нещасним випадком;
- 3.1.4. пошкодження під час ДТП, поломка або викрадення автомобіля, який належить Застрахованій особі, і на якому вона подорожувала Україною;
- 3.1.5. раптовий розлад здоров'я Застрахованої особи-водія, що подорожує автотранспортом, якщо такий розлад є наслідком нещасного випадку або раптового гострого захворювання та потребує невідкладної медичної допомоги;
- 3.1.6. примусове видворення Страхувальника (Застрахованої особи) з України.

3.2. Страховим випадком, згідно з цими Особливими умовами є:

- 3.2.1. виникнення в період дії Договору страхування відповідальності Застрахованої особи за оплату вартості наданих їй під час поїздки Україною невідкладних медичних та інших послуг, передбачених Договором страхування, якщо ці послуги були надані Застрахованій особі у зв'язку з ризиками, перерахованими у пп. 3.1.1.- 3.1.2; пп. 3.1.4.– 3.1.6;
- 3.2.2. пред'явлення вимоги Сервісної компанії на оплату вартості послуг, передбачених Договором страхування, які були надані у зв'язку зі смертю Застрахованої особи під час дії Договору страхування внаслідок раптового гострого захворювання або нещасного випадку;
- 3.2.3. виникнення відповідальності Страхувальника (Застрахованої особи) відповідно до чинного законодавства України за відшкодування збитків завданих державі його примусовим видворенням з України.

3.3. Зазначені у п. 3.2. цих Особливих умов випадки не є страховими, якщо вони сталися внаслідок:

- 3.3.1. вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків або токсичних речовин;
- 3.3.2. навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;
- 3.3.3. самогубства або замаху на самогубство;
- 3.3.4. участі у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту);
- 3.3.5. участі у військових діях будь-якого роду, народних заворушеннях, повстаннях;
- 3.3.6. терористичних актів; на лікування епідемічних та пандемічних захворювань;
- 3.3.7. прямої чи непрямої дії радіоактивного випромінювання, хімічного, бактеріологічного забруднення;
- 3.3.8. керування Застрахованою особою засобами наземного або водного транспорту без відповідного посвідчення або передачі нею керування особі, яка не має відповідного посвідчення або знаходилась у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння;
- 3.3.9. виконання небезпечної роботи по найму, якщо це спеціально не обумовлено у Договорі страхування;
- 3.3.10. заняття спортом на професійному рівні (включаючи змагання та тренування), крім випадків, коли було сплачено додаткову страхову премію;
- 3.3.11. заняття небезпечними та аматорськими видами спорту: контактні види бойових мистецтв, альпінізм, катання на квадроциклах, велоспорт, катання на конях; банджо-джампінг, стрибки з парашутом, спуск у печери, зимові види спорту, дельтапланеризм, рафтинг, підводне плавання та тому подібними, крім випадків, коли було сплачено додаткову страхову премію.

4. ВИТРАТИ, ЯКІ ВІДШКОДУЄ СТРАХОВИК

У відповідності з Договором страхування, Страховиком, залежно від обраної програми, відшкодовуються наступні витрати, за умови, якщо вони погоджені із Сервісною компанією або Страховиком:

4.1. За програмою “М” відшкодовуються витрати на невідкладну медичну допомогу (за виключенням стоматологічної) на базі державних та відомчих медичних закладів:

4.1.1. виклик та надання допомоги бригадою швидкої медичної допомоги, включаючи надання необхідних медикаментів для ліквідації гострого стану або гострого болю у Застрахованої особи, та, при наявності медичних показань, перевезення Застрахованої особи до лікувальної установи автомобілем швидкої допомоги;

4.1.2. невідкладне лікування у стаціонарі терміном не більше ніж 7 днів, оперативне втручання, включаючи:

- вартість медикаментозного лікування; вартість необхідних діагностичних процедур, а також використання необхідного для лікування медичного обладнання;
- консультаційні послуги;

- вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних); харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами прийнятими у даному медичному закладі.

4.2. За програмою "М+" Невідкладна медична допомога+репатріація. Додатково до витрат за програмою "М", відшкодовуються витрати на:

4.2.1. невідкладну стоматологічну допомогу на суму до 1000 (однієї тисячі) гривень;

4.2.2. невідкладну медичну амбулаторну допомогу у медичному закладі або дипломованим лікарем у розмірі до 2000 (двох тисяч) гривень;

4.2.3. оплату ліків, придбаних за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого оригіналу рахунку на суму до 1000 (однієї тисячі) гривень;

4.2.4. невідкладну стаціонарну допомогу в державних лікувальних закладах (в разі госпіталізації більше, ніж на 24 години) з діагнозом COVID-19 (код U 07.1 МКБ-10) та/або обсервацію, на суму до 10 000 (десяти тисяч) грн.;

4.2.5. перевезення тіла Застрахованої особи-резидента до місця її постійного проживання на території України, у випадку її смерті внаслідок раптового гострого захворювання або нещасного випадку;

4.2.6. медичну евакуацію/репатріацію Застрахованої особи-нерезидента до найближчого аеропорту країни постійного проживання або найближчого митного пункту (вид транспорту, умови та строки репатріації визначаються Страховиком) в межах 3000 (трьох тисяч) євро. При цьому, Страховику, родичі/або довірені особи подають заяву-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи після перетину кордону.

4.3. За програмою «М+» у разі настання Відповідальності, пов'язаної з примусовим видворенням Страхувальника (Застрахованої особи) з України, Страховик відшкодовує :

4.3.1. вартість проїзних документів;

4.3.2. вартість послуг з утримання Застрахованої особи в пунктах тимчасового перебування іноземців та осіб без громадянства, які незаконно перебувають в Україні;

4.3.3. вартість послуг з ідентифікації особи;

4.3.4. вартість послуг з оформлення документів та вчинення дій, пов'язаних із примусовим видворенням.

4.4. За програмою «М+Сов» Невідкладна медична допомога+репатріація+ковід додатково до витрат за програмою «М», відшкодовуються витрати на:

4.4.1. невідкладну стоматологічну допомогу на суму до 1000 (однієї тисячі) гривень;

4.4.2. невідкладну медичну амбулаторну допомогу у медичному закладі або дипломованим лікарем у розмірі до 3000 (трьох тисяч) гривень;

4.4.3. оплату ліків, придбаних за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого оригіналу рахунку, на суму до 1000 (однієї тисячі) гривень;

4.4.4. невідкладну стаціонарну допомогу в державних лікувальних закладах (в разі госпіталізації більше, ніж на 24 години) , з діагнозом COVID-19 (код U 07.1 МКБ-10) та/або обсервацію, на суму до 20 000 (двадцяти тисяч) грн.;

4.4.5. перевезення тіла Застрахованої особи-резидента до місця її постійного проживання на території України, у випадку її смерті внаслідок раптового гострого захворювання або нещасного випадку;

4.4.6. медичну евакуацію/репатріацію Застрахованої особи-нерезидента до найближчого аеропорту країни постійного проживання або найближчого митного пункту (вид транспорту, умови та строки репатріації визначаються Страховиком) в межах 3000 (трьох тисяч) євро. При цьому, Страховику, родичі/або довірені особи подають заяву-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи після перетину кордону.

4.5. За програмою «Сов» Невідкладна медична допомога+репатріація+ковід додатково до витрат за програмою «М», відшкодовуються витрати на:

4.5.1. невідкладну стоматологічну допомогу на суму до 1000 (однієї тисячі) гривень;

4.5.2. невідкладну медичну амбулаторну допомогу у медичному закладі або дипломованим лікарем у розмірі до 5000 (п'яти тисяч) гривень;

4.5.3. оплату ліків, придбаних за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого оригіналу рахунку, на суму до 2500 (двох тисяч п'ятсот) гривень;

4.5.4. невідкладну стаціонарну допомогу в державних лікувальних закладах (в разі госпіталізації більше, ніж на 24 години) з діагнозом COVID-19 (код U 07.1 МКБ-10) та/або обсервацію, на суму до 30 000 (тридцяти тисяч) грн.;

4.5.5. перевезення тіла Застрахованої особи-резидента до місця її постійного проживання на території України у випадку її смерті внаслідок раптового гострого захворювання або нещасного випадку;

4.5.6. медичну евакуацію/репатріацію Застрахованої особи-нерезидента до найближчого аеропорту країни постійного проживання або найближчого митного пункту (вид транспорту, умови та строки репатріації визначаються Страховиком) в межах 3000 (трьох тисяч) євро. При цьому, Страховику, родичі/або довірені особи, подають заяву-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи після перетину кордону.

5. ВИТРАТИ, ЯКІ НЕ ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК

Страховик не відшкодовує наступні витрати:

5.1. Пов'язані з хронічними захворюваннями (лікування, придбання медикаментів) та наслідками таких захворювань, які існували на момент укладання Договору страхування, крім випадків ліквідації гострої смертельної небезпеки або цілеспрямованих заходів по ліквідації гострого болю.

5.2. На лікування сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання.

5.3. На лікування алергічних реакцій та захворювань, за винятком набряку Квінке.

5.4. Витрати, пов'язані з судомним приступом, перебігом нервових та психічних захворювань (розладів); пухлини головного та спинного мозку; епілепсії; шизофренії, та їх наслідків.

5.5. На хірургічне втручання на серці та судинах (ангіографія, аортокоронарне шунтування, стентування, балонна ангіопластика тощо), навіть при наявності медичних показань для їх проведення; цереброваскулярні хвороби; стани, пов'язані з гірською хворобою.

5.6. На лікування туберкульозу.;

5.7. На діагностику та лікування онкологічних захворювань.

5.8. Пов'язані з лікуванням СНІДу та його наслідків.

5.9. На лікування гострої або хронічної ниркової недостатності, яка потребує проведення гемодіалізу.

5.10. На штучне переривання вагітності (крім переривання вагітності по невідкладним медичним показанням).

5.11. Пов'язані з лікуванням венеричних захворювань та захворювань, що передаються статевим шляхом.

5.12. На водолікування, геліотерапію та косметичне лікування, якщо воно не обумовлено травмою, одержаною під час нещасного випадку у період страхування.

5.13. На придбання та ремонт допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, милиць, протезів, інвалідних візків, засобів для металоостеосинтезу тощо); придбання та використання протезів різного характеру та призначення; пристроїв, що замінюють або корегують функцію уражених органів; хірургічне втручання з використанням засобів метало-остеосинтезу, навіть при наявності медичних показань для їх проведення. На лікування ускладнень, які виникли внаслідок та після проведення оперативного або консервативного лікування при настанні страхового випадку.

5.14. На протезування зубів та стоматологічну допомогу, яка перевищує необхідну допомогу для зняття гострого болю, витрати на лікування не природних зубів.

5.15. На самолікування та(або) лікування захворювання чи травми, викликаних власними навмисними діями Застрахованої особи.

5.16. На надання послуг лікувальним закладом або особою, які не мають відповідної ліцензії.

5.17. На відшкодування вартості ліків, придбаних без рецепта лікаря, та оплату профілактичних, вітамінних та загальнозміцнюючих препаратів.

5.18. Пов'язані з лікарською помилкою, неправильними або недостатніми медичними маніпуляціями, що призвели до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи під час лікування (в т.ч., якщо погіршення стану здоров'я настало під час перебування в лікарсько-оздоровчому закладі внаслідок приймання призначених процедур).

5.19. На лікування нетрадиційними методами.

5.20. На реабілітаційну терапію та фізіотерапію.

5.21. На послуги, обсяг яких перевищує необхідні для надання невідкладної допомоги.

5.22. На медичну евакуацію (репатріацію) у випадках, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама, чи у супроводі іншої особи, може повернутися до країни постійного проживання.

5.23. На транспортування Застрахованої особи, якщо воно здійснювалось з одного медичного закладу в інший без попереднього погодження зі Страховиком.

5.24. На лікування Застрахованої особи-нерезидента на території України після дати, коли медична евакуація (репатріація) є можливою за висновком лікаря.

5.25. Пов'язані зі штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, витратами по запобіганню вагітності.

5.26. Пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: радіоприймача або телевізора, а також послуг перукаря або косметолога, тощо.

5.27. Пов'язані з протизаконними діями (бездіяльністю) державних органів.

5.28. На амбулаторно-поліклінічну допомогу протягом першої доби після перетину державного кордону України/початку дії договору, за виключенням випадків, які потребують невідкладної медичної допомоги або пов'язані з порушенням цілісності опорно-рухового апарата (кісток, зв'язок).

5.29. Пов'язані з лікуванням Застрахованої особи по події, яка відбулася внаслідок неналежного виконання призначень лікаря;

5.30. На консультацію (медичний огляд та обстеження), після якої не було призначене лікування.

5.31. На діагностику та лікування (крім невідкладних станів) ВСД (вегето-судинна дистонія), НЦД (нейрон-циркулярна дистонія), ДЕП (дисцеркуляторна енцефалопатія), АГ (артеріальна гіпертензія), ІХС (ішемічна хвороба серця), ССН (серцева судинна недостатність), діагностика та лікування астено невротичного синдрому.

5.32. На діагностику та лікування ревматизму та системних захворювань сполучної тканини (в т.ч. колагенози, системний червоний вовчак, склеродермія, вузлуватий периартеріт, ревматоїдний артрит, саркоїдоз, муковісцидоз, розсіяний склероз, ідіоматичні фіброзуючі альвеоліти та інші), незалежно від клінічної форми та стадії процесу та інші системні ураження сполучної тканини (синдром Шегрена, змішане захворювання сполучної тканини, хвороба Бехчета та ін.).

5.33. Будь-які витрати на поховання Застрахованої особи (які було зроблено/здійснено на території України або за кордоном України).

5.34. Будь-які витрати, здійснені/відшкодовані іншими особами, ніж Страхувальником/Вигодонабувачем/Застрахованою особою та/або не погоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком.

5.35. Поточні обстеження зору та слуху.

5.36. Будь-які витрати у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування.

5.37. Витрати компаньйонів або членів родини Застрахованої особи під час госпіталізації Застрахованої особи.

5.38. Витрати, не передбачені Договором страхування та вибраною Програмою страхування.

5.39. Витрати, пов'язані з форс-мажорними обставинами, які передбачені Договором страхування.

6. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ І ДІЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування укладається на термін до одного року, включно.

6.2. Договір страхування укладається на основі усної або письмової заяви Страхувальника.

6.3. Якщо Договір страхування укладається стосовно декількох осіб, то до нього додається список Застрахованих осіб, який є невід'ємною частиною цього Договору.

6.4. **Договір страхування не укладається стосовно осіб віком до 6 місяців та осіб старших за 75 років. В окремих випадках, за згоди Страховика, Договір страхування, стосовно таких осіб, може бути укладено за умови сплати страхового платежу в потрібному розмірі.**

6.5. Договір страхування діє на території України, за винятком окупованих територій Луганської, Донецької області і АР Крим, а також території озброєних конфліктів, війн, надзвичайних ситуацій. Для осіб, які виїжджають у подорож Україною – за виключенням населених пунктів постійного проживання та постійної роботи Застрахованої особи.

6.6. Договір страхування набирає чинності з дати зазначеної в Договорі страхування, але не раніше моменту внесення страхового платежу (премії).

6.7. Страховий захист починається з моменту виїзду Застрахованої особи у подорож, але не раніше вказаної у Договорі страхування дати початку дії Договору, та закінчується в момент повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання, але не пізніше вказаної у Договорі страхування дати закінчення дії Договору.

Для Застрахованих осіб, які тимчасово перебувають на території України, страховий захист починається з дати в'їзду на територію України, але не раніше вказаної у Договорі страхування дати початку дії Договору, та закінчується в момент виїзду Застрахованої особи до країни постійного проживання, але не пізніше вказаної у Договорі страхування дати закінчення дії Договору.

6.8. Договір страхування припиняє свою дію за згодою сторін а також у випадках:

- закінчення терміну дії договору або страхового захисту; виконання Страховиком фінансових зобов'язань по Договору у повному обсязі;
- несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором терміни;
- прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; в інших випадках, передбачених законодавством України.

6.9. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено Договором страхування. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніш як за 30 днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

6.10. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу у розмірі 40% від повної суми страхового платежу, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

6.11. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу у розмірі 40% від повної суми страхового платежу, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

6.12. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повернути Страховику оригінал цього Договору.

7. СТРАХОВА СУМА ТА СТРАХОВА ПРЕМІЯ

7.1. Страхова сума встановлюється у Договорі страхування за згодою Сторін.

7.2. Розмір страхової премії встановлюється в залежності від розміру страхової суми, строку страхування та інших умов Договору страхування.

7.3. Страхові премії вносяться Страхувальником одноразовим платежем за весь строк страхування. Страхувальник сплачує страхову премію Страховику або його представнику по безготівковому розрахунку на рахунок Страховика або його представника у відповідності з діючим законодавством України.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

8.1.1. на відшкодування витрат, визначених Договором страхування у відповідності з Особливими умовами, за одержані медичні та інші сервісні послуги;

8.1.2. вимагати від Страховика своєчасних виплат страхового відшкодування у терміни, визначені Договором страхування. За несвоєчасну виплату страхового відшкодування з вини Страховика, Страхувальнику (Застрахованій особі) виплачується пеня за кожний день прострочення платежу в розмірі, визначеному Договором страхування.

8.2. Страховик має право:

8.2.1. перевіряти повідомлену Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію;

8.2.2. не виплачувати страхове відшкодування у випадках, передбачених чинним законодавством України, а також у випадку невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог п.8.3. цих Особливих умов, якщо це передбачено Договором страхування. Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування Страховик зобов'язаний прийняти протягом 10 робочих днів після надання Страхувальником (Застрахованою особою) всіх необхідних документів.

8.3. Страхувальник зобов'язаний:

8.3.1. надати Страховику всю відому йому інформацію, що має значення для оцінки страхового ризику;

8.3.2. своєчасно вносити страхові платежі;

8.3.3. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків внаслідок настання надзвичайних подій;

8.3.4. при настанні страхового випадку діяти у відповідності до умов та вимог, що викладені у розділі 9 "Дії Сторін при настанні страхового випадку" даних Особливих умов;

8.3.5. погоджувати зі Страховиком або Сервісною компанією (службою), телефоном якої вказані у Договорі страхування, всі дії, пов'язані з отриманням лікування та інших послуг в разі раптового гострого захворювання, нещасного випадку та інших надзвичайних подій, обумовлених Договором страхування;

8.3.6. виконувати розпорядження та/чи рекомендації Сервісної компанії (служби) або Страховика;

8.3.7. надати право вільного доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, яка пов'язана зі страховим випадком.

8.4. Страховик зобов'язаний:

8.4.1. ознайомити Страхувальника з цими Особливими умовами та Правилами страхування;

8.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати або страхового відшкодування Страхувальнику;

8.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається згідно з чинним законодавством України;

8.4.4. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору;

8.4.5. тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майновий стан за винятком випадків, передбачених законодавством України;

8.4.6. умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

9. ДІЇ СТОРІН ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку та передбачена Договором страхування, Застрахована особа, або її довірені особи, зобов'язані протягом 24 годин зв'язатись із Сервісною компанією (службою) за вказаними у Договорі страхування телефонами/контактами і повідомити таку інформацію:

- номер Договору страхування; прізвище та ім'я Застрахованої особи; місцезнаходження Застрахованої особи, телефон;

- докладний опис обставин надзвичайної події та характер необхідної допомоги.

10. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

10.1. Порядок та умови виплати страхового відшкодування за невідкладні медичні витрати та у разі настання нещасного випадку:

10.1.1. оплата вартості наданих Застрахованій особі невідкладних медичних послуг здійснюється Сервісною компанією (службою), якщо Застрахована особа отримала медичну допомогу через Сервісну компанію (службу), при цьому заклад, який надав допомогу Застрахованій особі, надішле рахунок та відривний корінець Договору страхування безпосередньо Сервісній компанії (службі). Розрахунок між Страховиком та Сервісною компанією (службою) за надані Застрахованій особі послуги під час її поїздки Україною, здійснюється у порядку та у терміни, передбачені договором між Страховиком та Сервісною компанією (службою);

10.1.2. якщо Застрахована особа сама сплатила вартість невідкладних послуг під час поїздки Україною, але узгодила ці витрати зі Страховиком або Сервісною компанією (службою), Страховик відшкодує ці витрати після повернення Застрахованої особи з поїздки в розмірі, який не перевищує страхову суму, яка встановлена у Договорі страхування, та встановлені ліміти, за умови документального обґрунтування та підтвердження цих витрат;

10.1.3. якщо Застрахована особа сама сплатила вартість невідкладних послуг під час поїздки Україною або під час перебування на території України, та без поважних на те причин не узгодила їх зі Страховиком або Сервісною службою, Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування чи відшкодує ці витрати після повернення Застрахованої особи з поїздки, але в розмірі не більше 500 гривень, за умови обґрунтування та документального підтвердження цих витрат;

10.1.4. для отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування) Страхувальник (Застрахована особа) протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту настання страхового випадку зобов'язаний надати Страховику:

10.1.4.1. письмову заяву на відшкодування витрат за формою, встановленою Страховиком;

10.1.4.2. оригінал Договору страхування;

10.1.4.3. копії паспорту Застрахованої особи (проізного документа дитини, свідоцтва про народження, якщо Застрахована особа не досягла 14 років), громадянського паспорту, ідентифікаційного коду отримувача виплати;

10.1.4.4. оригінали рецептів на придбання призначених ліків, де вказані прізвище лікаря, назва призначених ліків, їх вартість, завірені печаткою лікаря або медичного закладу;

10.1.4.5. оригінали медичного висновку (рапорту), квитанцій (детальну калькуляцію рахунків-фактур) про оплату одержаного лікування, де вказано прізвище та ім'я пацієнта, діагноз, анамнез, дані про окремі лікувальні процедури та дати їх проведення;

10.1.4.6. оригінали квитанцій (касових чеків), що підтверджують оплату рахунків та ліків, придбаних за рецептами лікаря;

10.1.4.7. Акт про нещасний випадок або документи з лікувально-профілактичного закладу з підтвердженням факту отримання травми;

10.1.4.8. довідка про обстеження щодо наявності вірусної інфекції групи коронавірусів, включаючи Covid-19 (код U 07.1 МКБ-10), з позитивним результатом ПЛР-тесту, видана медичним закладом у порядку, який визначається МОЗ України;

10.1.4.9. довідки закладів охорони здоров'я, медичні та інші документи, що підтверджують настання страхового випадку, листок непрацездатності о довідку із зазначенням дати звернення до закладу охорони здоров'я, що засвідчує терміни тимчасової непрацездатності та терміни лікування, підписану відповідальною особою і завірену печаткою закладу охорони здоров'я;

10.1.5. для одержання страхової виплати у разі смерті Застрахованої особи, спадкоємці повинні додатково до документів, вказаних у п. 10.1.4. цих Особливих умов, надати Страховику такі документи:

- Свідоцтво про смерть Застрахованої особи; документ про правонаступництво (у разі смерті Застрахованої особи); оригінали квитанцій (касових чеків), що підтверджують оплату рахунків (детальну калькуляцію рахунків-фактур); копії документів, що посвідчують особу отримувача страхового відшкодування.

10.2. Порядок та умови виплати страхового відшкодування у разі настання відповідальності Страхувальника (Застрахованої особи) за примусове видворення з України:

10.2.1. фактом, що підтверджує настання випадку, у разі настання відповідальності Страхувальника (Застрахованої особи) за примусове видворення з України, який може бути визнано страховим, є складений центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері захисту державного кордону, акт витрат на видворення Страхувальника або рішення суду, що встановлює відповідальність Страхувальника та зобов'язує відшкодувати завдані державі збитки;

10.2.2. для отримання страхового відшкодування, у разі настання відповідальності за примусове видворення з України, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана надати Страховику такі документи:

10.2.2.1. заяву на отримання страхової виплати (страхового відшкодування) - за формою, встановленою Страховиком;

10.2.2.2. оригінал Договору страхування;

10.2.2.3. копію паспорта Страхувальника (Застрахованої особи);

10.2.2.4. копії довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Страхувальника (Застрахованої особи);

10.2.2.5. інші документи або відомості на обґрунтований письмовий запит Страховика, враховуючи особливості конкретного страхового випадку;

10.2.2.6. оригінал або засвідчена належним чином копія паспорту Страхувальника/Застрахованої особи з відміткою компетентних державних органів про примусове видворення;

10.2.2.7. засвідчену у встановленому порядку копію рішення суду про примусове видворення Страхувальника/Застрахованої особи з України та зобов'язання відшкодувати завдані збитки;

10.2.2.8. засвідчена у встановленому порядку копія акту витрат, необхідних для виконання рішення про видворення Страхувальника (Застрахованої особи) за встановленою Міністерством внутрішніх справ або Державним комітетом у справах охорони державного кордону формою (надалі - акт витрат);

10.2.2.9. оригінали платіжних документів, що підтверджують фактичну оплату Страхувальником (Застрахованою особою) витрат на примусове видворення.

10.3. Неподання всіх документів, визначених п.п. 10.1.4. п. 10.1. та/або п.п. 10.2.2. п. 10.2. ст. 10 Договору, дає Страховику право відстрочити виплату страхового відшкодування до моменту подання відповідних документів, яких не вистачає.

10.4. Зазначені документи надаються Страховику у формі оригінальних примірників або копій, завірених органом, що видав відповідний документ, або простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення цих копій з оригінальними примірниками документів. Якщо документи надані Страховику не в належній формі або оформлені із порушенням існуючих норм, виплата страхового відшкодування не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

10.5. Рішення про виплату або про відмову у виплаті страхового відшкодування приймається Страховиком протягом 10 робочих днів з дня надання Застрахованою особою всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.

10.6. При відмові у виплаті страхового відшкодування Страховик зобов'язаний повідомити Страхувальника у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 15 (п'ятнадцять) робочих днів після прийняття такого рішення.

10.7. Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком протягом 10-ти банківських днів з дня прийняття рішення про виплату за вирахуванням франшизи, вказаної у Договорі страхування.

10.8. Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

10.9. Після виплати страхового відшкодування дія Договору в частині відповідальності перед третіми особами припиняється. Будь-які повторні претензії Страховиком не розглядаються і страхове відшкодування за такими претензіями (заявами) не виплачується.

11. РОЗГЛЯД СУПЕРЕЧНОСТЕЙ

11.1. Суперечності, які виникли між сторонами, вирішуються шляхом переговорів.

11.2. У всьому, що не врегульовано Договором, Сторони керуються Правилами страхування. У разі, якщо положення Договору суперечать або тлумачаться іншим чином, ніж положення Правил страхування, перевагу мають положення Договору. Відносини Сторін в частині, що не врегульовані Договором та Правилами страхування, регулюються чинним законодавством України.

11.3. Страхувальник надає згоду Страховику на збір, оброблення, використання персональних даних Страхувальника з метою укладення та виконання Договору страхування, а також на вчинення інших дій, передбачених Законом України «Про захист персональних даних» та підтверджує, що повідомлений про свої права, місцезнаходження бази персональних даних, мету збору та можливість надання персональних даних третім особам для виконання зазначеної мети.

11.4. Страхувальник надає згоду та не заперечує проти проведення таких документів ідентифікації та вивчення фінансової діяльності відповідно до вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» від 14.10.2014 року №1702-вії та Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 24.02.2011 року № 102, зареєстрованого у Міністерстві юстиції 18.05.2011 року за N 600/19338 «Про внесення змін до Положення про здійснення фінансового моніторингу фінансовими установами».

11.5. Страхувальник підтверджує, що він ознайомлений з інформацією, зазначеною в ст.12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

11.6. Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг.

Реквізити органу, що здійснює державне регулювання, а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів:

Національний банк України.

Місцезнаходження: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9. Телефон довідкової телефонної служби: 0 800 505 240, Web-сайт: www.bank.gov.ua.

Державна інспекція України з питань захисту прав споживачів.

Місцезнаходження: 03150, м. Київ, вул. Горького, 174. Телефон: (044) 528- 84-74. E-mail: dsiu@dsiu.gov.ua, Web-сайт: www.dsiu.gov.ua.

Інспекція з питань захисту прав споживачів у м. Києві.

Місцезнаходження: 04070, м. Київ, вул. Терьохіна, 8-А. Тел./факс: (044) 482-40-00, 463-79-73; E-mail: mkyiv_zah@ukr.net.

11.7. Питання, по яким не було досягнуто домовленості, вирішуються на підставі діючого законодавства України.

УВАГА! Особи, які додатково застраховані від нещасного випадку на підставі «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» від 11.10.2011 року, мають право на страхову виплату у разі настання нещасного випадку.

Особа вважається застрахованою від нещасного випадку, якщо в Договорі страхування у відповідних графах зазначено страхову суму, страховий тариф та страховий платіж за нещасним випадком. Якщо у таких графах Договору проставлені «0», прочерки або закреслення, то страхування від нещасного випадку не здійснено.

Для одержання страхової виплати за нещасним випадком Застрахована особа або її правонаступники повинні надати Страховику такі документи:

- страховий договір; акт про нещасний випадок; висновок лікувального закладу про встановлений діагноз; довідку про встановлення групи інвалідності; паспорт особи, яка одержує страхову виплату.

Страхова виплата за нещасним випадком здійснюється Страховиком протягом 10-ти банківських днів після отримання підтвердження достовірності наданих документів.

Страхова виплата за нещасним випадком здійснюється у розмірі певного відсотку від страхової суми, який залежить від характеру і ділянки ушкодження (Додаток № 1 до Правил добровільного страхування від нещасних випадків).