



**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ  
СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЩО ПОДОРОЖУЮТЬ ЗА КОРДОН  
«ЩАСЛИВА ПОДОРОЖ»**

(відповідно до яких укладаються Договори страхування осіб, що подорожують за кордон)

Ця редакція Загальних умов страхового продукту страхування осіб, що подорожують за кордон «ЩАСЛИВА ПОДОРОЖ», діє з 12.01.2026р. та припиняє дію із введенням у дію нової редакції або скасування Загальних умов страхового продукту страхування осіб, що подорожують за кордон.

Договір страхування осіб, що подорожують за кордон «ЩАСЛИВА ПОДОРОЖ» (далі – Договір, Договір страхування), укладений за цією редакцією Загальних умов, діє на цих Загальних умовах до закінчення строку його дії, крім випадків внесення відповідних змін до Договору страхування за згодою сторін.

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНТЕР-ПОЛІС» не пропонує страхові продукти, розроблені відповідно до цих Загальних умов, разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складовою одного пакета страхування.

Страховий продукт страхування осіб, що подорожують за кордон, є страховим продуктом зі стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів, відповідно до Ліцензії на здійснення діяльності зі страхування від 22.04.2024 року (строк дії з 22.04.2024 року), Закону України «Про страхування» за класом страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних із наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (далі – Клас страхування 18 (Медичні та інші витрати)), включає такі ризики в межах класу страхування:

- страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон (при укладенні Договору страхування за Програмами страхування «ЕКОНОМ» (А), «СТАНДАРТ» (В), «ЕЛІТ» (С));
- страхування витрат, інших, ніж медичні, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон (при укладенні Договору страхування за Програмами страхування «СТАНДАРТ» (В), «ЕЛІТ» (С)).

**1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ  
ОСІБ, ЩО ПОДОРОЖУЮТЬ ЗА КОРДОН (ДАЛІ – ДОГОВІР)**

1.1. **Асистуюча компанія** – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, визначеним Договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування. Назва, адреса та телефони Асистуючої компанії зазначаються в Договорі.

1.2. **Багаторазові подорожі/поїздки** – поїздки, які здійснюються Застрахованою особою з чітко обумовленим максимальним періодом перебування за кордоном протягом строку дії Договору, тобто Застрахована особа може перебувати на території обраної країни (території дії Договору) багаторазово, але у межах періоду (кількості днів), що зазначений в Договорі, при цьому при кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії Договору (позначається «MULTI - TRIP» у Частині 1 Договору страхування).

1.3. **Близькі родичі** – члени сім'ї першого ступеня споріднення, а саме чоловік / дружина, діти, батьки, а також рідні брати / сестри, дід, баба, онуки.

1.4. **Багаж** – речі, предмети тощо, які Застрахована особа (пасажир) бере з собою чи здає для перевезення в порядку, встановленому відповідними транспортними організаціями.

1.5. **Вигодонабувач** – Застрахована особа, та інша особа, яка понесла витрати та має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства України, – у разі якщо така особа самостійно здійснила оплату медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами).

1.6. **Вартість проїзду** – вартість квитка для проїзду економічним класом.

1.7. **Застрахована особа** – особа, на користь якої укладено Договір. Якщо Страхувальник укладає Договір відносно себе, він одночасно є Застрахованою особою. Застрахована особа, згідно з умовами Договору, може

набувати права та обов'язки Страхувальника.

**1.8. Одноразова подорож** – поїздка, яка здійснюється Застрахованою особою з чітко визначеними строками перебування за кордоном, з можливістю разового в'їзду на обмежений строк до обраної країни подорожі (території дії Договору), позначається «**ONE - TRIP**» у **Частині 1** Договору страхування).

**1.9. Програми страхового продукту (Програма страхування)** – програма страхового продукту, що визначає умови страхового покриття, а саме: перелік витрат (опцій), що покриваються, страхові суми, Ліміти. За цим страховим продуктом обмеження страхування, підстави для відмови, розмір франшизи є однаковими для всіх Програм страхування.

**1.10. Страхове покриття** – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору. Страхове покриття включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту. За цим страховим продуктом строкові та територіальні складові страхового захисту є однаковими для всіх ризиків в межах класу страхування, що передбачені Договором.

**1.11. Страховий захист** – захист страхових інтересів Страхувальника (Застрахованої особи) при страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, з можливими збитками або витратами.

**1.12. Страховик** – **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНТЕР-ПОЛІС»**.

**1.13. Страхувальник** – юридична або дієздатна фізична особа, або фізична особа – підприємець, що уклала Договір страхування на користь Застрахованої(них) особи (осіб). Якщо Договір страхування укладений Страхувальником - фізичною особою на свою користь, він одночасно є Застрахованою особою.

**1.14. Страхова виплата (страхове відшкодування)** – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору та/або законодавства.

**1.15. Страхова премія (страховий платіж)** – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором.

**1.16. Страхова сума** - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку. В межах страхової суми можуть бути встановлені обсяги зобов'язань (ліміти відповідальності) Страховика за окремим страховим випадком, опцією в межах страхового випадку або по групі страхових випадків.

**1.17. Ліміт відповідальності** – грошова сума в межах страхової суми, що встановлює / обмежує суму страхового відшкодування за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків тощо.

**1.18. Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза може встановлюватися як у відсотках від страхової суми та/або розміру збитків, так і в грошовому еквіваленті, та передбачає зменшення розміру страхової виплати (страхового відшкодування) по кожному страховому випадку на розмір такої франшизи.

**1.19. Часова франшиза** – період часу, який виражається в кількості календарних днів з дати укладення Договору, протягом яких Страховик не несе відповідальність за подіями, які мають ознаки Страхових випадків, та звільняється від обов'язку здійснити страхову виплату за ними, а Страхувальник (Застрахована особа) не має права на отримання Страхової виплати за подіями, які сталися в зазначений період. Тривалість Часової франшизи зазначається у **Частині 2** Договору.

**1.20. Таємниця страхування** – сукупність інформації про клієнта та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику (перестраховику) або Страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням Договору страхування (перестраховання) та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги.

**1.21. Країна постійного проживання** – країна, під юрисдикцією якої знаходиться місце постійного проживання фізичної особи, і в якій вона проживає не менше **183 днів на рік**, крім країни тимчасового захисту, або країна, громадянином якої є фізична особа.

**1.22. Країна тимчасового захисту** – країна, в якій Застрахована особа, громадянин України, яка вимушено покинула Україну **24.02.2022 р.** або після цієї дати в результаті військового вторгнення російських військ, отримала тимчасовий захист або статус біженця.

**1.23. Амбулаторна медична допомога (послуга)** — діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на діагностику та лікування Застрахованих осіб у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

**1.24. Лікування в умовах невідкладного стаціонару** — екстрена допомога Застрахованій особі, яка потребує лікування в умовах стаціонару, а саме:

- постійне спостереження Застрахованої особи з боку медичного персоналу;
- необхідність цілодобової доступності спеціалізованої медичної допомоги;
- необхідність проведення спеціалізованих, інтенсивних та високотехнологічних діагностичних та

лікувальних заходів (оперативного та консервативного лікування), які неможливо проводити поза стаціонаром.

**1.25. Госпіталізація** – це розміщення Застрахованої особи в стаціонарі лікувально-профілактичного закладу (лікарня, госпіталь, пологовий будинок тощо).

**1.26. Невідкладна стоматологічна допомога** – консультація та огляд лікаря, рентгенодіагностика, видалення зуба, знеболення, депульпація, кюретаж пародонтальних кишень (при абсцедуванні), встановлення тимчасової пломби за наявності показань, спрямовані на усунення гострого зубного болю.

**1.27. Невідкладний стан** – це стан, при якому існує безпосередня загроза життю Застрахованій особі, яка без своєчасної медичної допомоги може призвести до смерті або інвалідності Застрахованої особи.

**1.28. Невідкладна допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні медичними працівниками невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя Застрахованої особи у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на здоров'я Застрахованої особи.

**1.29. Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана, ненавмисна та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок впливу різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованої особи та/або її загибелі (смерті).

**1.29.1.** До зовнішніх факторів відносяться: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, укуси тварин, комах, змій, випадкові контакти із тваринами, комахами та іншими представниками флори та фауни, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета на Застраховану особу або удар стороннього предмета.

**1.30. Під розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку** розуміється:

**1.30.1.** травматичне ушкодження (травми, у тому числі отримані внаслідок заподіяних тілесних ушкоджень іншою особою, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля тощо), втрата органів, зору, слуху, нюху, мови, тепловий удар, опік, обмороження, переохолодження (за винятком простудного захворювання), утоплення, удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції — дизентерії, сальмонельозу) тощо;

**1.30.2.** зараження інфекційними хворобами (тільки якщо інфекційна речовина попала в тіло Застрахованої особи через поранення в результаті нещасного випадку).

**1.31. Захворювання** – порушення нормальної життєдіяльності організму Застрахованої особи, що обумовлене функціональними та/або морфологічними (структурними) змінами, які настають внаслідок дії ендогенних та/або екзогенних факторів.

**1.32. Гостре захворювання** – захворювання, що виникає несподівано, та причини якого ніяк не пов'язані із станом здоров'я, що існував до моменту захворювання та потребує надання медичної допомоги Застрахованій особі та яка не може бути відкладена до моменту повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання. Захворювання вважається гострим, якщо його тривалість від моменту початку не перевищує **3** місяців.

**1.33. Хронічне захворювання** – тривале, прогресуюче захворювання, яке характеризується чергуванням періодів загострення та ремісії, тривалість якого від моменту його початку перевищує **3** місяців.

**1.34. Загострення хронічної хвороби** – посилення патологічних проявів захворювання (без виникнення нового захворювання), яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності або смерті Застрахованої особи без своєчасного надання медичної допомоги.

**1.35. Загроза життю та здоров'ю** – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної медичної допомоги може призвести до тяжкого та тривалого розладу функцій організму Застрахованої особи або її смерті.

**1.36. Медичні витрати** – витрати на отримання медичної допомоги, медичних послуг, уключаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором.

**1.37. Медичний заклад** – особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників, які можуть надавати медичну допомогу Застрахованим особам.

**1.38. Медична допомога** – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

**1.39. Медична послуга** – послуга, у т. ч. реабілітаційна, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом:

- огляд та консультацію лікаря;
- проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- виконання діагностичних та лікувальних процедур і маніпуляцій;
- проведення оперативних втручань;
- забезпечення лікарськими засобами, призначеними лікарем;
- послуги під час перебування в закладі охорони здоров'я (харчування, надання ліжка).

1.40. **Медикаменти** – ліки та витратні медичні матеріали, необхідні при наданні медичних послуг.

1.41. **Мета поїздки** - тимчасовий виїзд Застрахованої особи з місця постійного проживання до країни тимчасового перебування.

1.41.1. Відповідно до умов Договору страхування у **Частині 1** визначається **мета поїздки**, що належним чином зазначена в **Додатку № 1** до Загальних умов страхового продукту страхування осіб, що подорожують за кордон «ЩАСЛИВА ПОДОРОЖ» розміщено за посиланням

[https://inter-policy.com/dodatok\\_1\\_zusp\\_meta\\_povizdky](https://inter-policy.com/dodatok_1_zusp_meta_povizdky).

1.42. **Гранична сума виплати** – страхова сума, що зменшена на суму попередніх страхових виплат.

1.43. Інші поняття та/або терміни, які вживаються в Договорі, використовуються у значеннях, визначених Законами України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії», іншими актами законодавства України.

## 2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ

2.1. **Предметом договору** є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором;

2.2. **Об'єктом(-ами) страхування за укладеним на підставі цих Загальних умов є:**

- страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон (далі - «**Медичні витрати**»);
- страхування витрат, інших, ніж медичні, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон (далі - «**Інші витрати**»).

2.3. **Страховим випадком** за укладеним на підставі цих Загальних умов Договором визнається подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, яка відбулась під час дії Договору і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату/надати допомогу/виконати послугу Застрахованій особі.

2.3.1. Страховий(-і) ризик(-и) вважається(-ються) застрахованим(-ими), якщо у Договорі щодо відповідної Програми страхування, до якого відноситься такий страховий ризик, зазначені страхова сума, страховий тариф та страхова премія.

2.3.2. **Подія (страховий ризик)** визнається страховим випадком, якщо вона фактично сталася в період дії та на території дії Договору та не підпадає під виключення зі страхових випадків і обмеження страхування, передбачені Договором.

2.4. **Страховий ризик.**

**Клас страхування 18** характеризується обов'язком Страховика за визначену Договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов **Програми страхового продукту, наведених в Додатку №3 до цих Загальних умов (Програми страхування)** шляхом відшкодування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особі, яка потрапила в скрутне становище під час здійснення нею подорожі (поїздки) за кордон (Страхувальнику та/або іншій особі, визначеній у Договорі страхування), або шляхом оплати вартості таких витрат:

1) «**Медичні витрати**», - у зв'язку із захворюванням такої особи, розладом її здоров'я внаслідок нещасного випадку або іншою подією, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), а саме: витрати на отримання медичної допомоги, медичних послуг, уключаючи забезпечення лікарськими засобами (медикаментами) та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Програмою страхування;

2) «**Інші витрати**», - у зв'язку з дорожньо-транспортною пригодою (далі – ДТП), на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи витрати на отримання допомоги (послуг) із транспортування, витрати, які понесені (можуть бути понесені) у зв'язку із затримкою авіарейсу, затримкою та/або втратою багажу, витрати на відновлення втрачених особистих документів, витрати на судове чи позасудове врегулювання спору та/або отримання інших послуг (допомоги), в обсязі, передбаченому Програмою страхування.

2.5. **Страхова сума, страховий тариф, страхова премія, франшиза.**

2.5.1. **Страхові суми щодо страхових ризиків встановлюються** в Договорі за домовленістю Сторін Договору. При цьому страхова сума встановлюється у євро (EUR) або у доларах США (USD) та зазначається у **Частині 1** Договору страхування.

2.5.2. Розміри страхових сум за страховими ризиками, на які можливе укладення Договору:

(EUR/USD): **30 000,00; 50 000,00; 75 000,00; 100 000,00.**

2.5.3. В межах страхових сум встановлюються **ліміти відповідальності**, які визначають межу страхових виплат Страховиком за окремими видами допомоги, що буде одержана Застрахованою особою, або інших витрат, що будуть понесені Застрахованою особою при настанні страхового випадку, та зазначаються у відповідній Програмі страхування.

2.5.4. Страхові виплати здійснюються в межах граничної суми виплати.

2.5.5. Страхова сума (ліміти відповідальності відповідно до Програми страхування) та страхова премія встановлюється на одну Застраховану особу.

2.5.6. Загальна страхова премія за усіма Застрахованими особами зазначається у **Частині 1** Договору страхування.

2.5.7. Страхувальник вносить страхову премію (**Частина 1** Договору страхування) у національній грошовій одиниці (гривні) шляхом перерахунку суми страхового платежу **EUR/USD** до гривні, за офіційним курсом Національного банку України на день укладення Договору страхування.

2.5.8. При укладенні Договору встановлюється страховий тариф та страхова премія за Договором в залежності від території дії Договору, строку страхування та інших умов страхування.

2.5.9. Страхова премія вноситься Страхувальником одноразово за весь період дії Договору страхування.

2.5.10. Франшиза за цим Договором страхування встановлюється у **Частині 1** Договору страхування.

2.5.11. Якщо Договором передбачена франшиза, Страховик у всіх випадках здійснює страхову виплату за вирахуванням франшизи.

2.5.12. Якщо протягом строку дії Договору мали місце кілька страхових випадків, розмір франшизи вираховується при розрахунку страхової виплати за кожним та будь-яким страховим випадком.

## **2.6. Строк дії Договору страхування. Страхове покриття.**

2.6.1. **Страхове покриття, діє протягом строку дії Договору**, який зазначається у Договорі, з урахуванням інших умов укладеного Договору.

2.6.2. Договори на підставі цих Загальних умов можуть укладатись на строк однієї поїздки («**ONE - TRIP**»), кількох подорожей («**MULTI - TRIP**») протягом строку дії Договору:

2.6.2.1. при страхуванні на умовах типу подорожі «**ONE - TRIP**», за Договором вважається застрахованою одна здійснена подорож протягом строку дії Договору;

2.6.2.2. при страхуванні на умовах типу подорожі «**MULTI - TRIP**», при кожному виїзді за кордон з країни постійного проживання строк дії Договору, укладеного для багаторазових поїздок, в частині зобов'язань Страховика зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії Договору (за межами країни постійного проживання).

2.6.3. Договір набуває чинності з **00 годин 01 хвилин** (за київським часом) дати, наступної за датою сплати в повному обсязі страхової премії на поточний рахунок Страховика/Страхового посередника, але не раніше **00 годин 01 хвилин** (за київським часом) дати, зазначеної в **Частині 1** Договору як дата початку його дії.

2.6.4. Дія Договору припиняється з **24 години 00 хвилин** (за київським часом) дати, зазначеної в Договорі як дата закінчення строку його дії.

2.6.5. **Якщо при укладанні Договору Застрахована особа перебуває за межами України**, страховий захист починає діяти не раніше **00 годин 01 хвилин** (за київським часом) **30 (тридцятого) календарного дня** (часова франшиза), наступного за днем укладення Договору, за умови сплати на поточний рахунок Страховика страхової премії в повному розмірі та у передбачені Договором строки.

2.6.5.1. Умови, що зазначені у **п.2.6.5** Загальних умов **не розповсюджуються на осіб**, що виконують всі наступні умови: були раніше застраховані в **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНТЕР-ПОЛІС»** за Договором страхування осіб, що подорожують за кордон «**ЩАСЛИВА ПОДОРОЖ**» та не мали перерви між дією попереднього Договору страхування осіб, що подорожують за кордон «**ЩАСЛИВА ПОДОРОЖ**», укладених зі Страховиком (дата початку дії Договору стосовно відповідної Застрахованої особи починається з дня, наступного за днем закінчення дії попереднього договору страхування подорожуючих за кордон, за умови сплати на поточний рахунок Страховика страхової премії в повному розмірі та у передбачені Договором строки.

2.6.5.2. За Договором, укладеним для здійснення кількох подорожей протягом строку дії Договору («**MULTI - TRIP**») страховий захист припиняє діяти з моменту проходження Застрахованої особи паспортного контролю під час в'їзду до країни постійного проживання, але не **пізніше 24 години 00 хвилин** (за київським часом) дати, зазначеної в Договорі як дата закінчення строку його дії.

2.6.6. Договір укладається на кількість днів, що зазначається у Договорі. Страховик несе відповідальність за Договором у межах періоду (кількості днів), що зазначений в Договорі.

2.6.7. У випадку якщо Застрахована особа в період дії Договору страхування змінює свій статус туриста та отримує право на постійне (у тому числі з визначеним терміном) проживання/перебування в іншій країні, в тому числі тимчасовий захист, то Договір страхування припиняє свою дію по відношенню до такої Застрахованої особи в день отримання Застрахованою особою документів, що дають право на постійне (у тому

числі з визначеним терміном) проживання/перебування за межами України, в тому числі тимчасовий захист, на території тієї країни, в якій Застрахована особа отримала таке право.

2.6.8. Особливості укладення Договору страхування при виїзді до країн Шенгенської зони: строк дії договору страхування **збільшується на 15 (п'ятнадцять) днів**, а період страхування відповідає заявленому періоду (кількості днів) перебування за кордоном.

2.6.9. Договір діє протягом кількості днів, зазначених у Договорі. У випадку використання всіх днів (кількість використаних днів визначається шляхом підсумовування днів перебування за межами території України/країни постійного проживання в період дії Договору) Договір припиняє свою дію у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі.

2.6.10. За цими Загальними умовами пункти пропуску (пункти контролю) через державний кордон України, що знаходяться в аеропортах (на аеродромах) розташованих на території України, та територія самих аеропортів (аеродромів) розташованих на території України, вважаються такими, що знаходяться в межах території України.

2.7. **Страховий захист діє на території**, що зазначається в Договорі у **Частині 1** як одна із географічних зон: Перелік територій зазначається у **Додатку № 2** до Загальних умов страхового продукту страхування осіб, що подорожують за кордон «ЩАСЛИВА ПОДОРОЖ» розміщено за посиланням

[https://inter-policy.com/dodatok\\_2\\_zusp\\_terytoryi](https://inter-policy.com/dodatok_2_zusp_terytoryi).

2.8. **Програми страхового продукту (Програми страхування) за якими** Страховик відшкодовує **медичні та інші витрати** Застрахованої особи, у зв'язку із захворюванням такої особи, розладом її здоров'я внаслідок нещасного випадку або іншою подією, на випадок виникнення якої проводиться страхування, що сталися на території та у період дії Договору страхування зазначаються у **Додатку № 3** до Загальних умов страхового продукту страхування осіб, що подорожують за кордон «ЩАСЛИВА ПОДОРОЖ» розміщено за посиланням

[https://inter-policy.com/dodatok\\_3\\_zusp\\_prohramy](https://inter-policy.com/dodatok_3_zusp_prohramy).

2.8.1. За цими Загальними умовами відшкодовуються витрати на оплату медичних та інших послуг, що пов'язані з розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції **SARS-CoV-2 (COVID-19)** у розмірі до **5 000,00 EUR/USD** (включаючи витрати на тестування при позитивному результаті), при цьому: обсяг надання послуг відповідає умовам обраної Програми страхування.

2.8.1.1. Витрати на **амбулаторне та стаціонарне** лікування відшкодовуються до 14 днів, з моменту лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції. Витрати на **амбулаторне** лікування не відшкодовуються за Програмою ЕКОНОМ (А).

### **3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ**

#### **3.1. Страхувальник/Застрахована особа має право:**

3.1.1. До укладання Договору отримати від Страховика інформацію щодо умов Страхового продукту та Договору, інформацію про Страховика, Страхового посередника (якщо Договір укладається при посередництві страхового посередника) та іншу інформацію, визначену законодавством України.

3.1.2. На отримання суми страхової виплати/компенсації суми страхової виплати, у разі настання страхового випадку в порядку та на умовах, передбачених Договором;

3.1.3. Достроково припинити дію Договору страхування на підставі **Розділу 4** та **Розділу 5** Загальних умов та лише у випадках, передбачених частиною **2 ст. 634** Цивільного кодексу України;

3.1.4. Одержати дублікат Договору страхування у випадку його втрати;

3.1.5. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика здійснити виплату страхового відшкодування або його розмір.

#### **3.2. Страховик має право:**

3.2.1. Перевіряти достовірність наданої Страхувальником інформації, документацію, що стосується об'єкта страхування за Договором, виконання Страхувальником умов Договору, а також вимагати надання додаткових документів, що мають значення для оцінки ступеня страхового ризику, при укладенні Договору і у будь-який момент строку його дії.

3.2.2. Перевіряти законними способами надану інформацію, а також виконання умов страхування;

3.2.3. Надсилати в компетентні органи запити, які пов'язані з виконанням умов цього Договору, в тому числі розслідування обставин настання випадку шляхом проведення власного розслідування, звернення до офіційних органів та співпраці з приватними юридичними та фізичними особами, при цьому зупинити страхову виплату на термін проведення розслідування (при об'єктивній необхідності);

3.2.4. Запитувати та одержувати від Застрахованої особи оригінали та копії документів, що мають відношення до страхового випадку та здійснення страхової виплати;

3.2.5. Страховик має право: перевіряти інформацію, надану Страхувальником при укладенні та протягом дії Договору.

3.2.6. З'ясувати причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, перевіряти всі подані Страхувальником/Застрахованою особою документи, направляти запити в компетентні органи з питань, пов'язаних із розслідуванням причин настання страхового випадку і визначенням розміру збитку; самостійно проводити розслідування для з'ясування причин та обставин страхового випадку.

Ініціювати внесення змін до Договору і вимагати від Страхувальника сплати додаткового страхового платежу при підвищенні ступеня ризику

3.2.7. На зміну умов Договору страхування за згодою Сторін;

3.2.8. Достроково припинити дію Договору страхування, згідно з чинним законодавством України;

3.2.9. Відмовити повністю або частково у страховій виплаті:

3.2.9.1. якщо Застрахована особа відмовляється від медичного обстеження за направленням Страховика (при наявності сумнівів Страховика щодо страхового випадку);

3.2.9.2. у разі отримання Застрахованою особою (її представником) відповідного відшкодування витрат або виплати, пов'язаних зі страховим випадком, від будь-яких фізичних або юридичних осіб, в тому числі особи, винної в їх заподіянні;

3.2.9.3. відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником/Застрахованою особою (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції у випадках, передбачених **статтею 15 Закону України** «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», зокрема у разі:

- якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;

- якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;

- встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;

- ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;

- подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;

- якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.

- у інших випадках, передбачених цим Договором страхування та чинним законодавством;

3.2.10. Відмовити у страховій виплаті або зменшити її розмір, відстрочити страхову виплату у разі порушення з боку Страхувальника/Застрахованої особи порядку обслуговування, дій у разі настання страхового випадку та у випадках, передбачених Договором та Загальними умовами.

### **3.3. Страхувальник зобов'язаний:**

3.3.1. Перед укладенням Договору інформувати Страховика (або страхового посередника, якщо Договір укладається за участі Страхового посередника) про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію (у тому числі про наявність страхового інтересу), що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір страхової премії за Договором.

3.3.2. Повністю та вчасно сплатити страховий платіж, згідно з умовами цього Договору страхування;

3.3.3. Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана:

3.3.3.1. при укладанні Договору страхування та впродовж його дії повідомити Страховику достовірну інформацію, що має істотне значення для визначення ступеню ризику;

3.3.3.2. не передавати цей Договір страхування іншій особі для отримання медичної допомоги;

3.3.3.3. обов'язково інформувати Асистанс (Страховика) про настання страхового випадку до моменту сплати медичних послуг та медикаментів;

3.3.3.4. погоджувати із Страховиком та Асистансом всі дії, пов'язані з отриманням лікування та інших послуг, обумовлених Договором страхування, виконувати рекомендації Асистанса або Страховика;

3.3.3.5. у разі оформлення Договору страхування з ідентифікатором «**MULTI - TRIP**» або «**ONE - TRIP**» перебування за кордоном надати Страховику копію всіх сторінок закордонного паспорта або документи, що підтверджують дати перетину кордону України з іншими країнами (квитки та інші документи), з обов'язковим пред'явленням оригіналу уповноваженим особам Страховика, де вказані всі відмітки дат перетину кордону України (виїзду та в'їзду) з моменту початку останньої подорожі за кордон в період дії Договору страхування;

3.3.3.6. вживати всіх заходів, що залежать від Застрахованої особи (Страхувальника), щодо усунення факторів, які сприяють виникненню страхової події.

3.3.4. Надавати на усний та/або письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства, яке регулює відносини у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів,

одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

3.3.5. Застрахована особа несе відповідальність за достовірність наданих нею Страховику інформації і документів.

3.3.6. Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору.

3.3.7. При укладанні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету Договору.

3.3.8. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору.

3.3.9. Погоджувати зі Страховиком або Асистансом, телефони якої зазначені у Договорі, всі дії, пов'язані з отриманням медичних послуг у разі настання страхового випадку.

3.3.10. Виконувати розпорядження та/або рекомендації Асистанса або Страховика.

3.3.11. Надати право доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком.

3.3.12. Уживати всіх необхідних заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих унаслідок настання страхового випадку.

3.3.13. Повернути Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину) у термін **30 календарних** днів, якщо після здійснення Страховиком цієї виплати стануть відомі такі обставини, що відповідно до чинного законодавства України, Програми страхування або цього Договору повністю або частково звільняють Страховика від обов'язку здійснювати страхову виплату.

3.3.14. Виконувати умови Договору.

3.3.15. Дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком, не допускати передавання інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

#### **3.4. Страховик зобов'язаний:**

3.4.1. До укладення Договору на підставі отриманої інформації від клієнта (Страхувальника) з'ясувати його потреби та вимоги у страхуванні.

3.4.2. Перед укладанням Договору надати Страхувальнику необхідну, повну, доступну та достовірну інформацію про страхову послугу та/або посередницьку послугу та про Страховика у обсязі, визначеному законодавством, достатньої для прийняття ним свідомого рішення про укладання Договору або про відмову від укладання Договору.

3.4.3. У разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк.

3.4.4. 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.

3.4.5. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування».

3.4.6. Виконувати інші обов'язки, передбачені умовами укладеного Договору або Законом України «Про страхування».

3.4.7. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування».

3.5. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з законодавством України.

3.6. **Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати пені у розмірі 0,01% від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діє під час виникнення заборгованості від суми, що підлягає сплаті.**

3.7. З метою дотримання Страховиком вимог законодавства про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення, Страхувальник на вимогу Страховика має надати Страховику документи щодо ідентифікації та верифікації особи Страхувальника/Вигодонабувача (у разі визначення такої особи у Договорі).

## **4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ**

4.1. Зміни умов Договору здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика на підставі письмової заяви однієї зі Сторін протягом **п'яти робочих днів** з моменту її одержання. Зміни до умов Договору вносяться виключно в умови, визначені в **Частині 1** Договору та оформлюються у письмовій формі шляхом укладення додаткового договору до Договору.

4.2. Якщо будь-яка зі Сторін не згодна на внесення змін у Договір, у п'ятиденний термін вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

4.3. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

4.3.1. Закінчення строку його дії.

4.3.2. Використання Застрахованою особою часового ліміту перебування за кордоном, передбаченого Договором, укладеним для багаторазових поїздок (перебування Застрахованою особою за межами України або країни постійного проживання протягом періоду (кількості днів), що дорівнює або перевищує строк, передбачений в Договорі).

4.3.3. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі.

4.3.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених **статтею 100** Закону України «Про страхування»).

4.3.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

4.3.6. Набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним.

4.3.7. В інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.

4.4. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою однієї зі Сторін. Порядок дострокового припинення дії Договору та розрахунків між Сторонами визначається згідно зі **ст. 105** Закону «Про страхування».

4.5. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за **10 (десять) календарних днів** до дати припинення дії Договору.

4.6. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником та Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

4.7. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі сплачувалися у безготівковій формі.

4.8. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким Договором страхування.

4.9. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

4.10. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким Договором страхування.

4.11. При укладенні Договору страхування для багаторазових поїздок «**MULTI - TRIP**» Страхувальник не має права вимагати дострокове припинення дії цього Договору страхування у разі, якщо фактична кількість днів перебування Застрахованої особи за межами України або країни постійного проживання дорівнює або перевищує **75 (сімдесят п'ять)** відсотків від періоду (кількості днів) перебування Застрахованою особою за межами України або країни постійного проживання, передбаченого Договором.

4.12. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страхувальника, Страхувальник повинен надати Страховику:

4.12.1. копію паспорту громадянина України та довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (РНОКПП);

4.12.2. заяву про дострокове припинення дії Договору;

4.12.3. копію закордонного паспорту або іншого документу, що посвідчує особу, та на підставі якого Страхувальник (Застрахована особа) перетинала кордон України (у разі укладення Договору для багаторазових поїздок).

4.13. **Гранична максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, складає 60% від страхового тарифу (страхової премії).**

4.14. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю.

4.15. Належна до повернення частина страхової премії повинна бути виплачена протягом **14 (чотирнадцяти)** календарних днів з дати припинення дії Договору, але не раніше врегулювання всіх заявлених Страхувальником (Застрахованою особою) страхових випадків (отримання рахунків на оплату наданих послуг від Асистуючої компанії, здійснення страхових виплат або прийняття рішення про відмову у виплаті), якщо такі випадки відбулися до дати припинення Договору.

- 4.16. Зміни та доповнення до умов Договору вносяться за згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із Сторін шляхом укладання додаткового договору в письмовій формі до діючого Договору.
- 4.17. У разі припинення дії Договору за згодою Сторін порядок повернення та розрахунку суми страхової премії або її частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю Сторін Договору.
- 4.18. При достроковому припиненні дії Договору в зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.
- 4.19. Строк дії Договору не може бути продовжений.

## 5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ

- 5.1. Страхувальник має право протягом **30 календарних днів** з дня укладення Договору відмовитися від Договору без пояснення причин, крім:
- Договорів страхування, строк дії яких становить менше **30 календарних днів**;
  - випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором, при цьому:
- 5.1.1. про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі за місцезнаходженням Страховика, або шляхом надсилання електронного документу на адресу Страховика [info@inter-policy.com](mailto:info@inter-policy.com) з накладенням на таке повідомлення електронного підпису Страхувальника;
- 5.1.2. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду з дня укладення Договору не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку, не пізніше ніж протягом **15 робочих днів** від дати отримання повідомлення Страхувальника про відмову від Договору.

## 6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 6.1. У разі настання події, що має ознаки страхової, Застрахована особа або її уповноважений представник зобов'язана:
- 6.1.1. негайно повідомити про це Асистуючу компанію за номером зазначеним в **Частині 1** Договору та надати наступну інформацію щодо Застрахованої особи:
- прізвище, ім'я;
  - причину звернення;
  - номер Договору страхування та термін його дії;
  - страхову суму за Договором страхування;
  - програму страхування;
  - своє місцезнаходження та номер контактного телефону;
  - адресу та телефон особи, яка здійснює лікування.
- 6.1.2. Узгодити з Асистуючою компанією та/або Страховиком всі свої подальші дії з отримання медичної або іншої допомоги та діяти у суворій відповідності до інструкцій і рекомендацій Асистуючої компанії та/або Страховика.
- 6.1.2.1. У випадку, якщо Застрахована особа (або особа, яка представляє інтереси) з об'єктивних та поважних причин не змогла зв'язатись з Асистуючою компанією та/або Страховиком для отримання необхідної допомоги і була змушена самостійно оплатити вартість наданої медичної або іншої допомоги, вона повинна при першій же можливості (але не пізніше **24 годин** з моменту настання події) повідомити Страховика та/або Асистуючу компанію про факт звернення за допомогою і про суму своїх витрат. У разі невиконання цієї вимоги набирають чинності умови **п. 8.4.2** Загальних умов.
- 6.1.2.2. Відповідно до умов **п. 6.1.2.1** Загальних умов до об'єктивних та поважних причин відноситься:
- 6.1.2.2.1. непритомний або інший гострий стан здоров'я Застрахованої 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;
- 6.1.2.2.2. відсутність діючих засобів зв'язку у місці перебування Застрахованої особи.
- 6.1.3. Порушення термінів повідомлення про настання події (що має ознаки страхового випадку) без поважних причин надає Страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати.
- 6.1.3.1. На вимогу Страховика, у випадку недотримання Застрахованою особою терміну повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа повинна обґрунтувати це у письмовій формі.
- 6.1.4. Подати письмову Заяву про подію, що має ознаки страхового випадку (за встановленою Страховиком формою) не пізніше **30 (тридцять) робочих днів** від моменту в'їзду на територію України.
- 6.1.4.1. Якщо з поважних причин Застрахована особа або її довірена особа (представник) не змогли подати Страховику Заяву про подію, що має ознаки страхового випадку, у встановлений Договором страхування термін, вони зобов'язанні підтвердити це документально.

## 7. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І РОЗМІР ЗБИТКІВ

7.1. Страхова виплата в рахунок оплати витрат, передбачених Програмою страхування, організованих Асистуючою компанією для Застрахованої особи, здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику Асистуючою компанією рахунків. Порядок та строки страхової виплати обумовлюються договорами між Страховиком та Асистуючою компанією.

7.2. У разі самостійної оплати вартості послуг Страхувальником/Застрахованою особою, отриманих за кордоном:

7.2.1. письмова заява про страхову подію, що має ознаки страхового випадку (встановленої Страховиком форми);

7.2.2. копія Договору страхування, з яким Застрахована особа перебувала за кордоном;

7.2.3. оригінал довідки-рахунка або медичного рапорту від лікаря чи медичного закладу (на фірмовому бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначеними прізвищем Застрахованої особи, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, докладними відомостями про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти;

7.2.4. рецепти (при наявності), виписані Застрахованій особі лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;

7.2.5. документи, що підтверджують факт оплати медикаментів, наданих медичних та інших послуг, передбачених Договором (розрахунково-касові документи, товарні чеки, розписки про отримання грошей, банківські квитанції тощо);

7.2.6. деталізовані рахунки за інші послуги із розбивкою їх за датами та вартістю;

7.2.7. рахунки за телефонні розмови (факсимільні повідомлення), на яких зазначено номер телефону, дату, час і вартість кожної розмови;

7.2.8. закордонний паспорт, довідка про реєстраційний номер облікової картки платника податків (далі — РНОКПП); документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати (внутрішній паспорт).

7.2.9. оригінали проїзних документів (якщо заява подана з метою повернення вартості проїзду, або мала місце евакуація Застрахованої особи);

7.2.10. у разі смерті Застрахованої особи — оригінал свідоцтва про смерть Застрахованої особи; довідка про причину смерті Застрахованої особи;

7.2.11. документи про правонаступництво або документ, що підтверджує право на спадщину на страхову виплату (для спадкоємців);

7.2.12. для дітей віком до **14 років** — свідоцтво про народження дитини, копії паспорта та довідки про присвоєння РНОКПП одного з батьків/опікунів;

7.2.13. у разі дорожньо-транспортної пригоди (якщо Застрахована особа керувала транспортним засобом) — офіційний протокол або довідка компетентного органу країни тимчасового перебування про подію із зазначенням наступної інформації:

7.2.13.1. про посадових осіб, що засвідчують факт події та їх повноваження на виконання таких дій;

7.2.13.2. адреси та/або номери телефонів осіб, що засвідчили факт події;

7.2.13.3. докладний опис обставин події; копія закордонного паспорта;

7.2.13.4. стан Застрахованої особи щодо алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння.

7.2.14. оригінали проїзних документів (в тому числі і невикористані на зворотній проїзд Застрахованою особою або третіми особами квитки на зворотній проїзд в Україну);

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

7.2.15.1. у разі понесення витрат Застрахованою особою на послуги адвоката або внесення застави у зв'язку з претензією, отриманою під час подорожі в Країні тимчасового перебування протягом строку страхового покриття – документи відповідних компетентних органів, позови, претензії третіх осіб, виклик до суду, судові рішення, інші докази страхового випадку;

7.2.15.2. у разі затримки або відміни авіарейсу, затримки доставки або втрати багажу – документи авіаперевізника про затримку (із зазначенням часу затримки) або відміну авіарейсу, про затримку доставки або втрати багажу із зазначенням причин та терміну (часу) затримки доставки багажу, документи про оформлення багажу (чеки, багажні квитанції тощо), митну декларацію з відмітками;

7.2.15.3. у разі втрати або викрадення документів – оригінали відповідних довідок консульських установ, документи компетентних органів Країни тимчасового перебування про обставини і причини Страхового випадку (якщо є), фінансові документи, що підтверджують витрати Застрахованої особи, здійснені внаслідок втрати або викрадення документів.

7.2.15.4. у разі відвідування Застрахованої особи в стаціонарі найближчими родичами:

7.2.15.4.1. документально підтверджена рекомендація лікаря про необхідність відвідування Застрахованої особи;

7.2.15.4.2. документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду найближчих родичів у випадку відвідування Застрахованої особи;

7.2.15.4.3. документи, що підтверджують родинні зв'язки зі Застрахованою особою.

7.2.15.5. у разі дострокового повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання у випадку смерті найближчих родичів Застрахованої особи:

7.2.15.5.1. свідоцтво про смерть близького родича Застрахованої особи;

7.2.15.5.2. документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду Застрахованої особи;

7.2.15.5.3. документи, що підтверджують родинні зв'язки померлого зі Застрахованою особою.

7.2.15.6. документи, що підтверджують оплату за юридичні, технічні та інші послуги, вагу втраченого багажу тощо.

7.3. Усі документи, що надаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати підписи посадових осіб з відповідними печатками, а також назву, адресу та контактний телефон установи (особи), що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери тощо) надаються в оригіналі. За погодженням із Страховиком, документи можуть подаватись у вигляді електронних копій, якщо для їх надання використовуються цифрові канали комунікації або електронна адреса Страховика.

7.4. Для прийняття обґрунтованого рішення за заявленою подією, з'ясування обставин страхового випадку та встановлення розміру страхової виплати Страховик має право письмово вимагати від Страхувальника, Застрахованої особи, особи, яка представляє Застраховану особу подання інших документів з обґрунтуванням причин вимоги, що підтверджують факт і обставини настання страхового випадку і розмір збитків, а також документи, надання яких передбачено законодавством України про фінансовий моніторинг. У передбачених законом випадках та за запитом Страховика зазначені особи зобов'язані **протягом 2 (двох) робочих днів** з дня отримання запиту надати документи, передбачені законодавством України про фінансовий моніторинг. У випадку порушення строку надання зазначених документів строки здійснення Страхової виплати подовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

7.5. Усі документи, перелічені у цьому розділі, повинні бути достовірними, оформленими та засвідченими належним чином. Усі документи надаються українською мовою. Якщо документи складені іншими мовами, Страхувальник/Застрахована особа має надати офіційний заверений переклад українською мовою.

7.6. У разі ненадання Застрахованою особою/отримувачем страхової виплати офіційного перекладу документів, Страховик залишає за собою право виконати офіційний переклад наданих документів за власний кошт з подальшим вирахуванням вартості перекладу з суми страхової виплати.

7.7. Підтвердженням тимчасового перебування за кордоном є віза або її аналоги та позначки у паспорті для виїзду за кордон або інший документ, виданий компетентними органами Країни тимчасового перебування, що підтверджує факт перетину кордону Застрахованою особою. Обов'язок підтвердження перетину кордону та того, що Договір було укладено, коли Застрахована особа знаходилась на території України, покладається на Страхувальника (Застраховану особу).

7.8. Документи, передбачені **Розділом 7** Загальних умов, подаються Страховику в письмовій формі одним із способів:

- шляхом направлення поштою (рекомендованим листом);
- особисто за адресою місцезнаходження Страховика;
- в електронному вигляді на електронну адресу Страховика [info@inter-policy.com](mailto:info@inter-policy.com).

7.9. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик має право зменшити перелік документів, передбачених у п. **7.2** Загальних умов.

## 8. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Страхова виплата може бути здійснена шляхом:

8.1.1. Перерахування коштів у порядку та строки передбачені відповідним договором про співпрацю Асистуючій компанії Страховика, яка за дорученням Страховика організувала надання та сплату вартості медичної або іншої допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку.

8.1.2. Оплати рахунків медичного закладу, що надавав Застрахованій особі допомогу, що передбачена відповідною Програмою страхування.

8.1.3. Здійснення страхової виплати безпосередньо її отримувачу.

8.2. Отримувачем страхової виплати є:

8.2.1. Застрахована особа (її законний представник), яка за погодженням зі Страховиком при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору самостійно оплатила вартість наданої їй медичної та іншої допомоги.

8.2.2. Інша особа, яка має право на отримання страхової виплати (особа, що здійснила витрати з репатріації Застрахованої особи за погодженням зі Страховиком, Вигодонабувач у разі смерті Застрахованої особи внаслідок страхового випадку).

8.3. Страхова виплата отримувачу при настанні страхового випадку здійснюється Страховиком згідно з Договором на підставі заяви Застрахованої особи (її уповноваженої особи або Вигодонабувача) та страхового акту, складеного Страховиком після отримання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку. Зазначені необхідні документи надаються Застрахованою особою (її уповноваженою особою або Вигодонабувачем) особисто, або рекомендованим листом, або у інший спосіб, узгоджений зі Страховиком.

8.4. У разі самостійної оплати вартості послуг Страхувальником/Застрахованою особою, отриманих за кордоном:

8.4.1. Якщо Застрахована особа узгодила суму витрат з Асистуючою компанією та/або Страховиком при настанні страхового випадку, витрати Застрахованої особи відшкодовуються Страховиком після повернення Застрахованої особи із-за кордону та після розгляду оригіналів документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та суму витрат.

8.4.2. Якщо Застрахована особа не узгодила суму витрат з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик здійснює виплату у розмірі еквіваленту **не більше 100 EUR/USD** на підставі оригіналів документів, що підтверджують факт настання страхового випадку.

8.5. Страховик сплачує лікування Застрахованої особи за кордоном у межах страхової суми, встановленої Договором страхування, до того часу, коли стан здоров'я Застрахованої особи за висновком лікаря дасть змогу евакуювати її до України / країни постійного проживання.

8.6. Якщо на дату закінчення строку дії Договору страхування Застрахована особа потребує невідкладної медичної допомоги, але за медичним висновком Застрахована особа не підлягає евакуації в країну постійного проживання, то Страховик відшкодовує витрати на подальше невідкладне лікування Застрахованої особи за кордоном строком **не більше 7 календарних днів за умови**, що такі витрати не виходять за межі страхової суми.

8.7. За кожною Застрахованою особою сума страхових виплат за всіма страховими випадками, що сталися в період дії Договору страхування, не повинна перевищувати страхової суми, встановленої за кожною окремою Застрахованою особою.

8.8. Якщо після здійснення страхової виплати за однією Застрахованою особою з'явилися підстави для виплати у більшому розмірі за відповідним страховим випадком, то Страховик здійснює страхову виплату за вирахуванням раніше здійснених виплат за цим страховим випадком.

8.9. При застосуванні франшизи сума страхового відшкодування за кожним страховим випадком зменшується на розмір франшизи, зазначеної у **Частині 1 Договору**.

## **9. УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

9.1. У разі самостійної оплати (попередньо погодженої зі Страховиком/Асистансом) Страхувальником (Застрахованою особою, отримувачем страхової виплати), страхова виплата підлягає виплаті після повного встановлення обставин, причин та обсягу наданої медичної послуги, внаслідок настання страхового випадку, на підставі письмової заяви одержувача страхової виплати та страхового акту, складеного Страховиком.

9.2. **Протягом 10 (десяти) робочих днів** з дня отримання всіх необхідних документів згідно з переліком, наведеним у **Розділі 7** Загальних умов, Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати зі складенням страхового акту або про відмову у здійсненні виплати.

9.3. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати, Страховик, протягом **10 (десяти) робочих днів** з дня прийняття такого рішення, повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу, отримувача страхової виплати) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

9.4. Страхова виплата здійснюється Страхувальнику (Застрахованій особі, отримувачу страхової виплати) **впродовж 10 (десяти) робочих днів** з дня складення страхового акту про здійснення страхової виплати.

9.5. Страховик має право відстрочити здійснення страхової виплати до з'ясування обставин страхової події на **період до 6 (шести) місяців** при виникненні обґрунтованих сумнівів щодо інформації, наданої Страхувальником (Застрахованою особою, отримувачем страхової виплати).

## **10. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

10.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні виплати страхового відшкодування є:

10.1.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

10.1.2. Вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку.

10.1.3. Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (в тому числі про мету поїздки для визначення категорії ризику), або про факт настання страхового випадку.

10.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків).

10.1.5. Невиконання рекомендацій Асистуючої компанії або Страховика в процесі врегулювання події.

10.1.6. Невиконання або порушення Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором.

10.1.7. Порушення Застрахованою особою приписів лікаря та лікарняного режиму.

10.1.8. Одержання Страхувальником/Застрахованою особою повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків.

10.2. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором.

10.3. Відмова Страховика здійснити виплату страхового відшкодування може бути оскаржена Страхувальником (Вигодонабувачем) у судовому порядку згідно законодавства України.

## 11. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

11.1. Цей страховий продукт є стандартним із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів, і передбачає укладення Договорів із визначеними умовами страхового покриття.

11.2. До укладення Договору Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від Страхувальника інформації з'ясовує потреби та вимоги у страхуванні.

11.3. За рішенням Страховика (страхового посередника) або на запит Страхувальника Страховик надає Страхувальнику безоплатну індивідуальну консультацію та рекомендації щодо умов страхового продукту.

11.4. Перед укладенням Договору Страховик (страховий посередник) забезпечує Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника, з метою прийняття Страхувальником усвідомленого рішення про укладення Договору.

11.5. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору вичерпний перелік інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором, включаючи:

11.5.1. **Обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику** (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків):

11.5.1.1. мета поїздки за кордон для визначення категорії ризику (подорож, навчання, відрядження, заняття під час подорожі відповідними видами спорту, небезпечними розвагами чи дозвіллям, виконання роботи);

11.5.1.2. вік Застрахованої особи;

11.5.1.3. страхові випадки та збитки щодо Застрахованих осіб, об'єктів страхування за Договором, що мали місце в минулому;

11.5.1.4. наявність інших діючих договорів страхування щодо об'єктів страхування за Договором;

11.5.2. **Інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єктів страхування**, включаючи наявність такого інтересу у Вигодонабувача (у разі визначення такої особи в Договорі).

11.6. Договір за страховим продуктом страхування осіб, що подорожують за кордон укладається у письмовій формі у паперовому вигляді, або як електронний документ, електронний договір (правочин) відповідно до Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», Закону України «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги», законодавства у сфері електронної комерції, укладення електронних договорів (правочинів).

## 12. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

12.1. Страховими випадками не визнаються події, якщо вони прямо чи опосередковано пов'язані із:

12.1.1. ядерним вибухом, впливом радіації будь-якого походження;

12.1.2. раптовим погіршенням екологічної ситуації через радіаційне, хімічне та бактеріологічне забруднення навколишнього середовища;

12.1.3. участю Застрахованої особи у війні (оголошеній або неоголошеній), військових діях, повстаннях, заколотах, бунтах, революціях, страйках, порушеннях громадського порядку, у будь-якому терористичному акті, військовому перевороті або у спробі узурпації влади, при вчиненні заколоту;

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

12.1.5. недотриманням Застрахованою особою вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень;

12.1.6. умисним заподіянням Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень;

- 12.1.7.самогубством (замахом на самогубство) Застрахованою особою, за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб;
- 12.1.8.вживанням наркотичних, токсичних речовин, медичних препаратів без призначення лікаря, алкоголю і його сурогатів, перебуванням у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;
- 12.1.9.керуванням Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом (автомобілем, мотоциклом, моторним човном тощо) без права на керування таким транспортним засобом, зокрема, відповідної категорії та/або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також добровільною передачею Застрахованою особою права на керування транспортним засобом особі, яка знаходиться у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння або не має права на керування таким транспортним засобом, зокрема, відповідної категорії;
- 12.1.10.скоєнням Застрахованою особою протиправних дій або злочину;
- 12.1.11.виконанням стрибків з висоти понад **15 метрів** (надалі «стрибки з висоти») або заняттям дайвінгом без проходження обов'язкового інструктажу та нагляду інструктора, що має відповідну ліцензію (для занять дайвінгом PADI Advanced Open Water Diver, Master Scuba Diver або FAI category «D» для стрибків з висоти);
- 12.1.12.подіями, що стались поза територією та/або поза строком дії Договору;
- 12.1.13.особливо небезпечними інфекціями згідно нормативно-правових актів відповідних державних органів країни тимчасового перебування та/або з епідеміями (за виключенням грипу) / пандеміями, оголошеними відповідними державними органами країни тимчасового перебування або ВОЗ та/або з інфекційними захворюваннями, для усунення масового поширення яких оголошено надзвичайний стан або карантин на державному та/або місцевому рівні в Країні тимчасового перебування (виключення - покриття COVID-19 в обсязі, що передбачений Програмою);
- 12.1.14.подіями, що стались після дати початку дії Договору в період дії **Часової франшизи (п.2.6.5. Загальних умов)**. Дія цього пункту не застосовується у випадку необхідності надання швидкої невідкладної допомоги, стаціонарної невідкладної допомоги, акушерської невідкладної допомоги (до **28** тижнів вагітності включно), медичної евакуації / репатріації.
- 12.1.15.Дія **п. 12.1.14** Загальних умов не розповсюджується на осіб, що виконують умови, викладені у **п. 2.6.5.1** Загальних умов.
- 12.1.16.Захворюванням, симптоми якого виникли у Застрахованій особі в період дії Часової франшизи та Застрахована особа повідомить про це Страховика або Асистуючу компанію. Подальші звернення Застрахованої особи з цими симптомами поза періодом дії Часової франшизи підлягають страховому покриттю лише у разі документального підтвердження звернення Застрахованої особи за медичною допомогою у період дії Часової франшизи та за умови погіршення загального стану.
- 12.2. За цими Загальними умовами Страховик не відшкодовує:**
- 12.2.1.витрати на будь-яку медичну, медично-транспортну допомогу, не передбачену Договором;
- 12.2.2.витрати на будь-яку медичну допомогу, що не є необхідною в цей момент з медичної точки зору, або на лікування, не призначене лікарем;
- 12.2.3.витрати у зв'язку із заняттями будь-якими видами активного відпочинку та/або спорту (на аматорському або професійному рівні), активного відпочинку, якщо не сплачено додаткову страхову премію та в Договорі страхування Застрахованої особи не встановлено тип туризму **Активний спортивний туризм** або **Екстремальний спортивний туризм**.
- 12.2.4.витрати у зв'язку із заняттями будь-якими видами польотів, включаючи авіаспорт (за винятком подорожі Застрахованої особи в якості пасажира, який сплатив проїзд регулярним авіа - або чартерним рейсом по встановленому маршруту, а також професійних пілотів і членів екіпажів літального апарату), якщо за такий вид занять спортом не сплачено додаткову страхову премію та в Договорі не зазначено тип туризму – **Екстремальний спортивний туризм**;
- 12.2.5.витрати на будь-які медичні перевезення, стаціонарне лікування, невідкладну (швидку) медичну допомогу, не організовану і/або не узгоджену з Асистуючою компанією або Страховиком;
- 12.2.6.витрати на будь-які медичні перевезення у випадку незначних захворювань або травм, які, на думку лікаря Асистуючої компанії або Страховика, підлягають лікуванню на місці їх виникнення та не перешкоджають продовженню Застрахованою особою подорожі або її самостійному пересуванню;
- 12.2.7.витрати на медичні перевезення у випадку, коли, на думку лікаря Асистуючої компанії або Страховика, Застрахована особа фізично спроможна повернутися до місця її постійного проживання у якості звичайного пасажира регулярного рейсу авіаційного, залізничного, автомобільного, водного транспорту і відсутні відповідні рекомендації, щодо спеціальних умов перевезення від Медичного закладу, який надавав медичну допомогу;
- 12.2.8.витрати на медично-транспортну допомогу Застрахованій особі в Україні (країні її постійного проживання чи громадянства), крім випадків, коли медична репатріація Застрахованої особи в Україну (країну її постійного проживання або громадянства) з-за кордону здійснюється до медичного закладу в Україні (країні

її постійного проживання або громадянства) з метою подальшого надання такій особі невідкладної (екстреної) стаціонарної допомоги;

12.2.9. витрати на медичні послуги, що перевищують необхідні, у разі, якщо стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що Застрахована особа самостійно або при супроводженні іншої особи може повернутися до країни або місця постійного проживання;

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

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

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

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

12.2.14. будь-які медичні витрати, здійснені Застрахованою особою, Страхувальником без відома та без узгодження з Асистуючою компанією або Страховиком;

12.2.15. витрати на будь-який медичний догляд і лікування, що не пов'язані з необхідністю надання Застрахованій особі **невідкладної медичної допомоги** під час подорожі. Невідкладна медична допомога надається до стабілізації стану Застрахованої особи, а саме до усунення гострого болю, станів що загрожують життю та здоров'ю Застрахованої особи;

12.2.16. витрати на будь-які медичні послуги, що надаються юридичною чи фізичною особою, яка не має відповідної ліцензії, або особою, що не має права займатися медичною практикою;

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

12.2.18. витрати на будь-які медичні послуги, пов'язані з діагностикою та лікуванням хронічних або вроджених захворювань (цукровий діабет, хронічна ниркова недостатність, цироз печінки, туберкульоз, онкологічні, аутоімунні, вікові дегенеративні захворювання, хвороби серця та судин, хвороби кровотворної системи тощо) і вад, їх ускладнень або наслідків, за виключенням станів, що потребують швидкої невідкладної медичної допомоги та екстренної госпіталізації і стаціонарного лікування у відділенні інтенсивної терапії, випадків, коли існує безпосередня загроза життю Застрахованої особи або виникає необхідність у цілеспрямованих заходах по усуненню гострого болю;

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

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

12.2.21. витрати на лікування будь-яких побічних, супутніх захворювань і/або симптомів, крім випадків, коли прояви чи ускладнення супутніх захворювань і/або симптомів становлять загрозу здоров'ю або життю Застрахованої особи;

12.2.22. витрати на будь-яку медичну та/або медично-транспортну допомогу у разі відмови Застрахованої особи від медичної евакуації / медичної репатріації, запропонованої Страховиком або Асистуючою компанією, за умови відсутності для цього медичних протипоказань;

12.2.23. витрати на усунення наслідків самолікування;

12.2.24. витрати на пластичну хірургію, протезування, ремонт, підбір і придбання окулярів, слухових апаратів, коригуючих або медичних пристроїв, приладів, БАДів, дієтичних добавок, засобів особистої гігієни, та будь-яких інших немедикаментозних засобів лікування (у тому числі компресійний трикотаж), крім засобів для лікування травм та наслідків оперативних втручань (фіксуєчі та дезінфікуючі засоби, перев'язувальні матеріали);

12.2.25. витрати на стоматологічне лікування, крім випадків надання невідкладної стоматологічної допомоги при гострому зубному болю в межах ліміту відповідальності згідно з обраною Програмою страхування;

12.2.26. витрати на реабілітаційне, фізіотерапевтичне лікування, лікування методами «нетрадиційної» медицини (мануальна терапія, голкорексфлексотерапія, гомеопатія, антигомтоксична терапія, фітотерапія тощо), геліотерапію, водолікування;

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

12.2.28. витрати на лікування, діагностику та інші послуги з приводу захворювань, станів, їх наслідків, прямо чи опосередковано пов'язаних з синдромом набутого імунodefіциту – СНІДом (A.I.D.S.), та захворювань, що можуть розглядатися як варіації СНІДу;

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

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

12.2.31. витрати на лікування, яке не відповідає діагнозу;

12.2.32. витрати на дезінфекції;

- 12.2.33. витрати на проведення медичної експертизи;
- 12.2.34. витрати на догляд за хворим з боку родичів незалежно від їх професійної кваліфікації;
- 12.2.35. витрати по відшкодуванню будь-яких нематеріальних збитків;
- 12.2.36. витрати на лікування, що встановлено метою здійснення подорожі;
- 12.2.37. витрати на медично-транспортну допомогу, медичну репатріацію, посмертну репатріацію, необхідність яких виникла внаслідок хвороби (хвороб), з метою лікування якої здійснюється подорож;
- 12.2.38. витрати на оплату проживання і інші витрати Близького родича окрім випадку, зазначеному у **п.п. 2.2.2 та 3.2.2 Додатку №3** до Загальних умов;
- 12.2.39. витрати, пов'язані з медичною допомогою та ліквідацією наслідків впливів атмосферного та водного тиску згідно з МКХ 10, включаючи кесонну хворобу (крім випадків занять дайвінгом та сплати додаткового страхової премії за опцію Активний спортивний туризм, Екстремальний спортивний туризм);
- 12.2.40. витрати, пов'язані з медичною, медично-транспортною допомогою та ліквідацією наслідків впливу висотної хвороби;
- 12.2.41. витрати на послуги таксі, окрім витрат на таксі, коли Асистуюча компанія не в змозі організувати медичне транспортування Застрахованої особи до найближчого медичного закладу для надання невідкладної медичної або невідкладної стаціонарної допомоги, коли Застрахована особа в зв'язку з важким станом / травматичними ушкодженнями не може самостійно пересуватись і транспортування на таксі попередньо письмового погоджено з Асистуючою компанією або Страховиком.
- 12.2.42. витрати на будь-яку медичну та/або медично-транспортну допомогу, отриману Застрахованою особою після закінчення строку дії Договору (у тому числі та, яку було призначено лікарем у строк дії Договору) за виключенням дотримання умов, зазначених у **п. 8.6** Загальних умов, якщо такі витрати не виходять за межі страхової суми.
- 12.2.43. та за наявності діючого Договору страхування;
- 12.2.44. витрати на проживання та харчування, товари першої необхідності, витрати на повернення Застрахованої особи з Країни тимчасового перебування до місця постійного перебування (проживання) у результаті перебування Застрахованої особи на обсервації та/або самоізоляції, як до так і після початку подорожі у зв'язку з COVID-19;
- 12.2.45. витрати на організацію та оплату вартості скрінінгової ПЛІР-діагностики / експрес-тестування на COVID-19 у випадках інших, ніж за призначенням лікаря (на вимогу Застрахованої особи / працівників міжнародних аеропортів / будь-яких уповноважених іноземних служб тощо);
- 12.2.46. витрати на будь-які медичні послуги, пов'язані з діагностикою та лікуванням у зв'язку із захворюваннями / травмами / станами / синдромами та їх ускладненнями, за якими Застрахованій особі встановлено інвалідність будь-якої групи, крім швидкої невідкладної допомоги та стаціонарної невідкладної допомоги у відділенні інтенсивної терапії випадків, коли існує безпосередня загроза життю Застрахованої особи, або виникає необхідність у цілеспрямованих заходах по усуненню гострого болю.
- 12.3. Не підлягають Страховому відшкодуванню також медичні витрати Застрахованої особи у випадках, якщо:**
- 12.3.1. подорож була здійснена Застрахованою особою всупереч медичним протипоказанням для її здійснення;
- 12.3.2. медичні послуги одержала інша особа, не застрахована згідно з Договором;
- 12.3.3. Застрахована особа відмовилась від призначеного обстеження, лікування, медичного перевезення.
- 12.4. В частині страхування медичних витрат Страховиком застосовуються наступні обмеження:**
- 12.4.1. у разі, якщо курс лікування патології за конкретним страховим випадком не дає позитивного результату протягом **30 (тридцяти) календарних днів** після первинного звернення Застрахованої особи за медичною допомогою, або у разі третього звернення Застрахованої особи до Страховика або Асистуючої компанії за медичною допомогою з приводу однієї патології протягом одного календарного року. Страховик або Асистуюча компанія мають право запропонувати Застрахованій особі медичну репатріацію / повернення в Україну (Країну постійного проживання) коштом Страховика. При цьому, Застрахованій особі буде організовано первинну медичну консультацію для надання невідкладної допомоги і визначення відсутності протипоказань для медичної репатріації. Медична репатріація здійснюється за рахунок Страховика. Якщо Застрахована особа відмовляється від пропозиції Страховика, то подальше покриття цього страхового випадку припиняється з моменту отримання такої відмови, а можливі подальші звернення Застрахованої особи з приводу цього захворювання не підлягають страховому покриттю;
- 12.4.2. якщо Застрахована особа відмовилась від запропонованої Асистуючою компанією дати та/або часу медичної консультації та/або діагностичних досліджень без поважних на те причин, Страховик має право відмовити у страховому покритті (або подальшому страховому покритті) за цим конкретним страховим випадком. Застрахована особа за погодженням із Асистуючою компанією має право звернутись за медичною допомогою самостійно до будь-якого медичного закладу та оплатити медичні послуги самостійно, якщо дата / час медичної консультації та/або діагностичних досліджень передують даті та часу, запропонованим Асистуючою компанією, з подальшим зверненням до Страховика щодо компенсації таких витрат.

12.5. Медична допомога надається виключно за правилами та стандартами країни перебування Застрахованої особи. Страховик та Асистуюча компанія не відповідають за порядок та якість наданих Застрахованій особі медичних послуг та їх наслідків.

#### **12.6. В частині страхування Витрат інших, ніж медичні Страховик не відшкодовує:**

12.6.1. витрати Застрахованої особи на відновлення, заміну особистої, адміністративної, ділової документації (в тому числі комерційних, наукових матеріалів), платіжних карток, дорожніх чеків, авіа-, залізничних квитків, цінних паперів, талонів на оплату палива, готівки тощо;

12.6.2. витрати у зв'язку з затримкою або втратою багажу, якщо:

12.6.2.1. витрати на заміну документів, якщо така заміна зумовлена пошкодженням, втратою ними вигляду, придатного для використання тощо.

12.6.2.2. затримка багажу відбулась під час перевезення авіарейсом, кінцевим пунктом якого є Країна постійного проживання Застрахованої особи;

12.6.2.3. Застрахована особа не повідомила уповноваженому представникові авіалінії про затримку доставки багажу або втрату багажу;

12.6.2.4. затримка багажу була викликана митним доглядом;

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

12.8. Страховим випадком не визнається смерть Застрахованої особи внаслідок захворювань / травм / станів / синдромів та їх ускладнень, за якими було встановлено інвалідність будь-якої групи.

12.9. Не приймаються на страхування особи, яким на дату укладення Договору виповнилось повних **76 років** і старше.

12.10. Страховик не визнає страхових випадків внаслідок невиконання Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем) офіційних рекомендацій Міністерства закордонних справ України, тел.: **+380442381657**, сайт: <http://mfagov.ua/>, та Страховика щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій, за виключенням випадків, коли Застрахована особа потрапила на територію держави/країни до моменту початку військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій.

12.11. Страховик не визнає страховим випадком та не здійснює страхову виплату внаслідок виконання Застрахованою особою під час перебування за кордоном будь-якої фізичної праці за наймом, крім випадків, коли у Договорі передбачена категорія ризику «**Робота**» («W») (Work)).

12.12. Страховик не здійснює страхових виплат за витрати Застрахованої особи, які пов'язані із наданням таких медичних та інших послуг при Гострих респіраторних захворюваннях та гострих респіраторних вірусних інфекціях без наявності гіпертермічного синдрому (температура t від 38 C) та наявності ознак дихальної недостатності II-III ст., за виключенням дітей до **16 років**.

12.13. Страховик не здійснює страхових виплат за витрати Застрахованої якщо страховий випадок стався на території України та Країни постійного проживання Застрахованої особи.

12.14. Сторони Договору звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором страхування, якщо таке невиконання або неналежне виконання стало наслідком дії обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин). Для цілей Договору страхування під форс-мажорними обставинами розуміються обставини, передбачені частиною другою статті 14-1 Закону України «Про торгово-промислові палати України», які мають бути належним чином підтверджені уповноваженим органом.

### **13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ІНШІ УМОВИ**

13.1. Усі спори за Договором вирішуються шляхом переговорів.

13.2. У випадку недосягнення згоди спори передаються на розгляд до суду згідно з законодавством України.

13.3. Будь-які повідомлення Страховику вважаються поданими належним чином, якщо вони надані Страхувальником (його уповноваженою особою) особисто, або рекомендованим листом, або шляхом надсилання електронного повідомлення/документу на адресу Страховика [info@inter-policy.com](mailto:info@inter-policy.com) з накладенням на таке повідомлення/документ електронного підпису Страхувальника, або у інший спосіб, узгоджений зі Страховиком.

### **14. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНТЕР-ПОЛІС».**

Адреса для звернення: **01033, м. Київ, вул. Володимирська, 69.**

Адреса електронної пошти: [info@inter-policy.com](mailto:info@inter-policy.com).

Телефон для звернення: **+38 (044) 287 43 05, 0 800 80 29 56** (для дзвінків в межах України).

Контактні дані для повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку:

**Асистуюча компанія**

**Товариство з обмеженою відповідальністю «НОВА АССИСТАНС УКРАЇНА»**

04053, Україна, місто Київ, вул. Січових Стрільців, буд. 77, кімн. 205.

24\7 багатоканальні телефонні лінії:

Египт / Єгипет +20 69 366 68 56; +20 69 366 68 57;

Bulgaria / Болгарія +359 569 180 04;

Turkey / Туреччина +90 242 98 80 231; +90 242 98 80 235;

Ukraine / Україна +380 443 745 026;

Rest of the world / Увесь світ + 373 22 994 955

Е-mail: [office@novasist.net](mailto:office@novasist.net)

Вебсайт: [www.novasist.net](http://www.novasist.net)

Telegram @NovaAssistance\_bot

## **15. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ СТРАХОВИКОМ**

15.1. Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг. Споживачі мають вільний доступ до інформації про страхові послуги, що надаються Страховиком на офіційному веб-сайті Страховика, а також безпосередньо у місцях надання послуг. Отримання вичерпної інформації також можливе через звернення до Страховика в телефонному режимі, а також через листування та електронну пошту.

15.2. У разі виникнення спірних питань споживач має право звернутись до Страховика особисто, на електронну пошту [info@inter-policy.com](mailto:info@inter-policy.com), адреса для листування: **01033, м. Київ, вул. Володимирська, 69**, або за посиланням <https://inter-policy.com/contacts/>.

15.3. Інформація про механізми та способи захисту прав споживачів фінансових послуг (зокрема, про можливість та порядок позасудового розгляду скарг споживачів фінансових послуг, адресу страховика, за якою приймаються скарги клієнтів) розміщена за посиланням: <https://inter-policy.com/rozkrittva-informacziy/informacziya-pro-finansovu-ustanovu/>.

15.4. Споживач, не залежно від розгляду його звернення Страховиком, в будь-який момент має право звернутись до Національного банку України із відповідним зверненням щодо порушення його прав як споживача фінансових послуг за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>, або до суду.

15.5. Орган, що здійснює державне регулювання – Національний банк України. Місцезнаходження: **вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601**. Тел.: **0 800 505 240**. Е-mail: [nbu@bank.gov.ua](mailto:nbu@bank.gov.ua), Web-сайт: [www.bank.gov.ua](http://www.bank.gov.ua).

15.6. Орган з питань захисту прав споживачів – Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Місцезнаходження: **01001, м. Київ, вул. Б. Грінченка, 1**. Тел.: **(044) 279 12 70**. Е-mail: [gu@dpss.gov.ua](mailto:gu@dpss.gov.ua), Web-сайт: <https://dpss.gov.ua/>.