

ПРОПОЗИЦІЯ (ОФЕРТА)

**щодо добровільного страхування іноземних громадян (осіб без громадянства), які тимчасово перебувають на території України
(публічна частина договору)**

1. Дана Пропозиція є офіційною публічною офертою (надалі – Оферта) Приватного акціонерного товариства «Акціонерна страхова компанія «ОМЕГА» (код ЄДРПОУ – 21626809, надалі - Страховик), що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі - Клієнти), укласти із Страховиком електронний договір добровільного страхування іноземних громадян (осіб без громадянства), які тимчасово перебувають на території України (далі – Договір страхування), шляхом приєднання за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи (надалі – «ІТС») Страховика або його Повіреного із дотриманням вимог ст. 634 Цивільного кодексу України, Законів України «Про страхування», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронні довірчі послуги» та «Про електронну комерцію».

2. Страхування здійснюється у відповідності до Умов добровільного страхування іноземних громадян (осіб без громадянства), які тимчасово перебувають на території України (Додаток № 1 до Пропозиції), які розроблені відповідно до Правил добровільного страхування медичних витрат, зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 24.07.2007р. за № 2171843 (надалі - "Правила"), та на підставі Ліцензії Серії АГ 569355, виданої (в порядку переоформлення) Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 27.01.2011р., безстрокова.

3. Пропозиція, Умови страхування (Додаток № 1 до Пропозиції) та Правила розміщені на офіційній веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет <https://omega.ua> та доступні до вільного ознайомлення.

4. Терміни та визначення:

Ідентифікація – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його Повіреного з метою укладання договору страхування та/або отримання страхового відшкодування.

Інформаційно-телекомунікаційна система (надалі «ІТС») - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком або його Повіреним для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.

Ідентифікація Клієнта в ІТС - підтвердження повноважень Клієнта на доступ в ІТС Страховика або його Повіреного шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.

Логін - унікальне зареєстроване ім'я Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої автентифікації Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах Страховика та його Повіреного. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону Клієнта тощо.

Одноразовий ідентифікатор – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. Одноразовий ідентифікатор може бути використаний для внесення змін та/або доповнень до електронного договору та його припинення.

5. Порядок укладання електронного договору страхування

5.1. Для укладання Договору страхування Клієнту необхідно зайти до ІТС, що використовується Страховиком або його Повіреним для укладання Договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції та надати всі відомості, необхідні для укладання Договору страхування шляхом заповнення Електронної заяви. Перед укладанням Договору страхування Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, Правилами, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страхувальника укласти Договір страхування. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальну частину Договору страхування.

5.2. Укладання Договору страхування здійснюється шляхом прийняття (акцепту) Клієнтом пропозиції укласти Договір страхування на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційній веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет <https://omega.ua>. (умови Пропозиції є публічними та загальними для споживачів).

5.3. У відповідності до статей 207, 633, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію» безумовним прийняттям (акцептом) пропозиції Страховика укласти Договір страхування вважається вчинення Клієнтом наступних послідовних дій:

5.3.1. оформлення Електронної заяви (далі – Заява), тобто внесення Клієнтом через ІТС відомостей, необхідних для укладання Договору страхування, а саме: персональних даних Клієнта (прізвища, ім'я, по батькові, адреси проживання, дати народження, паспортних даних, РНКОПП, номеру мобільного зв'язку, e-mail, тощо), відомостей про Застраховану особу (прізвища, ім'я, даних паспорта, дати народження, країни постійного проживання) згідно наданої Страховиком/Повіреним Страховика форми, вибір Клієнтом строку дії Договору страхування, та підтвердження правильності внесення даних. Заповнена Заява, за умови її належного оформлення, прирівнюється до письмової заяви на страхування;

підписання Договору страхування шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (введення коду, надісланого Страховиком/Повіреном Страховика на засіб мобільного зв'язку Клієнта) відповідно до ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію»;

5.3.3. сплата страхового платежу (премії) в повному обсязі на поточний рахунок Страховика після отримання підтвердження укладення Договору страхування по електронній пошті або через ІТС Повіреного.

Виконання зазначених дій означає прийняття Клієнтом всіх умов Пропозиції разом з додатками і є укладенням Договору страхування в електронній формі, яка відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» прирівнюється до письмової форми.

Заповнення електронної заяви Клієнтом не зобов'язує його укласти Договір страхування. Договір страхування не є укладеним без електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором.

6. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його Повіреном одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника.

7. Після здійснення акцепту та набрання Договором страхування законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника.

8. Індивідуальна частина Договору страхування направляється Страхувальнику у формі електронного документу на засіб електронного/мобільного зв'язку, вказаного Страхувальником у Заяві.

9. Номер Договору страхування присвоюється Страховиком та зазначається в Індивідуальній частині Договору страхування.

10. Договір страхування вступає в силу не раніше 00:00 годин дня, наступного за днем оплати страхового платежу. Сторони погоджуються, що датою оплати вважається дата надходження грошових коштів на рахунок Страховика.

11. Дата, час, повідомлення про підтвердження укладення Договору страхування (факт відправлення) та здійснення оплати, обмін електронними повідомленнями між Сторонами зберігається в електронній базі Страховика.

12. Сторони домовилися, що відправка Індивідуальної частини Договору страхування на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Договору страхування Страхувальнику.

13. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності відтворити Договір страхування на паперовому носії. На письмову вимогу однієї зі Сторін Договір страхування оформлюється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню кожною зі Сторін. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Договору страхування, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

14. Сторони узгодили, що договір страхування, який направляється Страхувальнику на його електронну адресу може бути підписано Страховиком із використанням факсимільного відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитка печатки Страховика, зразок яких відображено у даній Пропозиції.

15. У всьому іншому, що не викладено і не врегульовано умовами даної Пропозиції, Сторони керуються Правилами.

16. Ця Пропозиція дійсна з 20.10. 2020 року на необмежений термін.

17. Страховик залишає за собою право змінити умови, визначені Пропозицією, шляхом публікації нової редакції Пропозиції та/або змін до цієї Пропозиції на офіційній веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет <https://omega.ua> не менш ніж за 10 (десять) календарних днів до вступу змін в силу. Момент здійснення опублікування на офіційному сайті АСК «ОМЕГА» вважається моментом ознайомлення Клієнта з текстом таких змін.

18. Договори страхування, які були укладені на підставі даної Пропозиції до набрання чинності внесених змін, залишаються без змін та діють на умовах, які були діючими на момент укладення Договорів страхування.

19. Страховик має право достроково припинити дію цієї Пропозиції в односторонньому порядку, попередивши шляхом розміщення оголошення про це на своєму сайті не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення.

Додаток № 1: Умови добровільного страхування іноземних громадян (осіб без громадянства), які тимчасово перебувають на території України.

«АСК «ОМЕГА»,

01054, м. Київ, вул. Дмитрівська 48 - Г, літ. «А»,

Рахунок №UA833806340000026503011612001в ПуАТ «КБ «АКОРДБАНК»,

код ЄДРПОУ 21626809,

тел.0-800-30-10-10,

www.omega.ua

Президент

Карагасєв П.А.

Умови добровільного страхування іноземних громадян (осіб без громадянства), які тимчасово перебувають на території України

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ці Умови добровільного страхування іноземних громадян (осіб без громадянства), які тимчасово перебувають на території України (надалі – «Умови») є невід'ємною частиною Пропозиції (оферти) щодо укладення електронного договору добровільного страхування іноземних громадян (осіб без громадянства), які тимчасово перебувають на території України (далі – «Договір страхування»).

1.2. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованих осіб, визначених Страхувальником у Договорі страхування за їх згодою, а також медичними та додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час перебування Застрахованих осіб на території України.

1.3. Страховик зобов'язується за встановлену Договором страхування плату (страховий платіж) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини у випадку настання подій (страхових випадків) передбачених Договором страхування.

1.4. Місцем (територією) дії Договору страхування є територія України в межах державного кордону (з урахуванням п. 3.7 цих Умов).

1.5. Дія Договору страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня, зазначеного в Договорі страхування, як початок його дії, але не раніше дня наступного за днем надходження на поточний рахунок Страховика страхового платежу у повному розмірі та закінчує свою дію о 24.00 годині за київським часом дня, вказаного в Договорі страхування як день закінчення строку дії Договору страхування, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору страхування.

1.6. Вигодонабувачем щодо конкретної Застрахованої особи є відповідна Застрахована особа.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. Страховими ризиками, згідно з цими Умовами, є нижче наведені раптові та незалежні від волі Застрахованої особи надзвичайні події, що настали під час перебування на території України:

2.1.1. раптове гостре захворювання Застрахованої особи, що становить загрозу для її життя та здоров'я;

2.1.2. розлад здоров'я, тілесні ушкодження Застрахованої особи у зв'язку з нещасним випадком, що становить загрозу для її життя та здоров'я та потребує невідкладної медичної допомоги;

2.1.3. смерть Застрахованої особи внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку;

2.2. Страховим випадком є факт понесення Застрахованою особою документально підтверджених витрат на оплату вартості наданої Застрахованій особі медичної або іншої допомоги (послуги) передбаченої п. 2.3. цих Умов, внаслідок настання подій зазначених в п. 2.1. цих Умов.

2.3. Допомога (послуга), вартість якої відшкодовується Страховиком в разі настання страхового випадку:

2.3.1. У разі звернення Застрахованої особи до медичного закладу внаслідок раптового захворювання або розладу здоров'я у зв'язку з нещасним випадком Страховиком відшкодовуються витрати на екстрене лікування, а саме:

2.3.1.1. організацію та оплату вартості екстреної медичної допомоги, що надається дипломованим лікарем та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги (включаючи надання необхідних медикаментів для ліквідації гострого стану або гострого болю у Застрахованої особи) та, за наявності медичних показань, перевезення Застрахованої особи до лікувальної установи автомобілем швидкої допомоги у межах - 1 000,00 (одна тисяча) грн. за одним страховим випадком на кожну Застраховану особу;

2.3.1.2. екстрену медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах у межах - 8 000,00 (вісім тисяч) грн. за одним страховим випадком на кожну Застраховану особу, включаючи:

- вартість медикаментозного лікування (в т.ч. перев'язочних засобів, необхідних засобів фіксації тощо);

- консультаційні послуги профільних спеціалістів;

- вартість діагностичних досліджень та лікувальних процедур (в т.ч. використання необхідного для лікування медичного обладнання);

2.3.1.3. екстрену медичну допомогу в умовах стаціонару (в палаті стандартного типу) у межах - 10 000,00 (десять тисяч) грн. за одним страховим випадком на кожну Застраховану особу, включаючи:

- вартість медикаментозного лікування (в т.ч. перев'язочних засобів, необхідних засобів фіксації тощо);

- вартість діагностичних досліджень та лікувальних процедур (в т.ч. використання необхідного для лікування медичного обладнання);

- консультаційні послуги профільних спеціалістів;

- вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних);

- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами прийнятими у даному медичному закладі.

2.3.1.4. екстрену стоматологічну допомогу (знеболювальне лікування) у межах 1 000,00 (одна тисяча) грн. на кожну Застраховану особу за весь період дії Договору;

2.3.1.5. оплату ліків, самостійно придбаних за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого оригіналу рецепту та рахунку у межах 1000,00 (одна тисяча) грн. на кожну Застраховану особу за весь період дії Договору.

2.3.2. Витрати на медичну евакуацію Застрахованої особи до найближчого аеропорту країни постійного проживання або найближчого митного пункту (пункт призначення, вид транспорту, умови та строки евакуації визначаються спеціалістом Асистуючої компанії за погодженням зі Страховиком) у межах 25 000 (двадцяти п'яти тисяч) грн. на кожну Застраховану особу за весь період дії Договору.

2.3.3. Витрати на репатріацію тіла (вартість труни включно) у випадку смерті Застрахованої особи, та по доставці останків Застрахованої особи в країну громадянської належності (пункт призначення, вид транспорту, умови та строки евакуації визначаються спеціалістом Асистуючої компанії за погодженням зі Страховиком) у межах - 25 000 (двадцяти п'яти тисяч) грн. на кожну Застраховану особу за весь період дії Договору.

2.3.4. Страховик відшкодовує витрати на оплату медичних та інших послуг, наданих Застрахованій особі під час її перебування на території України у разі захворювання на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2 (далі - COVID-19), а саме:

2.3.4.1. на діагностику захворювання на COVID-19 (не більше 2 (двох) разів на кожну Застраховану особу за весь період дії Договору);

2.3.4.2. на невідкладне амбулаторне лікування, включаючи: вартість діагностичних і лікувальних процедур (в т.ч. вартість необхідних медикаментів);

2.3.4.3. на невідкладну стаціонарну медичну допомогу, включаючи: вартість медикаментів, вартість діагностичних та лікувальних процедур; вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних), харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами прийнятими у відповідному медичному закладі.

Відшкодування витрат передбачених цим пунктом здійснюється у межах ліміту зазначеного в п. 6.1.1. Індивідуальної частини Договору. При цьому, Страховик відшкодовує витрати на лікування у період що не перевищує 14 днів (сумарно) з моменту лабораторного діагностування у Застрахованої особи COVID-19.

2.4. Організація медичної допомоги проводиться на базі державних або відомчих лікувально - профілактичних закладів (ЛПЗ) з рівнем покриття по ЛПЗ -100% за вибором та рекомендацією ЛПЗ Страховиком. Організація медичної допомоги на базі приватних клінік не проводиться.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:

3.1.1. масових заворушень, що супроводжуються насильством над особою, повстання, революції, заколоту, бунту, путчу, державного перевороту, будь-яких військових дій, військового вторгнення, інших збройних сутичок та їх наслідків, з оголошенням війни та без нього, громадянської війни;

3.1.2. терористичних актів або будь-які інших протиправних дій за політичними мотивами або дій, яких вжито з метою запобігання, придушення, контролю або зменшення наслідків будь-якого фактичного, передбачуваного, очікуваного, усвідомлюваного і такого, що несе загрозу терористичного акту або диверсії, та інших антитерористичних дій;

3.1.3. впливу ядерної енергії в будь-якій формі, радіаційного, хімічного або бактеріологічного забруднення, дії іонізуючого випромінювання;

3.1.4. керування Застрахованою особою транспортним засобом або передачі керування іншій особі, якщо Застрахована чи інша особа знаходилися в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, під впливом медикаментозних препаратів, вживання яких заборонено при керуванні транспортним засобом, а також передачі керування транспортним засобом іншій особі, яка не має посвідчення водія;

3.1.5. перебування Застрахованої особи у транспортному засобі, яким керувала особа, яка знаходилася у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або під впливом медикаментозних препаратів, вживання яких заборонено при керуванні транспортним засобом (за виключенням випадків перебування Застрахованої особи у громадському транспорті);

3.1.6. самогубства або замаху на самогубство, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

3.1.7. здійснення або спроби здійснення Застрахованою особою протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами;

3.1.8. навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

3.1.9. свідомого перебування Застрахованої особи в місцях, заздалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя та здоров'я людини (місця проведення вибухових, будівельно-монтажних робіт, військові полігони, стрільбища тощо), якщо це не пов'язано з виробничою необхідністю або спробою рятування людського життя;

3.1.10. знаходження (перебування) Застрахованої особи під дією алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів, а також медикаментів, на які вимагається рецепт та які приймалися не за призначенням лікаря, або за призначенням особи, що не мала на те відповідної кваліфікації, крім випадків, коли зазначені факти стали наслідком протиправних дій третіх осіб.

3.2. Страховик не відшкодовує витрати:

3.2.1. на медичні послуги, пов'язані з лікуванням хронічних захворювань, а також захворювань, відомих (встановлених) до моменту укладання Договору страхування, незалежно від того, чи здійснювалося по ним лікування чи ні;

3.2.2. на відновлення погіршеного стану здоров'я Застрахованої особи, пов'язаного з лікуванням, яке Застрахована особа отримувала до початку періоду страхування, а також у разі, якщо поїздка була протипоказана Застрахованій особі за станом здоров'я та медичними показниками;

3.2.3. на медичні послуги, пов'язані з лікуванням нервових захворювань (крім невритів), психічних розладів здоров'я та пов'язаних з ними травматичних ушкоджень;

3.2.4. на медичні послуги, пов'язані з лікуванням новоутворень (у тому числі доброякісних), хвороб ендокринної системи, цукрового діабету, будь-яких форм туберкульозу, вірусних гепатитів;

- 3.2.5. на діагностику та лікування будь-яких венеричних захворювань та інфекцій;
- 3.2.6. на медичні витрати, пов'язані з штучним заплідненням, лікуванням безпліддя у чоловіків та жінок, запобіганням вагітності Застрахованої особи, включаючи процедури та препарати;
- 3.2.7. на медичні послуги, пов'язані з проведенням абортів, крім випадків, коли операція виконана з метою рятування життя Застрахованої особи. При цьому відповідний стан Застрахованої особи має бути підтверджено медичним висновком;
- 3.2.8. на консультації, обстеження і лікування під час перебігу вагітності або її ускладнень, крім випадків, коли медична допомога Застрахованій особі необхідна за життєвими показниками. При цьому відповідний стан Застрахованої особи повинен бути підтверджений медичним висновком. У будь-якому разі витрати на допомогу при пологах і післяпологовому догляді за дитиною не покриваються;
- 3.2.9. на хірургічне втручання на серці та судинах, у том числі на ангіографію, ангіопластику, аорто - коронарне шунтування, та стентування;
- 3.2.10. на медичні послуги, пов'язані з лікуванням хвороб крові та кровотворних органів;
- 3.2.11. на будь-яке протезування, включаючи зубне та очне, трансплантацію органів чи тканин;
- 3.2.12. на реконструктивну та пластичну хірургію;
- 3.2.13. на надання стоматологічної допомоги, за винятком знеболюючого лікування та необхідного тимчасового пломбування, пов'язаного з ним, тільки природних (натуральних) зубів;
- 3.2.14. на медичні послуги, надання яких пов'язано із сонячними опіками та іншими гострими змінами шкірного покриву, викликаних впливом ультрафіолетового випромінювання або тепловим ударом, за виключенням випадків, що потребують негайної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи;
- 3.2.15. на медичні послуги, пов'язані з лікуванням грибкових та дерматологічних хвороб, алергічного дерматиту, крім випадків прямої загрози життю Застрахованої особи (в тому числі станів, що супроводжуються інтоксикацією чи набряком дихальних шляхів);
- 3.2.16. на діагностику та лікування методами нетрадиційної медицини (фітотерапія, іридіодіагностика, гомеопатичне лікування, рефлексотерапія, мануальна терапія, тощо);
- 3.2.17. на лікування патологічних переломів кісток через вроджені, хронічні або набуті, до укладення Договору, фізичні вади;
- 3.2.18. на проведення курсу лікування на бальнеологічних або лікувальних курортах, у санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку або інших подібних установах, реабілітаційну терапію та фізіотерапію;
- 3.2.19. на діагностичні маніпуляції (у т. ч. проведення дезінфекцій, профілактичних оглядів, вакцинацій, ін'єкцій, щеплень, консультацій і лабораторних досліджень) та лікувальні процедури, що не є обов'язковими або необхідними у разі настання страхового випадку, або не пов'язані з ним;
- 3.2.20. на забезпечення додаткового комфорту Застрахованої особи під час перебування у медичному закладі, а саме: однієї палати, телевізора, зволожувача повітря, кондиціонера, послуг перукаря чи косметолога тощо;
- 3.2.21. на догляд за хворою Застрахованою особою, родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи вони є професійними медичними працівниками;
- 3.2.22. на підбір та ремонт коригуючих медичних пристроїв чи приладів (окулярів, контактних лінз, слухових пристроїв, слухових імплантів, протезів, милиць, інвалідних візків);
- 3.2.23. на придбання допоміжних засобів медичного призначення для заміни та/або корегування функцій уражених органів;
- 3.2.24. пов'язані з наданням послуг медичним закладом, що не має відповідної ліцензії, або особою, що не має права на здійснення медичної діяльності (практики);
- 3.2.25. на лікування будь-яких розладів здоров'я чи ускладнень, що відбулися внаслідок невиконання рекомендацій лікаря, що проводить лікування Застрахованої особи;
- 3.2.26. на лікування захворювань, пов'язаних з масовими епідеміями або пандеміями що потребують вживання комплексу карантинних заходів (крім випадків пов'язаних з захворюванням на COVID-19);
- 3.2.27. на лікування за місцем постійного проживання після повернення Застрахованої особи з подорожі (поїздки).
- 3.3. Не підлягають відшкодуванню:
- 3.3.1. витрати на амбулаторне лікування після виписки зі стаціонару та/або проходження курсу реабілітації;
- 3.3.2. шкода, заподіяна Застрахованій особі внаслідок професійної помилки лікаря або іншої особи, що надавала послуги Застрахованій особі;
- 3.3.3. витрати на стаціонарне та амбулаторне лікування, транспортування та витрати на репатріацію, коли вони не узгоджені зі Страховиком або Асистуючою компанією;
- 3.3.4. моральна шкода, непрямі збитки, а також збитки, що стали наслідком протиправних інтересів, змови Страхувальника (Застрахованої особи) і третіх осіб;
- 3.3.5. витрати, що пов'язані з випадком, який стався в результаті занять Застрахованою особою професійним спортом. В контексті цього Договору термін «заняття професійним спортом» означає будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях.
- 3.3.6. витрати, що пов'язані з випадком, який стався в результаті занять екстремальними видами спорту та розваг (включаючи але не обмежуючись: альпінізмом, спелеотуризмом, дельтапланеризмом, кінним спортом, бобслеєм, будь-якими перегонами на швидкість, дайвінгом, розвагами, пов'язаними з вільним падінням, стрільбою з будь-якого виду зброї, рафтингом, слаломом, віндсерфінгом, вітрильним спортом, підводними видами спорту чи розваг, видами спорту, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин), за виключенням гірськолижного туризму;
- 3.3.7. витрати, що пов'язані з випадком, який стався в результаті занять Застрахованою особою масовим спортом на аматорському рівні (далі – Спорт), за виключенням випадків, коли подорож (поїздка) здійснюється з метою зайняття Спортом, про

що в графі «Спеціальні умови» Індивідуальної частини Договору страхування зроблена відповідна позначка – «Спорт». В контексті цього Договору термін «масовий спорт на аматорському рівні» означає заняття Застрахованою особою спортом чи подібною до спорту діяльністю заради задоволення своїх особистих прав та інтересів, та коли не стоїть мета отримання від такої діяльності доходів у будь-якій формі;

3.3.8. витрати, що пов'язані з випадком, який стався в результаті занять Застрахованою особою гірськолижним туризмом, за виключенням випадків, коли подорож (поїздка) здійснюється з метою зайняття гірськолижним туризмом, про що в графі «Спеціальні умови» Індивідуальної частини Договору страхування зроблена відповідна позначка – «Гірськолижний туризм».

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

3.4. Страховик не відшкодовує наступні витрати пов'язані з діагностикою на COVID-19:

- тести, які потрібно зробити при перетині кордону з метою отримання права на виїзд або в'їзд;
- тести, які потрібно зробити при появі інформації, що був контакт Застрахованої особи з інфікованим, при відсутності симптомів захворювання;
- тестування за власним бажанням Застрахованої особи (без погодження з Асистуючою компанією).

3.5. Страховик не відшкодовує будь-які витрати пов'язані з самоізоляцією чи обсервацією Застрахованої особи, а також вартість проживання та харчування Застрахованої особи під час амбулаторного лікування COVID-19.

3.6. Не є страховим випадком події, що виникли до укладення Договору страхування та/або поза межами місця дії Договору страхування.

3.7. В будь-якому випадку цей Договір не діє на тимчасово окупованих територіях України та територіях на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, а також територіях на яких відбуваються військові дії, антитерористичні заходи або інші події, що можуть нести загрозу життю та здоров'ю фізичних осіб.

4. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

4.1. Страхувальник має право:

- 4.1.1. ознайомитися з умовами страхування та Правилами;
- 4.1.2. вимагати від Страховика при настанні страхового випадку здійснення виплати страхового відшкодування у порядку та розмірі, передбачених Договором страхування;
- 4.1.3. ініціювати дострокове припинення (в т.ч. відносно окремої Застрахованої особи) або внесення змін до Договору страхування;
- 4.1.4. отримати дублікат цього Договору в разі його втрати в період дії Договору страхування.

4.2. Страховик має право:

- 4.2.1. перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію, а також виконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору страхування;
- 4.2.2. робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до компетентних органів (медичних закладів та інших підприємств, установ, організацій), що володіють інформацією про обставини страхового випадку, самостійно з'ясовувати причини, обставини та наслідки страхового випадку, а також організовувати проведення медичної та іншої експертизи для вирішення питання про розмір страхового відшкодування;
- 4.2.3. ініціювати дострокове припинення або внесення змін до Договору страхування;
- 4.2.4. відмовити у страховій виплаті або зменшити її розмір у випадках, передбачених цим Договором.
- 4.2.5. висунути зворотні вимоги до Страхувальника на суму сплаченої страхової виплати, якщо після виплати виникли обставини, зазначені у п.п.4.3.8. цих Умов.

4.3. Страхувальник зобов'язаний:

- 4.3.1. своєчасно вносити страхові платежі у термін та у розмірі, встановленому у Договорі;
- 4.3.2. при укладанні Договору страхування письмово надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, які мають значення для оцінки страхового ризику та надалі, протягом 3 (трьох) робочих днів, письмово інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
- 4.3.3. при укладанні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета Договору страхування;
- 4.3.4. ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування, зокрема про її дії при настанні страхового випадку;
- 4.3.5. погоджувати зі Страховиком або Асистуючою компанією всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі раптового захворювання, нещасного випадку та інших непередбачених подій, обумовлених Договором;
- 4.3.6. при настанні події, що може бути визнана страховим випадком діяти згідно з розділом 7 цих Умов;
- 4.3.7. виконувати вказівки лікарів, при перебуванні в стаціонарі дотримуватись розпорядку, встановленого медичним закладом;
- 4.3.8. протягом 30 (тридцяти) робочих днів повернути Страховику здійснене страхове відшкодування або відповідну його частину, якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявиться обставина, що повністю або частково позбавляє Застраховану особу права на його отримання, в т. ч. якщо виявиться, що подія не є страховим випадком.

4.4. Страховик зобов'язаний:

- 4.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та Правилами;
- 4.4.2. 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;
- 4.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений цим Договором строк;
- 4.4.4. тримати в таємниці відомості про Страхувальника (Застраховану особу) та його/її майновий стан, стан його/її здоров'я за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

4.5. Сторони погодились, що обов'язки Страхувальника за Договором страхування, за винятком обов'язків щодо сплати страхового платежу, також розповсюджуються на Застраховану особу. Невиконання Застрахованою особою цих обов'язків спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх безпосередньо Страхувальником.

5. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

5.1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, Застрахована особа (її представник), зобов'язана негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання події, зв'язатися з Асистуючою Компанією за номером цілодобового багатоканального телефону: +38 044 251 28 11, або надіслати SMS повідомлення на номер: +38 050 861 06 18, або e-mail: assist@assist-ukraine.com для отримання інформації щодо подальших дій та повідомити наступну інформацію:

- своє прізвище, ім'я;
- номер Договору страхування;
- причину звернення;
- своє місцезнаходження та номер контактного телефону.

5.2. Дотримуватись вказівок та рекомендацій працівників Асистуючої компанії, які будуть координаторами всіх подальших дій щодо надання допомоги.

5.3. Якщо у Застрахованій особі з об'єктивних причин не було можливості звернутися до Асистуючої компанії і без її відома розпочато надання медичної допомоги, Застрахована особа (її представник), зобов'язані повідомити про це Страховика не пізніше 3 (трьох) календарних днів з моменту, коли було розпочато надання медичної допомоги та протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту припинення лікування особисто (або через представників) надати Страховику документи, зазначені у розділі 6 цих Умов.

В рамках даного пункту до об'єктивних причин відноситься неприємний або інший гострий стан здоров'я Застрахованій особи (шок будь-якої етіології, колапс, втрата свідомості тощо), який об'єктивно не дозволяє зробити (або організувати) повідомлення про подію до Асистуючої компанії або Страховика.

5.4. У разі смерті Страхувальника внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або внаслідок нещасного випадку:

5.4.1. протягом 30 (тридцяти) календарних днів надати Страховику Заяву, за формою встановленою Страховиком;

5.4.2. надати Страховику документи, передбачені в розділі 6 цих Умов.

5.5. У випадку недотримання термінів повідомлення Застрахована особа повинна обґрунтувати це у письмовій формі та надати підтверджуючі це документи Страховику.

5.6. Порушення термінів повідомлення про настання страхового випадку без поважних причин надає Страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати.

6. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЯКІ ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

6.1. Страховик здійснює страхову виплату на підставі наступних документів:

6.1.1. актів виконаних робіт та рахунків Асистуючої компанії, яка організовує надання медичних та інших послуг Застрахованій особі – якщо виплата здійснюється Асистуючій компанії;

6.1.2. документів, що засвідчують факт надання Застрахованій особі медичної допомоги, якщо Страхувальник медичну допомогу отримав і оплатив самостійно та/або самостійно придбав лікарські засоби, а саме:

- оригінали медичних та інших документів, що підтверджують настання страхового випадку (в тому числі виписка з історії хвороби (виписка з амбулаторної картки) з обов'язковим зазначенням: дати звернення за медичною допомогою, терміну перебування в стаціонарі (у разі перебування), точного діагнозу, призначеним медикаментозним лікуванням, обсягом проведених лабораторних та діагностичних обстежень, їх результати, подальші рекомендації, засвідчені печатками та підписами уповноважених осіб;

- квитанції про сплату одержаних послуг або документальне підтвердження сплати одержаних послуг (в тому числі чеки з аптеки із вказаним переліком медикаментів та їх вартості, чеки чи квитанції про сплату діагностичних чи лабораторних обстежень, у відповідності до виписки з історії хвороби, квитанції про сплату отриманих послуг під час перебування в медичному закладі), рецепти з печаткою, де вказані прізвище лікаря, найменування призначених ліків, їх вартість, відмітки про сплату;

- інші документи на обґрунтовану письмову вимогу Страховика, що мають істотне значення для підтвердження настання страхового випадку та визначення розміру збитку.

6.2. Для отримання страхової виплати особа, яка звернулася за такою виплатою, повинна надати:

- заяву для здійснення страхової виплати за встановленою Страховиком формою;
- копію Договору страхування;
- документи, що посвідчують особу отримувача страхового відшкодування та її право на отримання страхової виплати;
- документи, передбачені п.6.1.2. цих Умов.

6.3. Документи, передбачені п.6.1 цих Умов, надаються в оригіналі або належним чином оформлених копії, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик. Належно оформленою копією документа є копія, посвідчена органом, установою чи організацією, що його видала, або нотаріально посвідчена.

7. УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

7.1. Страхове відшкодування здійснюється:

7.1.1. шляхом сплати Страховиком рахунків Асистуючої компанії, яка організовує надання медичних та інших послуг Застрахованій особі. Розрахунки між Страховиком та Асистуючою компанією за надані Застрахованій особі послуги, здійснюються у порядку та у терміни, передбачені договором між Страховиком та Асистуючою компанією.

7.1.2. Застрахованій особі, в частині оплати вартості отриманих нею медичних послуг, у разі самостійної оплати медичних послуг або придбання лікарських засобів, за умови, що такі витрати були попередньо погоджені з Асистуючою компанією або Страховиком, доцільні, обґрунтовані та належним чином документально підтверджені.

7.1.3. родичам Страхувальника, які самостійно оплатили витрати, пов'язані з репатріацією тіла Страхувальника або третій особі, яка здійснила та оплатила комплекс заходів пов'язаних репатріацією тіла Страхувальника в країну громадянської належності.

7.2. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхового відшкодування (страхової виплати) приймається Страховиком протягом 20 (двадцяти) робочих днів, з моменту надання усіх необхідних документів і відомостей про факт та причини настання страхового випадку та документів, що підтверджують витрати Застрахованої особи. Рішення про здійснення страхового відшкодування (страхової виплати) оформляється Страховим актом.

7.3. Виплата страхового відшкодування (страхової виплати) здійснюється на підставі заяви Застрахованої особи та Страхового акту складеного Страховиком, протягом 5 (п'яти) банківських днів, з дня прийняття рішення про виплату.

7.4. Розмір страхової виплати (страхового відшкодування) не може перевищувати страхових сум (лімітів відповідальності Страховика), визначеного цим Договором.

8. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

8.1. Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є:

8.1.1 навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладений цей Договір, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним 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 цих дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

8.1.2 вчинення Страхувальником - фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено цей Договір, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

8.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;

8.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником або особою, на користь якої укладений цей Договір страхування, про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин та розміру збитків;

8.1.5. невиконання обов'язків за Договором страхування та/або вказівок Страховика (Асистуючої компанії) при організації або протягом лікування Застрахованої особи, в тому числі відмова від запропонованого лікувального закладу, призначеного лікування, переїзду до постійного місця проживання для продовження лікування (якщо за медичними показниками такий переїзд є доцільним та обґрунтованим);

8.1.6. інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

8.2. Про відмову у здійсненні страхової виплати (страхового відшкодування) Страховик письмово повідомляє Застраховану особу протягом 5 (п'яти) робочих днів з обґрунтуванням причин відмови.

9. ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ТА ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ

9.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

9.1.1. закінчення строку дії Договору страхування;

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

9.1.3. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

9.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

9.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним – з дати, зазначеної в рішенні суду;

9.1.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

9.2. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.

9.3. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь – яка сторона зобов'язана письмово повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до передбаченої дати припинення дії Договору страхування.

9.4. у разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40 (сорока) відсотків страхового платежу, сплаченого за відповідним видом страхування, та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, 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. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40 (сорока) відсотків страхового платежу, сплаченого за відповідним видом страхування, та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

9.6. У випадку дострокового припинення дії Договору, повернення невикористаної частини страхового платежу здійснюється протягом 20 (двадцяти) банківських днів з моменту отримання письмового повідомлення про припинення Договору.

9.7. Зміна умов Договору страхування в період його дії здійснюється за згодою Страхувальника та Страховика на підставі письмової заяви однієї із сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту одержання заяви іншою стороною шляхом укладення додаткового договору до цього Договору, який стає його невід'ємною частиною після підписання.

10. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН. ВИЗНАЧЕННЯ

10.1. Спори, що виникають між Страхувальником та Страховиком у зв'язку з Договором страхування, вирішуються шляхом переговорів. Якщо Сторони під час переговорів по суперечливим питанням не досягли згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

10.2. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору страхування сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

10.3. Сторони Договору страхування можуть бути звільнені від відповідальності за часткове або повне невиконання зобов'язань за Договором страхування, якщо воно стало наслідком обставин непереборної сили, надалі - форс-мажорні обставини.

10.4. Під форс-мажорними обставинами розуміються зовнішні і надзвичайні події, які описуються сукупністю таких умов:

10.4.1. вони виникли незалежно від волі Сторін Договору страхування і при цьому їх настанню і подальшій дії Сторони Договору страхування не мали змоги протистояти за допомогою всіх розумних зусиль і засобів, які могли бути застосовані до конкретних проявів форс-мажорних обставин;

10.4.2. часткове або повне невиконання будь-якою із Сторін Договору страхування зобов'язань за Договором страхування є прямим наслідком дії форс-мажорних обставин.

10.5. При настанні форс-мажорних обставин строк виконання зобов'язань Сторін за Договором страхування збільшується відповідно до періоду, зазначеного у Договорі страхування. Якщо цей період буде продовжуватись понад строк, визначений Договором страхування, то будь-яка із Сторін Договору страхування буде вправі відмовитись від подальшого виконання зобов'язань за цим Договором страхування. При цьому жодна із Сторін Договору страхування не буде мати права на відшкодування можливих збитків.

10.6. Сторона Договору страхування, для якої стало неможливим виконання обов'язків за Договором страхування внаслідок форс-мажорних обставин, повинна найбільш швидким із можливих способів сповістити іншу Сторону Договору страхування про ситуацію, яка склалася, а також протягом строку, обумовленого в Договорі страхування, надати іншій Стороні довідку відповідного компетентного органу, із зазначенням дат початку та кінця дії цих обставин.

10.7. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення про настання форс-мажорних обставин не дає в подальшому права Стороні Договору страхування, на яку подіяли ці обставини, посилатись на них як на підставу для звільнення від відповідальності.

11. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

11.1. Терміни, що використовуються у цьому Договорі, але яким не надано тлумачення, вживаються у значеннях, визначених чинним законодавством України, Правилами тощо. Якщо значення терміну (найменування або поняття) не може бути визначено, виходячи з Правил чи законодавства, то таке найменування або поняття використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

11.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати отримувачу страхової виплати шляхом сплати останньому пені у розмірі 0,01% від суми заборгованості за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період, за який нарахована пеня.

11.3. Підписанням цього Договору Страхувальник надає згоду правоохоронним органам, лікувально-профілактичним закладам охорони здоров'я, іншим юридичним та/або фізичним особам надавати (поширювати) Страховику інформацію стосовно Застрахованої особи за цим Договором, в тому числі яка є лікарською таємницею або конфіденційною інформацією та стосується захворювання, лікування або смерті такої особи.

11.4. Страхувальник надає свою згоду на отримання від Страховика рекламної та іншої інформації, телефонних дзвінків, SMS, MMS-повідомлень чи інформування у будь-який інший спосіб про новини, акції, пропозиції щодо послуг, які надаються Страховиком.

11.5. Страхувальник підтверджує, що до укладання Договору страхування йому було доведено до відома інформацію, передбачену ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» та ст.12 Закону України «Про захист персональних даних», з правами, передбаченими ст.8 Закону України «Про захист персональних даних» ознайомлений. Страхувальник засвідчує, що зазначена інформація є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком.

СТРАХУВАЛЬНИК

СТРАХОВИК