ПрАТ «Європейське туристичне страхування» · вул. Спаська 5, оф.15 · 04071 Київ, Україна
Тел.: +38 (044) 299 78 87 · Факс: +38 (044) 299 70 79;
info@eurotravelins.ua · www.eurotravelins.com.ua

ЗАВЖДИ ПОРУЧ У ВСЬОМУ СВІТІ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Рішення Правління №2420
від 05 грудня 2024

Загальні умови
страхового продукту
«Туристичне страхування для громадян України, подорожуючих територією Україні, договори по якому укладаються в посередницькій (агентській) мережі Страховика «B2B продажі» (з застосуванням програм страхування за класом 18)
(діють з 12 грудня 2024)

○

№ з/п	Вид інформації	Інформація про Страховика
	1. Інформація про страховика	
1.	Найменування Страховика, код за ЄДРПОУ	Приватне акціонерне товариство «Європейське туристичне страхування», ЄДРПОУ 34692526
2.	Номер і дата видачі ліцензії на здійснення діяльності із страхування	Витяг з Державного реєстру фінансових установ №27-0024/43839 від 06.06.2024
3.	Місцезнаходження Страховика:	04071, м. Київ, вул. Спаська, 5, оф.15 (вхід зі сторони вулиці Хорива (напроти будинку 21 по вул. Хорива))
4.	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://eurotravelins.com.ua/
	2. Умови страхового продукту	
5.	Клас страхування	За цим страховим продуктом можуть укладатися договори страхування за наступними класами: Клас страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (далі по тексту - Клас 18) Клас страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок травми та професійного за-

		хворювання)» (далі по тексту - Клас 1) Клас страхування 7 «Страхування майна, що перевозиться [включаючи вантаж, багаж (вантажобагаж)]» (далі по тексту - Клас 7)
6.	Визначення понять термінів, умовних позначень, що вживаються в договорі страхування	**Активний туризм** — активний відпочинок, пов'язаний із ризиком та істотними фізичними навантаженнями, вимагає сміливості і навиків та/або використання механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, велосипедах, моторолерах, мотоциклах, мопедах, квадроциклах і подібних засобах пересування; сплави на човнах або плотах по річках та інших водоймах та іншими аналогічними видами відпочинку. Також до спорту та екстриму відноситься участь у заходах із високим ступенем ризику, що вимагають від учасників спеціальних навиків та підготовки, а саме участь у спортивних тренуваннях та змаганнях на аматорському або професійному рівні, а також заняття такими видами спорту та туризму: гірськолижний, сноубордінг, походи у гори на висоту до 3500 метрів, спелеотуризм, дайвінг, полювання, риболовля у важкодоступних та віддалених місцевостях, стрибки із парашутом, польоти з використанням безмоторних засобів, польоти в якості пілота, участь у перегонах на транспортних засобах або тваринах. Страхування ризиків, пов'язаних із альпінізмом та походами у гори на висоту понад 3500 метрів може здійснюватися лише за окремим рішенням Страховика на підставі письмової заяви Страхувальника. **Асистуюча компанія (Асистанс) Страховика** – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) Страхувальникам (Застрахованим особам) або іншим особам, визначеним договором страхування, на умовах, передбачених таким договором страхування. Допомога, що надається Асистансом включає координацію дій Застрахованої осіб в разі настання випадку, який має ознаки страхового; координацію дій осіб, які надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку; організацію та контроль за наданням допомоги/ послуг, а також виконання асистуючою компанією інших дій, спрямованих на врегулювання події, що має ознаки страхового випадку, уключаючи оплату асистуючою компанією вартості допомоги /послуг наданих Застрахованим особам. **Вигодонабувач** - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства **Застрахована особа** - фізична особа, визначена Страхувальником у договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за договором страхування. **Застрахована подорож (поїздка)** – в розумінні договору страхування поїздки територією України, які організовані і здійснюються громадянами самостійно або за допомогою приймаючих сторін (суб'єктів туристич-

		ної діяльності тощо), незалежно від форми власності і від організаційно - правової форми останніх. Договір страхування може укладатися для здійснення однієї (one) подорожей, інформація про що відображається в індивідуальній частині договору страхування. **Звичайний (пасивний) туризм** – лікувально-оздоровчий, культурно-пізнавальний (екскурсійний), паломницький (релігійний), пішохідний, пляжний та інші подібні категорії туризму, що орієнтовані на спокійну і не напружену, в сенсі фізичних навантажень, програму туристичної подорожі. **Електронний договір комплексного страхування громадян України, які здійснюють подорож територією України** - це угода між Страхувальником і Страховиком оформлена в електронній формі шляхом приєднання Страхувальника до відкритої пропозиції Страховика, розміщеної на сайті Страховика та\або його страхового посередника, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату (або організувати надання допомоги або оплатити послугу тощо) Страхувальнику або іншій особі, на користь якої укладено договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові премії у визначені строки та виконувати інші умови договору. По тексту цих умов в розумінні цього поняття можливе застосування словосполучення «договір страхування» **Ідентифікація** – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час її звернення до Страховика або його страхового посередника з метою укладання договору страхування або отримання страхового відшкодування. І**нформаційно-телекомунікаційна система (надалі ІТС)**- сукупність інформаційних та електронних комунікаційних систем Страховика або його страхового посередника, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком або його страховим посередником для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції. **Ідентифікація потенційного Страхувальника в ІТС** - підтвердження повноважень потенційного Страхувальника на доступ в ІТС Страховика або його страхового посередника шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля. **Логін** - унікальне зареєстроване ім’я потенційного Страхувальника в інформаційно-телекомунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої його автентифікації в інформаційно-телекомунікаційних системах Страховика та його страхових посередників. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону цієї особи тощо. **Медичні витрати** – витрати по лікуванню, що здійснюється за призначенням кваліфікованого лікаря. **Медична евакуація**- транспортування та медичний супровід Страхувальника (Застрахованої особи), що знаходиться на стаціонарному лікуванні в Україні до місця постійного проживання

		Націнки – додаткові націнки до базового страхового платежу або застосування спеціального тарифу у випадках страхування осіб у віці від 65 до 80 років або у разі подорожі, під час якої буде здійснюватися активний туризм, або у разі подорожі з метою виконання роботи. В разі такого страхування та застосування націнки, в індивідуальній частині договору страхування використовуються наступні умовні позначення категорій Застрахованих осіб: А – активний туризм; J – робота; Р1 – для Застрахованих осіб віком від 65 до 70 років, Р2 - для Застрахованих осіб віком від 71 до 75 років; Р3 - для Застрахованих осіб віком від 76 до 80 років. **Невідкладна медична допомога**- це вид медичної допомоги, яка необхідна при гострих станах, що загрожують життю людини, а також під час загострення хронічного захворювання та інших загрозливих станах, що становлять небезпеку життю та здоров'ю пацієнта. Вказана допомога потребує негайного надання та проводиться протягом терміну від кількох годин до однієї доби. **Невідкладні медичні послуги** – невідкладні організаційні, діагностичні та лікувальні заходи, спрямовані на врятування і збереження життя людини, що надаються при раптових гострих, загострені хронічних захворюваннях та інших загрозливих станах, що становлять небезпеку життю та здоров'ю пацієнта, з метою попередження або мінімізації шкідливих наслідків. **Невідкладне оперативне втручання** - операції, які потребують негайного втручання та проводяться протягом терміну від кількох годин до однієї доби з моменту госпіталізації, і яке не можна замінити методами консервативного (медикаментозного, іммобілізуючого і т.п.) лікування. **Нещасний випадок** - раптова, випадкова, короткочасна та непередбачена подія, що фактично відбулась та внаслідок якої настав розлад здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) або його (її) смерть. До таких подій належать: опік; обмороження; втоплення; дія електричного струму; удар блискавки; сонячний удар; напад зловмисників або тварин; падіння якого-небудь предмету або самого Страхувальника (застрахованої особи); випадкове попадання в дихальні шляхи чужорідного тіла; травми, які отримані під час руху транспортних засобів (автомобіля, потягу, трамвая, і ін.) або під час катастрофи; травми, отримані при використанні машин, механізмів, зброї, і усякого роду інструментів, травматичне пошкодження; випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами, за винятком харчової токсикоінфекції (сальмонельозу, дизентерії), ліками; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом) або поліомієлітом; розриви (поранення) органів або їх вилучення внаслідок невірних медичних маніпуляцій та інший розлад здоров'я. До травматичних пошкоджень відносяться - порушення цілісності тканин, кісток і органів внаслідок переломів, ударів, опіків, вивихів, розривів, поранення органів, електротравми, в результаті впливу механічної сили, хімічних речовин, високої або низької температури, електричної та іншої енергії. Вказаний перелік є вичерп-

		ним. До іншого розладу здоров'я відноситься випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, недоброякісними продуктами, ліками, за виключенням кишкової інфекції (сальмонеллезу, дизентерії і т.п.); випадкове гостре отруєння промисловими хімічними речовинами в результаті виробничої аварії; захворювання: кліщовий енцефаліт, стовбняк, скаженість. Вказаний перелік є вичерпним. **Одноразовий ідентифікатор** – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти договір страхування в електронній формі шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. **Пароль** – секретний алфавітно-цифровий набір символів, призначений для можливості входу в ІТС. **Потенційний Страхувальник** – особа, яка розглядає пропозицію Страховика на укладання договору страхування **Робота (J)** – страхове покриття поширюється на випадки, які виникають під час виконання оплачуваної фізичної роботи характерної для робітничих професій у галузях будівництва, промисловості, транспорту, сільського та комунального господарства або в приватних домогосподарствах та ін. **Стійка втрата працездатності** - встановлення особі (Страхувальнику, Застрахованій особі) інвалідності I, II або III групи внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час здійснення подорожі в період дії страхового покриття. **Страхова виплата (страхове відшкодування)** - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов договору страхування та/або законодавства **Страховий випадок**- подія, передбачена договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства **Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок)** - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з договором страхування. Страхова премія зазначаються у індивідуальній частині договору страхування. **Страхова сума** - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку. Страхова сума встановлюється окремо по кожному класу страхування на весь період дії договору і фіксується у його відповідній графі індивідуальної частини договору страхування. При страхуванні декількох осіб вказана страхова сума є страховою сумою окремо для кожної зі Застрахованих осіб. При настанні страхових випадків, страхова сума за тим чи іншим класом страхування щоразу зменшується на розмір страхових виплат, сплачених Страховиком за цим класом страхування. У разі, якщо виплачена чи

		заявлена до виплати грошова сума досягає рівня страхової суми, зазначеної в індивідуальній частині договору страхування - договір страхування припиняє свою дію повністю або за окремим класом страхування **Страховий ризик** - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. **Страховий тариф** - ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття; **Страховик** - фінансова установа, яка має право здійснювати діяльність із страхування на території України. Страховиком за цим договором є Приватне акціонерне товариство «Європейське туристичне страхування». **Страхувальник** - особа, яка уклала із Страховиком договір страхування. Страхувальник одночасно може бути Застрахованою особою **Супутник Страхувальника (Застрахованої особи)** - супутником Страхувальника (Застрахованої особи) в розумінні цих умов страхування є будь-яка третя особа (не член сім'ї Страхувальника (Застрахованої особою)), що здійснює подорож спільно із Страхувальником (Застрахованою особою), по одному маршруту, проживає в одному готелі чи апартаментах із Страхувальником (застрахованою особою) в один і той же період часу, а також застрахована разом зі Страхувальником (Застрахованою особою) за одним договором комплексного страхування подорожуючих із умовою страхування фінансових ризиків **Строк страхового покриття (строк дії договору)** - період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов договору або законодавства. Строк страхового покриття визначається з врахуванням кількості застрахованих днів в межах визначеного в договорі строку (періоду) страхування. Строк страхового покриття визначається індивідуальній частині договору страхування та з врахуванням умов страхування. **Таємниця страхування** - сукупність інформації про клієнта та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням договору страхування та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги. Страховик та/або страховий посередник не мають право використовувати на свою користь та на користь третіх осіб інформацію, що становить таємницю страхування **Тимчасова втрата загальної працездатності** – в розмінні цього договору є перебування Страхувальника (Застрахованої особи) на амбулаторному або стаціонарному лікуванні, не менше 5 днів, за винятком періоду на реабілітаційне лікування, внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час здійснення подорожі і в період дії страхового покриття

		Франшиза (безумовна франшиза) - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування та/або законодавством. За окремими класами страхування чи ризиками в рамках класу страхування розміри франшизи зазначаються у індивідуальній частині договору страхування або визначається в тому чи іншому розділі умов страхування; **Члени сім'ї Страхувальника (Застрахованої особи)** – в рамках дії цих умов страхування до членів сім'ї відносяться чоловік/дружина, діти (в тому числі усиновлені), батьки, законні опікуни, рідні брати та сестри Страхувальника (Застрахованої особи).
7.	Порядок укладання договору страхування.	Договір страхування може укладатися Страховиком самостійно або із залученням як одного, так і декілька страхових посередників, інформація про яких вказується в індивідуальній частині договору страхування. Страховий посередник може діяти від імені Страховика на підставі та на умовах, визначених в договорі доручення, укладеного зі Страховиком. Страховий посередник виконує частину страхової діяльності Страховика та може укладати та підписувати договори страхування, одержувати страхові платежі тощо. Договір страхування укладається у формі електронного правочину шляхом приєднання до відкритої пропозиції Страховика (далі по тексту - Оферта). Договори страхування укладені шляхом приєднання складаються з публічної частини договору страхування і індивідуальної частини договору. Відповідно до ч.5. ст.97 Закону України «Про страхування», публічною частиною договору є ці загальні умови страхового продукту Оферта (пропозиція) розміщується на сайті Страховика за посиланням https://eurotravelins.com.ua/ua/publichna-informacija/publichni-oferti/ та https://eurotravelins.com.ua/ua/strakhovi-produkti-dlja-fizichnikh-osib/traveltoukrainekmd/ . Також публічна оферта може розміщуватися в ІТС Страховика та/або страхового посередника. Договори страхування на умовах цього страхового продукту укладаються за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика та/або страхового посередника і є електронними договорами комплексного страхування. Договір страхування укладений в електронній формі за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика та/або страхового посередника на підставі Оферти – вважається укладеним у письмовій формі. Договір страхування за цим страховим продуктом може укладатися як до так і після початку подорожі Страхувальника (Застрахованої особи)_за межі території України **з врахування вимог викладених в цьому**

		<u>страховому продукті (див п.8 підпункт 8.3 «строк страхування») щодо дати укладання договору страхування та початку строку страхування</u>. Договори страхування можуть укладатися як відносно Страхувальників так і третіх осіб (Застрахованих осіб. **В разі укладання Страхувальником договору страхування на умовах цього страхового продукту у відношенні третіх (Застрахованих) осіб, Страхувальник зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб (за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення) таку особу про укладений на її користь договір страхування.** Договори страхування за цим страховим продуктом не укладаються з фізичними особами у віці понад 80 років (крім випадків індивідуального погодження зі Страховиком), а також громадянами інших країн, крім України. За цим страховим продуктом, договір страхування обов'язково укладається щодо страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі (клас 18) за програмою А або В або С (програму страхування за цим класом потенційний Страхувальник обирає самостійно) та страхування від нещасного випадку. Додаткового до ризиків за класом 18 згідно обраної потенційним Страхувальником програми А або В або С та класу 1, потенційним Страхувальником можуть бути обрані та застраховані: - ризик заняття активним відпочинком (в такому разі застосовується націнка та в індивідуальній частині договору страхування в розділі «Додаткові умови» робиться відповідна відмітка) та/або; - ризики по страхуванню багажу (клас 7) Обрані Страхувальником програма страхування за класом 18, класи страхування, територія дії, період (строк) страхування, кількість застрахованих днів, безумовна франшиза, страхова сума, валюта страхової суми), розмір страхового платежу, перелік ризиків та ліміти страхування тощо відображаються в індивідуальній частині договору страхування. Якщо в індивідуальний частині навпроти того чи іншого класу, зокрема в графі розміру страхової суми, розміру страхового платежу тощо, стоїть «-» («прочерк»), то вважається, що такий клас страхування не був обраний Страхувальником при укладанні договору страхування та відповідно не був застрахований. Страхувальник (Застраховані особи) повинні керуватися тими умовами цього продукту, які стосуються класів страхування та програми страхування в межах 18 класу, які ним були обрані та за які сплачені страхові платежі згідно індивідуальної частини договору страхування. В індивідуальній частині договору до класів страхування використовується наступні позначки: - клас 18 - «МВ» / «Медичні витрати»;

		- клас 1 - «НВ» та/ або «Нещасний випадок» - клас 7- «Б» та/або «Багаж». Перед укладенням договору страхування потенційний Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись: - з загальними умовами страхового продукту розміщеного за посиланням https://eurotravelins.com.ua/ua/strakhovi-produkti-dlja-fizichnikh-osib/traveltoukrainekmd/ , - умовами Оферти, яка розміщена за посиланням https://eurotravelins.com.ua/ua/publichna-informacija/publichni-oferti/ та https://eurotravelins.com.ua/ua/strakhovi-produkti-dlja-fizichnikh-osib/traveltoukrainekmd/ , - інформацією про Страховика розміщену за посиланнями https://eurotravelins.com.ua/ua/publichna-informacija/informacija-vidpovidno-do-zu-pro-finansovi-poslugi/translate-to-ukrainian-raskrytie-informacii-o-struktur/, - інформацією про механізми захисту прав споживачів розміщену за посиланням https://eurotravelins.com.ua/ua/publichna-informacija/informacija-vidpovidno-do-zu-pro-finansovi-poslugi/translate-to-ukrainian-informacija-po-zashchite-prav-potre/ , - інформацією про порядок обробки персональних даних та дії Страховика щодо її захисту розміщену за посиланням https://eurotravelins.com.ua/ua/publichna-informacija/informacija-vidpovidno-do-zu-pro-finansovi-poslugi/translate-to-ukrainian-informacija-pro-personalnye-dan/ та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Укладаючи договір страхування у відповідності до цих умов страхового продукту Страхувальник автоматично погоджується з повним та безумовним прийняттям положень цього страхового продукту та Оферти, цін на послуги тощо. Якщо потенційний Страхувальник не згоден з умовами страхового продукту, умовами Оферти, він не має права укладати договір страхування, а також не вправі користуватися послугами за договором страхування. Для укладання договору страхування, потенційний Страхувальник повинен: 1. В разі необхідності ідентифікуватися в ІТС або на WEB-сторінці страхового посередника та/або Страховика в мережі Інтернет або в персональному кабінеті (в разі його реєстрації); 2. заповнити електронну заяву (форму) самостійно або за допомогою страхового посередника, зазначивши відомості (ідентифікаційні дані (ПІБ, дата народження, ІПН, паспортні дані), період страхування, бажану кількість застрахованих днів, класи страхування, програму страхування за класом 18, страхові суми тощо, необхідні для укладення договору страхування. Заповнення електронної заяви (форми) потенційним Страхувальником самостійно або за допомогою

		страхового посередника не зобов'язує його укласти договір страхування. Договір страхування не є укладеним без електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором та кваліфікованого електронного підпису уповноваженої особи Страховика або страхового посередника. Заповненням електронної заяви про укладення договору страхування потенційний Страхувальник узгоджує всі істотні умову договору страхування, передбачені ст. 982 Цивільного кодексу України (зокрема, але не виключно країну подорожі, період страхування, бажану кількість застрахованих днів, класи страхування, програму страхування за класом 18, перелік ризиків, страхові суми тощо), інші умови визначені в ст. 89 Закону України «Про страхування». Страховик, в тому числі, в особі страхового посередника, на підставі отриманої заяви потенційного Страхувальника про намір укласти договір страхування, формує для перегляду проект індивідуальної частини електронного договору комплексного страхування осіб, які здійснюють подорож територією України, (далі-індивідуальна частина договору страхування). В індивідуальній частині договору міститься посилання на Оферту, частиною якої є ці загальні умови страхового продукту . Страхувальник, у разі відсутності заперечень до проекту індивідуальної частини договору страхування, підписує його шляхом самостійного введення або через страхового посередника електронного підпису одноразовим ідентифікатором в ІТС Страховика або його страхового посередника, який в свою чергу направляється Страховиком та\або страховим посередником на електронну пошту або мобільний телефон Страхувальника. У відповідності до статей 207, 633, 634, 641, 642, 981 Цивільного Кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію» безумовним прийняттям (акцептом) умов Оферти Страхувальником (потенційним Страхувальником) та умов страхового продукту вважається: - підписання індивідуальної частини договору страхування шляхом введення Страхувальником самостійно або через страхового посередника в ІТС Страховика або його страхового посередника електронного підпису одноразовим ідентифікатором; - сплата страхового платежу в передбачені договором строки і розміри на поточний рахунок Страховика або його страхового посередника. Датою оплати страхового платежу вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика або його страхового посередника; Після підписання Страхувальником індивідуальної частини договору страхування одноразовим ідентифікатором та оплати страхової премії, індивідуальна частина договору страхування підписується кваліфікованим електронним підписом уповноваженої особи Страховика або його страхового посередника, після чого підписана сторонами індивідуальна частина договору страхування надсилаються Страхувальнику на

		його електронну адресу по електронній пошті. В разі укладання договору страхування з використанням власної ІТС Страховика (в тому числі на сайті Страховика) дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення індивідуальної частини договору страхування, а також повідомлення по електронній пошті, фіксується та зберігається Страховиком у власній електронній базі. В разі залучення до укладання договору страхування страхового посередника з використанням його власного ІТС, дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення індивідуальної частини договору страхування, а також повідомлення по електронній пошті, фіксується страховим посередником в електронній базі страхового посередника, інформація про які передаються Страховику та зберігаються у нього. 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 страховим посередником одноразового ідентифікатора на електронну пошту або мобільний телефон Страхувальника та/або не направлення договору страхування згідно умов Оферти. Страховик приймає на себе зобов'язання за необхідності відтворити договір страхування на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони договір виготовляється у паперовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною зі Сторін.
8.	Умови страхового покриття:	*Страховий продукт надається з наступними умовами покриття:*
8.1.	Об'єкт страхування	Об'єктом страхування можуть бути: 1. життя, здоров'я, працездатність; 2. майно на праві володіння, користування і розпорядження майном та/або можливі збитки чи витрати; 3. відповідальність за заподіяну шкоду особі або її майну
8.2.	Предмет страхування	Предметом договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.
8.3.	Строк страхування (строк страхового покриття):	Строк дії договору страхування (страхового покриття) визначається в індивідуальній частині договору в межах кількості застрахованих днів у визначений в договорі строк (або період) страхування
8.3.1.	*Обчислення строку*	Початок та закінчення строку дії договору (страхового покриття):

	страхового покриття за ризиками класу 18 (медичні витрати та Асистансу) відбувається в залежності від місця перебування Страхувальника (Застрахованої особи):	1. договір страхування повинен укладатися до початку подорожі, тобто до початку виїзду з постійного або переважного місця проживання (місця реєстрації); 2. строк (або період) страхування та кількість застрахованих днів обираються Страхувальником самостійно; 3. **в разі укладання договору страхування до початку подорожі Страхувальника (Застрахованої особи)** найближчою датою початку строку (періоду) страхування може бути 00 годин 00 хвилин наступного дня за датою укладання договору страхування або бути пізнішою датою. В такому разі страховий захист (страхове покриття) та відлік кількості застрахованих днів почнеться з дня, вказаного як початок строку (періоду) страхування (за датою, що настала пізніше), але не раніше моменту сплати страхового платежу. 4. **в разі укладання договору страхування під час перебування Страхувальника (Застрахованої особи) у подорожі, Страхувальник обов'язково повинен враховувати, що договір страхування має бути укладений за два дні до бажаної дати початку строку (періоду) страхування** Якщо обраний Страхувальником початок строку страхування буде раніше, ніж, визначений у першій частині цього пункту, з метою уникнення шахрайських дій, страховий захист набуватиме чинності через 48 годин після дати, вказаної як початок строку (періоду) страхування, **відлік якої розпочинається з наступного дня вказаного як початок строку страхування. При цьому, покриття витрат за надані медичні послуг в зв'язку з настанням нещасного випадку, буде здійснюватися з врахуванням наступного:** **- медичні послуги надані починаючи з наступного дня дати, вказаної як початок строку страхування;** **- нещасний випадок мав місце не раніше дати та часу укладання договору страхування та дня вказаного як початок строку страхування;** **- страхова премія сплачена у повному обсязі.** **Період часової франшизи зараховується у загальний строк дії договору. Усі випадки та послуги, що відбулися або надані під час дії часової франшизи, крім надання описаних в цьому пункті послуг в зв'язку з настанням нещасного випадку, не вважаються страховими та не підлягатимуть покриттю;** В разі дотримання вимог до укладання договору та визначення початку строку (періоду) страхування викладених в частині першій цього пункту, страхове покриття та відлік кількості застрахованих дій розпочнеться з дати вказаної як початок строку (періоду) страхування 5. Страховий захист закінчується в момент повернення Страхувальника (Застрахованої особи) до постійного (переважного) місця проживання (місця реєстрації) або о 24 годині за Київським часом дня, вказаного як закінчення строку (періоду) страхування з обов'язковим врахуванням часової франшизи та кількості застрахованих днів (за датою, що настала раніше).
8.3.2.	*Обчислення строку*	Дія договору починається із моменту посадки Страхувальника (Застрахованої особи) у транспортний засіб у

	страхового покриття за ризиками класу 1 (нещасний випадок):	пункті початку подорожі в Україні, в т.ч. вказаному у договорі на туристичне обслуговування, квитку, але не раніше дати зазначеної в договорі як початок строку страхування, і закінчується у кінцевому пункті подорожі/ місці, зазначеному у договорі на туристичне обслуговування або квитку, при виході із транспортного засобу в населеному пункті місця постійного (переважного) проживання (місця реєстрації) в Україні
8.3.3.	*Обчислення строку страхового покриття за ризиками класу 7: (багаж):*	Дія договору починається від моменту передачі багажу під відповідальність перевізника, але не раніше дати вказаної в індивідуальній частині договору страхування як початок строку (періоду) страхування та сплати страхового платежу. Дія договору закінчується в момент отримання багажу від перевізника, але не пізніше закінчення строку страхування визначеного в індивідуальній частині договору страхування з обов'язковим врахуванням кількості застрахованих днів або 30 дня від дати вказаної в індивідуальній частині договору страхування як початок строку (періоду) страхування (за датою, що настала раніше)
8.4.	Територія дії страхового покриття	Територія дії страхового покриття зазначається в індивідуальній частині договору страхування як географічна зона Україна. При цьому, договір страхування укладений на цих умовах не діє на: - тимчасово окупованих територіях України; - територіях України, де ведуться активні бойові дії; - місцевості, де офіційно оголошено надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха, якщо інше не визначене в умовах страхування; - населений пункт, де постійно або переважно проживає Страхувальник (Застрахована особа), а також населений пункт де зареєстрований Страхувальник (Застрахована особа).
8.5.	Страхова сума	Розмір страхової суми визначається в індивідуальній частині договору страхування. При страхуванні декількох осіб страхова сума за класами 18, 1, 7 є страховою сумою окремо для кожної зі Застрахованих осіб. При настанні страхових випадків, страхова сума щоразу зменшується на розмір страхових виплат, сплачених Страховиком. У разі, якщо виплачена чи заявлена до виплати грошова сума досягає рівня страхової суми, зазначеної в індивідуальній частині договору страхування - договір страхування припиняє свою дію повністю або за окремим класом страхування.
8.6.	Страховий тариф	Страховий тариф розраховується шляхом відношення страхової премії до страхової суми. Розмір страхового тарифу може зазначатися в індивідуальній частині договору страхування.
8.7.	Страхова премія, порядок та строки її сплати	Розмір страхової премії встановлюється в залежності від розміру страхової суми, обраних класів страхування, строку страхування, кількості застрахованих днів та інших умов договору.

		Розмір страхової премії вказується в індивідуальні частині договору страхування Страхові премії вносяться Страхувальником одноразовим платежем за весь строк страхування під час укладання договору страхування. Без сплати страхового платежу договір страхування не набуває чинності взагалі. У разі несплати страхової премії до зазначеної у договорі дати початку строку страхування договір страхування може набути чинності з дати наступної за днем сплати страхової премії. При цьому період, за який не була сплачена страхова премія, зараховується в загальний строк дії договору. Усі випадки, що відбулися до сплати страхової премії, не вважаються страховими та не підлягають покриттю (відшкодуванню).
8.8.	Франшиза	*Безумовна франшиза:* Розмір безумовної франшиза визначається в індивідуальній частині договору страхування за тим чи іншим класом страхування та/або окремими страховими ризиками в межах того чи іншого класу страхування. *Часова франшиза:* У разі укладання договору страхування під час перебування у подорожі менше, ніж за два дні до початку строку (періоду) страхування – за класом 18 діятиме часова франшиза строком 48 годин, відлік якої розпочинається з наступного дня вказаного як початок строку (періоду) страхування. При цьому, покриття витрат за надані медичні послуг в зв'язку з настанням нещасного випадку, буде здійснюватися з врахуванням наступного: - медичні послуги надані починаючи з наступного дня дати, вказаної як початок строку страхування; - нещасний випадок мав місце не раніше дати та часу укладання договору страхування та дня вказаного як початок строку страхування; - страхова премія сплачена у повному обсязі. Період часової франшизи зараховується у загальний строк дії договору. Усі випадки та послуги, що відбулися або надані під час дії часової франшизи, крім надання описаних в цьому пункті послуг в зв'язку з настанням нещасного випадку, не вважаються страховими та не підлягатимуть покриттю
8.9.	Частка витрат страховика, пов'язана з виконанням та укладанням договору	до 40% від страхової премії
8.10.	Страхові ризики та ліміти відповідальності за страховим продуктом:	Страховими ризиками визнаються події, що сталися із Страхувальником (Застрахованою особою) в період (з врахуванням часової франшизи) і на території чинності договору страхування, при настанні яких Страхувальник (Застрахована особа) поніс або може понести витрати при наданні йому невідкладної

<table>
<tr><td></td><td></td><td colspan="4">кваліфікованої медичної або іншої необхідної допомоги, а саме:
1. у зв’язку із захворюванням такої особи, розладом її здоров’я внаслідок нещасного випадку або іншою подією, на випадок виникнення якої проводиться страхування, а саме: отримання невідкладної медичної допомоги, невідкладних медичних послуг, уключаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому договором страхування;
2. звернення спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи), у разі її смерті внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку під час дії договору страхування, у зв’язку із необхідністю покриття витрат, пов’язаних із репатріацією Страхувальника (Застрахованої особи);
<u>а також:</u>
3. тимчасова втрата Страхувальником (Застрахованою особою) або стійка втрата Страхувальником (Застрахованою особою) загальної працездатності (встановлення первинної інвалідності I, II або III групи) внаслідок нещасного випадку або смерть страхувальника (застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку.
4. втрата та пошкодженням багажу

Ліміти відповідальності за тим чи іншим страховим ризиком в межах класу страхування визначається в індивідуальній частині договору страхування та в цих умовах.</td></tr>
<tr><td></td><td rowspan="3">8.10.1. Перелік страхових випадків (ризиків) та ліміти страхування за класом 18 в розрізі програм страхування (медичні витрати та Асистанс)</td><td rowspan="2">Перелік страхових випадків (ризиків) по страхування витрат пов’язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі за кордон України</td><td colspan="3">Програми страхування</td></tr>
<tr><td>Програма страхування А</td><td>Програма страхування В</td><td>Програма страхування С</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ліміти відповідальності у % від страхової суми або фіксована сума у валюті страхової суми</td></tr>
<tr><td></td><td>1. оплата (компенсація) швидкої (невідкладної) допомоги на місці виклику, проведення</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr>
</table>

		первинних діагностичних заходів, надання медичної допомоги з використанням медикаментів у необхідному для стану Страхувальника (Застрахованої особи) обсязі.			
		2. оплата (компенсація) вартості послуг з медичного обслуговування та лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах; обстеження в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу; консультації лікарів.	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує 5000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування[1] Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та\або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 5000 гривень.	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує 5000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування[1]. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та\або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 5000 гривень.	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує 5000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування[1]. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та\або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 5000 гривень.
		3. оплата вартості послуг пов’язаних із стаціонарним	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує

		лікуванням, тобто: консультації лікарів, діагностика, лікування, невідкладне оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі. Страховик сплачує вартість лікування за кордоном у межах своєї відповідальності (страхової суми), встановленої цими умовами страхування, лише до того часу, коли стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи), за рішенням лікаря, дозволить евакуювати її до постійного або переважного (місця реєстрації) місця проживання.	5000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування[1]. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та\або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 5000 гривень.	5000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування[1]. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та\або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 5000 гривень.	5000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування[1]. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та\або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 5000 гривень.
		4. оплата (компенсація) вартості медикаментів,	100%	100%	100%

		призначених лікарем для невідкладного лікування згідно виписаного рецепту, або компенсація витрат у разі самостійного придбання в аптеці призначених лікарем медикаментів згідно виписаного рецепту.			
		5. оплата (компенсація) вартості невідкладної стоматологічної допомоги, а саме: стоматологічний огляд; рентгенівське дослідження; видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, які всі разом або окремо обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку, крім лікування карієсу.	1%	1%	1%
		6. оплата (компенсація) вартості послуг з	100%	100%	100%

		транспортування наземним транспортом Страхувальника (Застрахованої особи) до лікувального закладу, якщо стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) не дозволяє пересуватися самостійно, зокрема, але не виключно при травмах, високій температурі.			
		7. оплата (компенсація) витрат на продовження лікування Страхувальника (Застрахованої особи) у стаціонарі строком до 15 діб після закінчення строку дії договору страхування, якщо це необхідно за медичними показаннями. При цьому витрати на медичну евакуацію не покриваються.	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує 5000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування[1]. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та\або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 5000 гривень.	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує 5000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування[1]. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та\або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 5000 гривень.	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує 5000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування[1]. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та\або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 5000 гривень.

		8. організація (в разі можливості) та оплата (компенсація) вартості комплексу послуг, пов'язаних із транспортуванням та медичним супроводом Страхувальника (Застрахованої особи), що знаходиться на стаціонарному лікуванні, до лікувального закладу, найближчого до місця постійного або переважного проживання або місця реєстрації за умови наявності медичних показань про необхідність подальшого стаціонарного лікування. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування та реабілітацію Страхувальника (Застрахованої особи) після її повернення в місця постійного або переважного проживання або місця реєстрації. Якщо лікар, уповноважений	100% Медична евакуація Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням[1] із Асистуючою компанією та\або Страховиком незалежно від суми таких витрат. Якщо узгодження витрат не було Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.	100% Медична евакуація Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням[1] із Асистуючою компанією та\або Страховиком незалежно від суми таких витрат. Якщо узгодження витрат не було Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.	100% Медична евакуація Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням[1] із Асистуючою компанією та\або Страховиком незалежно від суми таких витрат. Якщо узгодження витрат не було Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.

		Страховиком, вважає, що евакуація Страхувальника (Застрахованої особи) можлива, а Страхувальник (Застрахована особа) відмовляється від неї, Страховик негайно припиняє оплату вартості послуг з лікування Страхувальника (Застрахованої особи).			
		9. організація (за можливості) та оплата вартості комплексу послуг з транспортування тіла (репатріація) Страхувальника (Застрахованої особи) до місця її попереднього постійного або переважного проживання в Україні або місця реєстрації в Україні, за виключенням транспортування урни з прахом померлого Страхувальника (Застрахованої особи) після кремації. Якщо	100% Репатріація тіла Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням[1] із Страховиком незалежно від суми таких витрат. Якщо узгодження витрат не було Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування	100% Репатріація тіла Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням[1] із Страховиком незалежно від суми таких витрат. Якщо узгодження витрат не було Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування	100% Репатріація тіла Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням[1] із Страховиком незалежно від суми таких витрат. Якщо узгодження витрат не було Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування

		місцеві правила вимагатимуть щоб тіло перевозилося у труні, Страховик організовує та сплачує придбання такої труни. Необхідною умовою для організації репатріації є надання родичами померлого Страхувальника (Застрахованої особи) письмової заяви-підтвердження про готовність забрати тіло.			
		10. оплата (компенсація) вартості послуг з поховання тіла Страхувальника (Застрахованої особи) за місцем смерті.	10% Поховання тіла Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням із Страховиком незалежно від суми таких витрат[1]. Якщо узгодження витрат не було Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування	10% Поховання тіла Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням із Страховиком незалежно від суми таких витрат[1]. Якщо узгодження витрат не було Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування	10% Поховання тіла Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням із Страховиком незалежно від суми таких витрат[1]. Якщо узгодження витрат не було Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування
		11. компенсація вартості послуг телефонного	До 100 гривень	До 100 гривень	До 100 гривень

		зв'язку Страхувальника (Застрахованої особи) або особи, що представляє його (її) інтереси, із Страховиком з приводу повідомлення про страховий випадок.			
		12. оплата (компенсація) вартості медичної допомоги при сонячних опіках, алергічних дерматитах будь-якого походження;	не покривається програмою	10%	не покривається програмою
		13. оплата (компенсація) вартості невідкладної медичної допомоги при загостреннях хронічних хвороб;	не покривається програмою	20% При цьому, якщо вартість лікування перевищує 5000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування[1]. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та\або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 5000	не покривається програмою

				гривень.	
		14. оплата (компенсація) вартості невідкладної гінекологічної допомоги при вагітності, що не перевищує 31 тиждень.;	не покривається програмою	20%	не покривається програмою
		15. оплата (компенсація) вартості медичних витрат при передчасних пологах. Випадок буде визнаватися страховим лише за умови, якщо передчасні пологи почалися при терміні вагітності не більше 31-го тижня. При цьому Страховик оплачує (компенсує) необхідні медичні витрати по амбулаторній та/або стаціонарній допомозі, а також медико-транспортні витрати по транспортуванню Страхувальника (Застрахованої особи) до медичного закладу у межах ліміту відповідальності;	не покривається програмою	20%	не покривається програмою
		16. оплата (компенсація) вартості медичної	не покривається програмою	20%	не покривається програмою

		допомоги новонародженому при передчасних пологах, якщо вони почалися при терміні вагітності не більше 31 тижня. При цьому Страховик оплачує (компенсує) необхідні медичні витрати по амбулаторній та/або стаціонарній допомозі, а також медико-транспортні витрати у межах ліміту відповідальності;			
		17. оплата (компенсація) вартості медичної допомоги при захворюваннях або травмах, отриманих внаслідок або в стані алкогольного сп'яніння (крім посмертної репатріації). При цьому Страховик відшкодовує медичні втрати за надання невідкладної медичної допомоги, необхідної для запобігання безпосередньої загрози	не покривається програмою	10% Із суми страхового відшкодування утримується безумовна франшиза у сумі 500 гривень по кожному окремому випадку	не покривається програмою

		життю чи здоров'ю, або витрати, пов'язані із купіруванням гострого болю.			
		18. оплата (компенсація) вартості невідкладної медичної допомоги, наданої при травмах або захворюваннях отриманих внаслідок терористичних актів, воєнних дій та/або стихійних лих, включно із посмертною репатріацією.	не покривається програмою	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує 5000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування[1]. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та\або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 5000 гривень. Медична евакуація та посмертна репатріація потребують письмового погодження незалежно від суми витрат. Якщо узгодження витрат га медичну евакуацію або посмертну репатріацію не було	не покривається програмою

				Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування	
		19. компенсація витрат на оплату призначених лікарем засобів фіксації при травмах. До засобів фіксації в межах цього пункту відносяться виключно милиці, ортези, бандажі і тутори;	не покривається програмою	10%	не покривається програмою
		20. компенсація вартості транспортування Страхувальника (Застрахованої особи) одразу після закінчення стаціонарного лікування, економічним класом до місця постійного або переважного проживання або місця реєстрації в Україні після закінчення строку дії договору страхування, якщо Страхувальник пропустив свій рейс в зв'язку зі стаціонарним лікуванням. При цьому медична евакуація не покривається.	не покривається програмою	10%	не покривається програмою

		21. компенсація витрат на проживання в готелі одного супутника Страхувальника (Застрахованої особи) в місці подорожі строком не більше 5 діб, якщо Страхувальник (Застрахована особа) перебуває на стаціонарному лікуванні понад 5 діб після закінчення строку дії договору страхування	не покривається програмою	До 1000 гривень за добу, але не більше п’яти діб	не покривається програмою
		22. компенсація витрат на дострокове повернення економічним класом до місця постійного або переважного проживання або місця реєстрації, при необхідності, супровід дітей Страхувальника (Застрахованої особи) віком до 16 років у разі госпіталізації або смерті Страхувальника (Застрахованої особи) за місцем подорожі.	не покривається програмою	До 1000 гривень	не покривається програмою
		23. оплата витрат на пошук та рятування	не покривається програмою	20% Пошук та рятування	не покривається програмою

		Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку в горах, на морі, в лісі або інших віддалених місцевостях включно із витратами на транспортування, в т.ч. гелікоптером (за можливості та доступності), з місця пригоди до лікувального закладу, за умови, що до таких місць допускаються цивільні служби та організації,		потребують письмового погодження[1] незалежно від суми витрат. Якщо узгодження витрат не було, Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування	
		24. компенсація витрат на перевезення легкового автомобіля Страхувальника (Застрахованої особи) на якому здійснювалася подорож та який став непридатним для подальшої експлуатації внаслідок раптової технічної поломки або дорожньо-транспортної пригоди (ДТП), до найближчої станції технічного	не покривається програмою	не покривається програмою	до 10 000 гривень по договору в цілому

		обслуговування (СТО). Умови страхування за цим пунктом діють лише по відношенню до Страхувальників (Застрахованих осіб), які подорожують власним технічно справним легковим автомобілем, строк експлуатації якого не більше 5-ти років (визначається від дати випуску).			
		25. компенсація вартості проїзду водія та пасажирів, які є Страхувальником та\або Застрахованими особами на умовах договору страхування, укладеного за цими умовами до місця постійного або переважного проживання або місця реєстрації (за виключенням окупованих територій та територій де ведуться бойові дії), якщо легковий автомобіль, на якому вони подорожують, викрадено,	не покривається програмою	не покривається програмою	до 10 000 гривень по договору в цілому

		або пошкоджено внаслідок ДТП і подальша експлуатація його неможлива. Відшкодовується вартість проїзду економічним класом регулярним громадським транспортом, крім повітряного та таксі. Умови страхування за цим пунктом діють лише по відношенню до Страхувальників (Застрахованих осіб), які подорожують власним технічно справним легковим автомобілем, строк експлуатації якого не більше 5-ти років (визначається від дати випуску);			
		26. компенсація витрат на усунення раптової технічної поломки чи пошкодження внаслідок ДТП легкового автомобіля Страхувальника (Застрахованої особи) на якому здійснювалася	не покривається програмою	не покривається програмою	до 10 000 гривень по договору в цілому

		подорож, або вартості тимчасового зберігання на стоянці, що охороняється, якщо його відремонтувати неможливо. Умови страхування за цим пунктом діють лише по відношенню до Страхувальників (Застрахованих осіб), які подорожують власним технічно справним легковим автомобілем, строк експлуатації якого не більше 5-ти років (визначається від дати випуску).			
		27. компенсація витрат на залучення адвоката для захисту прав Страхувальника (Застрахованої особи) під час адміністративних чи судових процесів по захисту прав Страхувальника (Застрахованої особи) після ДТП яка сталася за його (її) участю.	Не покривається програмою	не покривається програмою	10% Із суми страхового відшкодування вираховується безумовна франшиза у розмірі 10% від суми збитку який підлягає відшкодуванню відповідно до умов страхування.
		[1]***Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання Асистуючій компанії та/або***			

		Страховику повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії та/або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом.
	8.10.2. Перелік страхових випадків (ризиків) та ліміти страхування за класом 1 (нещасний випадок)	Страхування від нещасного випадку під час здійснення подорожі за кордон України включає: 1. тимчасову втрату Страхувальником (Застрахованою особою) загальної працездатності, не менше ніж на 5 днів, внаслідок нещасного випадку. 2. стійку втрату Страхувальником (Застрахованою особою) загальної працездатності (встановлення первинної інвалідності I, II або III групи) внаслідок нещасного випадку *або* 3. смерть Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку. Ліміти відповідальності за ризиками: • тимчасової втрати Страхувальником (Застрахованою особою) загальної працездатності - становить не більше 30% від страхової суми визначеної в індивідуальній частині договору страхування за цим класом страхування; • стійкої втрати працездатності, а саме встановлення інвалідності внаслідок нещасного випадку: III група – становить 60% від страхової суми визначеної в індивідуальній частині договору страхування за цим класом страхування; II група – становить 75% від страхової суми визначеної в індивідуальній частині договору страхування за цим класом страхування; I група – становить 100% від страхової суми визначеної в індивідуальній частині договору страхування за цим класом страхування. 1. смерть – становить 100 % від страхової суми визначеної в індивідуальній частині договору страхування за цим класом страхування
	8.10.3. Перелік страхових випадків (ризиків) та ліміти страхування за класом 7 (багаж)	Страхування багажу включає факт понесення Страхувальником (Застрахованою особою) збитків викликаних пошкодженням, знищенням або втратою багажу. Ліміти відповідальності за ризиками класу 7 становить 100% від страхової суми визначеної в індивідуальній частині договору страхування за цим класом страхування
9.	Права сторін:	Сторони мають права, які визначені в цих умовах та чинному законодавстві України
	9.1. Права Страховика:	Страховик має право:

		1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником для укладення договору та яка надана в разі настання випадку, що має ознаки страхового; 2. подавати запити до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку; 3. у випадку порушення Страхувальником (Застрахованою особою) умов договору страхування вимагати дострокового припинення його дії; 1. у порядку, передбаченому чинним законодавством, визнавати договір страхування недійсним; 2. у разі необхідності призначати медичну комісію з метою обстеження Страхувальника (Застрахованої особи), а також іншу експертизу стосовно події, яка має ознаки страхового випадку; 3. здійснювати фіксацію технічними засобами телефонних переговорів стосовно страхових випадків; 4. у випадках передбачених умовами страхування у разі організації дострокового повернення Страхувальника (Застрахованої особи) в Україну, використати його невикористаний квиток на зворотний шлях; в разі порушення Страхувальником строку укладання договору та визначення початку строку (періоду) страхування, вимоги до яких викладені в цих умовах, а саме в разі укладання договору під час перебування Страхувальника (Застрахованої особи) за кордоном - застосовувати часову франшизу. В такому разі страховий захист набуватиме чинності через 48 годин після дати, вказаної як початок строку (періоду) страхування, відлік якої розпочинається з наступного дня вказаного як початок строку страхування. При цьому, покриття витрат за надані медичні послуг в зв'язку з настанням нещасного випадку, буде здійснюватися з врахуванням наступного: - медичні послуги надані починаючи з наступного дня дати, вказаної як початок строку страхування; - нещасний випадок мав місце не раніше дати та часу укладання договору страхування та дня вказаного як початок строку страхування; - страхова премія сплачена у повному обсязі. Період часової франшизи зараховується у загальний строк дії договору. Усі випадки та послуги, що відбулися або надані під час дії часової франшизи, крім надання описаних в цьому пункті послуг в зв'язку з настанням нещасного випадку, не вважаються страховими та не підлягатимуть покриттю; 5. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених цими умовами та чинним законодавством України; 6. не відшкодовувати будь-які непрямі збитки Страхувальника (Застрахованої особи), а також моральну

		шкоду, яка завдана подією, яка має ознаки страхової; 7. відмовити в укладанні договору страхування без пояснення причини такої відмови; 8. інші права передбачені чинним законодавством
	9.2. Права Страхувальника (Застрахованої особи):	Страхувальник (Застрахована особа) має право: 1. на своєчасне отримання необхідної, повної, доступної та достовірної інформації про страхову послугу та про Страховика у визначеному законодавством обсязі, достатньої для прийняття свідомого рішення про отримання такої послуги або про відмову від її отримання; 2. на належну якість отримуваної страхової послуги; 3. на конфіденційність отримання страхової послуги та інформації про надання страхової послуги, крім випадків, встановлених законом; 4. на захист інформації, яка відноситься до таємниці страхування, крім випадків, встановлених законом; 5. у разі настання страхового випадку – на отримання страхової виплати в розмірі та порядку, встановленому цими умовами; 6. на захист своїх прав, у тому числі шляхом відшкодування шкоди, завданої внаслідок порушення його прав та законних інтересів (в тому числі порушення таємниці страхування), досудового вирішення спорів щодо надання страхових послуг, звернення до суду та інших уповноважених органів. **При цьому, за несвоєчасне здійснення страхової виплати, Страховик сплачує Страхувальнику (Застрахованій особі) пеню у розмірі 0,05% від суми страхової виплати, яка нараховується за кожен день прострочення, але не більше 10% від суми страхової виплати**; 7. на прийняття добровільного рішення про отримання страхової послуги або про відмову від отримання такої послуги перед її отриманням; 8. на звернення до Страховика за вказівками щодо порядку отримання необхідної допомоги; 9. у випадку порушення Страховиком умов договору страхування – на дострокове припинення дії такого договору; 10. інші права передбачені чинним законодавством.
10.	Обов’язки сторін	Сторони мають обов’язки, які визначені в цих умовах та чинному законодавстві України
	10.1. Обов’язки Страховика:	Страховик зобов’язаний: 1. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений цими умовами строк; 2. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування»; не використовувати на свою користь та на користь третіх осіб інформації, що становлять таємницю страхування;

		3. ознайомити Страхувальника із загальними умовами страхового продукту, які є публічною частиною договору страхування; 4. повернути страхову премію Страхувальнику у випадках, передбаченими цими умовами та законодавством України; 11. відшкодувати шкоду, завданої внаслідок порушення прав та законних інтересів Страхувальника (Застрахованої особи) пов'язаних з розкриттям таємниці страхування, крім випадків, встановлених законом; 5. **за несвоєчасне здійснення страхової виплати сплатити Страхувальнику (Застрахованій особі) пеню у розмірі 0,05% від суми страхової виплати, яка нараховується за кожен день прострочення, але не більше 10% від суми страхової виплати** 6. виконувати інші обов'язки передбачені чинним законодавством та цими умовами
	10.2. Обов'язки Страхувальника (Застрахованих осіб):	Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний: 1. ознайомитися до початку подорожі із загальними умовами страхового продукту, які є публічною частиною договору страхування, та індивідуальною частиною договору страхування, в тому числі, але не виключно, з порядком дій при настанні страхового випадку; умовами здійснення страхових виплат; переліком документів, необхідних для отримання страхового відшкодування тощо; 2. **у разі укладання Страхувальником договору страхування у відношенні третьої особи (Застрахованої особи) - повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку особу про укладений на її користь договір страхування**; 3. при укладанні договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати про будь-яку зміну страхового ризику; 4. **при укладання договору страхування під час перебування Страхувальника (Застрахованої особи) у подорожі, при обранні початку строку страхування враховувати, що договір страхування має бути укладений за два дні до бажаної дати початку строку (періоду) страхування. В разі порушення цього строку підлягатиме застосуванню часова франшиза у відповідності до умов цього страхового продукту;** 5. надати Страховику інформацію про місце знаходження Страхувальника або Застрахованої особи на дату укладання договору страхування; 6. при настанні події, яка має ознаки страхової - повідомити Страховика у строки, визначені цими умовами; 7. виконувати вказівки Страховика, чи Асистуючої компанії, щодо порядку отримання медичних чи інших

		послуг; 8. письмово узгодити зі Страховиком (Асистуючою компанією) витрати за класом 18 у випадках, викладених в цих умовах; 9. вживати всіх можливих заходів щодо запобігання страхових випадків та зменшення витрат внаслідок страхової події; 10. вживати всіх можливих заходів у сприянні Страховику з'ясування причин настання, випадку, що має ознаки страхового та його наслідків; 11. подати до Страховика заяву на отримання страхової виплати за формою встановленою Страховиком, а також підтверджуючі факт настання події, яка може бути визнана страховим випадком, документи, передбачені цими умовами та вимогою Страховика; 12. надати Страховику за додатковим його запитом всі необхідні документи щодо страхового випадку для прийняття рішення про здійснення страхової виплати; 13. враховуючи норми ст.103 Закону України «Про страхування», уповноважити та доручити всім, хто займається страховим випадком - установам, лікарням, лікарям та іншим – надавати відомості, які вимагатиме Страховик, у тому числі й такі відомості, які складають лікарську таємницю; 14. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені договором страхування; 15. доводити факт настання страхового випадку та обґрунтовувати розмір своїх витрат або, якщо необхідно, неможливість встановлення зв'язку зі Страховиком або асистуючою компанією Страховика. При цьому, якщо Страхувальник (Застрахована особа) не має фізичної змоги повідомити Страховика або асистуючу компанію Страховика про страховий випадок або про здійснення самостійних витрат або про прийняте рішення щодо продовження лікування або про відмову від евакуації, і таке повідомлення здійснюють члени сім'ї Страхувальника (Застрахованої особи) або особа, яка з ним подорожує, то такі дії Страховик вважає узгодженими зі Страхувальником (Застрахованою особою) і здійсненими від його імені; 16. виконувати інші обов'язки передбачені чинним законодавством та цими умовами.
11.	Порядок внесення змін у договір страхування.	Оскільки договір страхування укладається відповідно до відкритої пропозиції в електронній формі, які підписуються кваліфікованим електронним підписом уповноваженої особи Страховика, внесення змін (коригувань) ні в публічну частину договору, ні в індивідуальну частину договору страхування не можливе. Зміни в індивідуальну частину договору страхування (наприклад: зміна строку страхування, коригування, виправлення даних Страхувальника (Застрахованої)) відбуваються шляхом розірвання (дострокового припинення) договору та укладання нового договору страхування. В разі розірвання договору в зв'язку з його коригуванням страхова премія повертається Страхувальнику з врахуванням наступного:

		- якщо договір страхування розривається до початку дії страхового покриття – страхова премія повертається в повному обсязі; - якщо договір страхування розривається після початку дії страхового покриття – Страхувальнику повертається страхова премія за період, що залишився до закінчення дії договору БЕЗ вирахування витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування, якщо випадків, які мають ознаки страхових не було, і З вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування, якщо такі випадки були. Для розірвання договору в зв'язку з коригуваннями, Страхувальник подає до Страховика письмову заяву в довільній паперовій або електронній формі, при цьому паперова підписується власноручним підписом Страхувальника, електронна - з накладенням кваліфікованого електронного підпису Страхувальника. Повернення коштів здійснюється в тій формі, в якій вони були сплачені Страхувальником (. Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше, ніж 10 (десятого) робочого дня від дати розірвання договору страхування в зв'язку з коригуваннями.
12.	Продовження дії договору	Продовження дії договору не допускається. Якщо Страхувальник має намір продовжити страхове покриття – необхідно укласти новий договір страхування.
13.	Підстави та порядок припинення дії (розірвання) договору страхування	Дія договору страхування, укладеного на умовах цього продукту, припиняється та договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі: - закінчення строку дії договору страхування (з врахуванням періоду страхування, кількості застрахованих днів та часової франшизи); - виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) в повному обсязі; - несплати страхової премії; - ліквідації Страхувальника або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону «Про страхування»); - ліквідація Страховика у порядку, в встановленому законодавством України; - у інших випадках, передбачених чинним законодавством України. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю. У разі передачі страхового портфеля Страховику-правонаступнику та припинення договору страхування відповідно до частини третьої статті 56 Закону «Про страхування» за ініціативою Страхувальника після такої передачі Страховик-правонаступник повертає

		Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 1 добу до дати припинення дії договору страхування. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування та фактичних страхових виплати, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю. У разі дострокового припинення договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення дії договору з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування та фактичних страхових виплати, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо Страхувальник прийняв рішення припинити (розірвати) договір страхування він направляє Страховику письмову заяву у паперовій формі за власноручним підписом або в електронній формі з накладенням свого кваліфікованого електронного підпису. У разі дострокового припинення дії договору страхування повернення коштів здійснюється в тій формі, в якій вони були сплачені Страхувальником. Сплачена страхова премія не повертається у разі дострокового припинення дії договору страхування у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі. Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше 10 (десятого) робочого дня від дати дострокового припинення дії договору страхування. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, 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 в здійсненні страхової виплати.

14.	Недійсність договору страхування	Договір страхування, укладений на цього продукту, вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України, а також у разі, якщо: - його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку; - відсутній об'єкт страхування; - Страховиком доведено, що договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій; - у Страхувальника (Застрахованої особи) відсутній страховий інтерес. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку. Повернення коштів здійснюється в тій формі, в якій вони були сплачені Страхувальником.
15.	Відмова від договору	Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім: 1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів; 2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування; Якщо Страхувальник прийняв рішення відмовитися від договору страхування він направляє Страховику письмову заяву у паперовій формі за власноручним підписом або в електронній формі з накладенням свого кваліфікованого електронного підпису. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. Страхова премія повертається протягом 10 (десяти) робочих днів від дати відмови від договору страхування, при цьому повернення коштів здійснюється в тій формі, в якій вони були сплачені Страхувальником.
16.	Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору:	За невиконання або неналежне виконання умов договору страхування сторони несуть відповідальність відповідно до договору страхування або чинного законодавства. **Страховик за несвоєчасне здійснення страхової виплати сплачує Страхувальнику (Застрахованій особі) неустойку у розмірі 0,05% від суми страхової виплати, яка нараховується за кожен день прострочення, але не більше 10% від суми страхової виплати.** **Страховик, його працівники та страхові посередники несуть відповідальність за розголошення таємниці страхування без дозволу Страхувальника (Застрахованої особи), крім випадків, які**

		передбачені чинним законодавством. Страховик має право відмовити Страхувальнику (Застрахованій особі) у виплаті страхового відшкодування за невиконання або неналежне виконання умов договору. Якщо під час врегулювання події, яка має ознаки страхової, Страховиком буде виявлено ознаки шахрайства зі сторони Страхувальника (Застрахованої особи) і якщо такі дії будуть класифіковані компетентними органами як шахрайство, Страхувальник (Застрахована особа) додатково буде нести відповідальність згідно чинного законодавства.
17.	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	В залежності від ризиків в межах класів страхування передбачені наступний порядок дій:
17.1.	*Дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні події, що має ознаки страхової за ризиками класу 18 (медичні витрати та Асистанс) та класу 1 (нещасний випадок):*	*Дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні події, що має ознаки страхової за ризиками класу 18 та класу 1:* Дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні страхової події, що потребує медичної та іншої допомоги При настанні страхової події, що потребує медичної та іншої допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно **зв'язатися з Асистуючою компанією Ensuria за номером телефону: +38 044 590 30 32 (багатоканальна лінія 24/7) або по e-mail:** care@ensuria.com та повідомити - Прізвище та ім'я Страхувальника (Застрахованої особи); - Номер контактного телефону; - Місце знаходження (місто, готель і т.п.); - Номер договору страхування; - Повідомити що відбулося і яка потрібна допомога. При цьому вартість наданої допомоги буде сплачена Страховиком, у відповідності до цих умов страхування Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не має можливості зв'язатися з Асистуючою компанією або у місці його перебуванні не має медичних закладів, які співпрацюють з Асистансом або ситуація вимагає прийняття негайного рішення, пов'язаного з необхідністю отримання термінової медичної або іншої допомоги,

		необхідно самостійно звернутися в найближчу медичну установу або до лікаря по допомогу та обов'язково: - пред'явити індивідуальну частину договору страхування; - якщо вартість амбулаторного або стаціонарного лікування перевищує 5000 гривень – необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування. Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання до Асистуючої компанії та/або Страховика повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом. Якщо витрати не були письмово узгоджені із Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 5000 гривень; - погодити надання інших, ніж медичні, послуги, якщо таке погодження передбачене цими умовами страхування; - оплатити, якщо буде потрібно, надані невідкладні медичні послуги; - одержати у лікаря чеки, квитанції и т.п. належним чином оформлені документи, що підтверджують факт захворювання, призначене лікування й суму медичних витрат; - подати Страховику заяву про здійснення страхової виплати і документи, передбачені цими умовами страхування. В інших випадках пов'язаних з відшкодуванням медичних витрат під час подорожі, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повідомити Страховика про настання страхової події не пізніше 30 календарних днів від дати її настання. У випадках самостійної оплати Страхувальником (Застрахованою особою) медичних послуг, у медичному закладі необхідно отримати: 1. довідку-рахунок з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості; 2. рецепти, виписані Страхувальнику (Застрахованій особі) лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату; 3. деталізовані рахунки за інші послуги з розбивкою їх за датами та вартістю; 4. документи, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, банківські квитанції тощо); 5. рахунки за телефонні розмови, на яких зазначено номер телефону, дату, час та вартість кожної розмови. 6. та інші документи

17.2.	*Дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні події, що має ознаки страхової за ризиками класу 7 (багаж):*	При настанні із застрахованим майном, що перевозиться (багажем) події, яка має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний: - протягом однієї години з моменту виявлення, повного або часткового пошкодження багажу повідомити про це посадових осіб перевізника, якщо багаж був переданий під його відповідальність; - отримати підтверджуючі факт втрати (пошкодження, знищення) багажу документи від зазначених установ; - протягом 24 годин з моменту настання страхового випадку повідомити про це Страховика на електронну пошту на адресу info@eurotravelins.ua. У випадку недотримання строків повідомлення, обґрунтувати це у письмовій формі. У повідомленні мають бути вказані характер та обставини страхової події, назва, адреса та реквізити перевізника, дата виїзду, приблизний перелік втраченого майна та його вартість, адреса та номер телефону Страхувальника (Застрахованої особи), причини недотримання строків повідомлення; - здійснити заходи по рятуванню пошкодженого багажу та зменшенню можливої шкоди.
18.	Умови здійснення страхових виплат	Страхувальник (Застрахована особа) протягом 30 календарних днів від події, яка сталася раніше, а саме закінчення подорожі під час якої стався страховий випадок або закінчення дії строку страхування, повинен подати Страховику заяву на здійснення страхової виплати за формою встановленою Страховиком, яку можна завантажити на сайті Страховика. До заяви на виплату страхового відшкодування долучаються: - договір страхування; - належним чином засвідчена копія національного паспорта Страхувальника (Застрахованої особи) (всі сторінки з відмітками) або ID картки; - належним чином засвідчена копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера Страхувальнику (Застрахованій особі); - належним чином засвідчена копія документа, що підтверджує місце реєстрації Страхувальника (Застрахованої особи) (для ID карток); - у разі смерті Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку - належним чином засвідчені копії національного паспорта Вигодонабувача та довідки про присвоєння йому ідентифікаційного номера; копія свідоцтва про смерть; оригінал або нотаріально засвідчена копія свідоцтва про право на спадщину;

		- у разі здійснення страхової виплати законному представнику (опікуну) - належним чином засвідчені копії національного паспорта законного представника (опікуна) та довідки про присвоєння йому ідентифікаційного номера, свідоцтва про народження Застрахованої особи; документ, який підтверджує встановлення опіки над застрахованою особою; - рахунки за телефонні розмови із Страховиком, на яких зазначений номер телефону та вартість кожної розмови; - медичний документ (на фірмовому бланку або з відповідним штампом медичного закладу країни подорожі) про отримання медичної допомоги під час подорожі із зазначеними: прізвища пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості, а також інформації про стан Страхувальника (Застрахованої особи) у відношенні алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння; - рахунки, чеки про оплату медичних послуг та\або щодо придбання медичних препаратів; - у випадку отримання травми чи дорожньо-транспортної пригоди - складений в місці подорожі офіційний протокол або довідка про подію, де обов'язково має бути вказана така інформація: посадові особи, що засвідчують факт події, та їх повноваження на виконання таких дій; адреси та/або номери телефонів осіб, що засвідчили факт події; детальний опис обставин події та ролі Страхувальника (Застрахованої особи) в ній; стан Страхувальника (Застрахованої особи) у відношенні алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння; *додатково за класом 1 (страхування від нещасного випадку)* - в разі продовження лікування після повернення з подорожі - довідка з медичного закладу з місця постійного або переважного проживання або місця реєстрації в Україні із зазначенням прізвища Застрахованої особи, діагнозу, дати звернення та тривалості лікування (за винятком періоду реабілітаційного лікування), завіреної підписом, печаткою відповідальної особи (лікуючого лікаря) та штампом медичного закладу; - у разі встановлення страхувальнику (застрахованій особі) первинної інвалідності внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час подорожі - висновок медико-соціальної експертної комісії про встановлення первинної інвалідності застрахованій особі внаслідок нещасного випадку або його нотаріально засвідчена копія; - у разі смерті страхувальника (застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку - належним чином засвідчені копії національного паспорта вигодонабувача та довідки про присвоєння йому ідентифікаційного номера (картки платника податків); копія свідоцтва про смерть; оригінал або нотаріально засвідчена копія

		свідоцтва про право на спадщину; *додатково за ризиками класу 7:* - перелік предметів багажу, які втрачено, знищено або частково пошкоджено із зазначенням їх вартості; - проїзний квиток в оригіналі, на підставі якого Страхувальник (Застрахована особа) знаходився у транспортному засобі; - багажна квитанція (талон), що підтверджує факт передачі багажу під відповідальність перевізника; - копія заяви перевізнику про втрату, повне або часткове пошкодження багажу з відміткою перевізника про прийняття заяви; - документ, який підтверджує втрату, повне або часткове пошкодження багажу (Акт про пошкодження при перевезенні в оригіналі), складений відповідальною особою перевізника; - копія рішення перевізника про визнання багажу остаточно втраченим (у разі втрати багажу) після проведення процедури пошуку, затвердженої перевізником; - копія рішення претензійної комісії перевізника про відмову у виплаті компенсації при втраті, повній загибелі або частковому пошкодженні багажу; З урахуванням обставин події, що відбулась, Страховик має право вимагати додаткові документи для підтвердження факту та обставин настання страхового випадку, а також визначення розміру страхової виплати. Всі документи, крім заяви, можуть бути надані Страховику протягом трьох років від дати настання події. Документи надаються Страховику українською мовою. Якщо документи складені іншою мовою, надається офіційний нотаріально завірений переклад цих документів українською мовою. Всі документи, що подаються 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. Документи для отримання страхової виплати подаються (направляються поштою) безпосередньо в офіс Страховика в паперовій формі в оригіналі (крім тих, щодо яких визначене подання в копіях (в тому числі нотаріально засвідчені). Всі документи, інформація та докази надаються Страховику безкоштовно. Страхові виплати здійснюються безготівковим шляхом. Страхові виплати здійснюються виключно на території України в гривнях. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 20 (двадцяти)

		робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, наданих в порядку, передбаченому умовами договору. Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) банківських днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати. При наявності підстав для сумніву щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати Страховик може відкласти рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин на строк не більше 45 (сорока п'яти) робочих днів. Про відмову у здійсненні страхової виплати або прийняття рішення про відстрочку прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) на електронну адресу вказану у заяві на отримання страхової виплати протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту прийняття рішення з викладенням мотивації прийнятого рішення або обґрунтуванням причин відмови, після чого направляє рішення поштою.
19.	Порядок розрахунків	*19.1. За класом 18 розрахунок страхової виплати здійснюється виходячи з наступного:* За ризиками класу 18 Страхова виплата щодо оплати медичних, або інших передбачених умовами страхування послуг, організованих Страховиком для Страхувальника (Застрахованої особи), здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків. Якщо медична допомога Страхувальнику (Застрахованій особі) була надана без участі Асистуючої компанії Страховика та/або медичний заклад відмовляється від отримання повної або часткової гарантії від Асистуючої компанії, Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно здійснити такі витрати самостійно та звернутися до Страховика за їх відшкодуванням. Із суми страхового відшкодування вираховується франшиза (в разі застосування) *19.2. За класом 1 розрахунок страхової виплати здійснюється виходячи з наступного:* - при тимчасовій втраті загальної працездатності внаслідок нещасного випадку – у розмірі 0,5% від страхової суми за нещасним випадком за кожен день документально підтвердженого розладу здоров'я, за винятком періоду реабілітаційного лікування, **починаючи із шостого дня**, але загалом не більше 30% від страхової суми; - у разі встановлення первинної інвалідності внаслідок нещасного випадку: I групи – у розмірі 100% страхової суми; II групи –у розмірі 75% від страхової суми; III групи –у розмірі 60% від страхової суми.

		- у разі смерті внаслідок нещасного випадку – у розмірі 100% страхової суми *19.3. За класом 7 розрахунок страхової виплати здійснюється виходячи з наступного:* Визначення розміру збитку проводиться по кожному предмету (місцю багажу) окремо. Максимальна страхова сума по багажу та ліміти страхових виплат зазначаються в індивідуальній частині договору страхування. Сума збитку визначається, виходячи з дійсної вартості предмета, лімітів страхових виплат та розміру страхової суми по страхуванню багажу в цілому. Якщо пошкоджений предмет можна відремонтувати з метою подальшого використання за призначенням, то розміром шкоди вважається вартість ремонту. Якщо вартість ремонту перевищує вартість самого предмету або зазначеної у договорі страхової суми, то відшкодування здійснюється в межах вартості такого предмета, але не більшій, ніж розмір страхової суми. Якщо втрачений багаж був повернений Страхувальнику (Застрахованій особі), то він повинен повернути Страховику отримане страхове відшкодування за вирахуванням пов'язаних із страховим випадком витрат на ремонт (за необхідності) поверненої речі. Різниця страхового відшкодування має бути повернута Страхувальником (Застрахованою особою) не пізніше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після повернення йому багажу. Якщо за втрачений або пошкоджений багаж або його частину Страхувальником (Застрахованою особою) було одержано відшкодування від третіх осіб, Страховик сплачує різницю між сумою, яка підлягає відшкодуванню, та сумою, отриманою від третіх осіб. При втраті окремих предметів, що входять до складу комплекту, набору тощо, сума збитку визначається як різниця між дійсною вартістю даного комплекту, набору тощо та вартістю предметів, що збереглися Із суми страхового відшкодування вираховується франшиза (в разі застосування)
20.	Винятки зі страхових випадків	В залежності від класів страхування передбачені наступні винятки зі страхових випадків:
20.1.	*Винятки зі страхових випадків за ризиками за класом 18 (медичні витрати та Асистанс):*	Страховик не оплачує і не відшкодовує вартість лікування та послуг, пов'язаних із такими захворюваннями і подіями: 1. лікування хронічних захворювань (якщо інше не передбачене обраною Страхувальником програмою страхування), вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень, аутоімунні захворювання, жовчнокам'яна, сечокам'яна хвороби, та пов'язані з ними ускладнення (емпієма жовчного міхура, гідронефроз нирки тощо), навіть якщо вони проявлялися періодично або були виявлені вперше. При цьому покривається купіювання гострого болю до стабілізації стану, за виключенням оперативного

		втручання; 2. новоутворення (в т.ч. онкологічні захворювання), хвороби ендокринної системи, цукровий діабет, навіть якщо вони були виявлені вперше; 3. нервові захворювання (крім невритів), неврози (панічні атаки, істеричні стани, депресії тощо), психічні захворювання та розлади, а також пов'язані з ними травматичні пошкодження; 4. венеричні захворювання, імунодефіцитний стан, СНІД; 5. хвороби крові та кровотворних органів; 6. епідемічні та пандемічні хвороби; 7. тестування на COVID-19 за бажанням Страхувальника (Застрахованої особи) без направлення лікуючого лікаря, якщо отриманий результат є негативним; 8. гостра та хронічна променева хвороба; 9. медична допомога при вагітності (за винятком позаматкової) та при пологах, якщо особа не застрахована за програмою В; 10. будь-які розлади здоров'я, ускладнення або смерть внаслідок невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічних дій ліків, що не були призначені лікарем, а також побічних дій харчових добавок; 11. захворювання або наслідки (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз; 12. захворювання та розлади органів слуху, крім гострого захворювання органів слуху. Також не покриваються витрати пов'язані з промиванням вушної раковини (сірчані пробки, потрапляння води тощо); 13. захворювання ока, пов'язані з порушенням догляду за контактними лінзами та алергічні кон'юнктивіти; 14. грибкові та дерматологічні хвороби, а також алергічні дерматити будь-якого походження, сонячні опіки першого та другого ступеню, якщо інше не передбачене обраною Страхувальником програмою страхування; 15. укуси комах, жалення медуз, морських водоростей; 16. травми або захворювання, що виникли до початку періоду страхування, в день або напередодні укладання договору страхування та/або на території постійного або переважного місця проживання або місця реєстрації, навіть якщо вони були виявлені вперше, що призвели до медичних чи додаткових витрат під час подорожі, а також захворювання, що виникли після повернення Страхувальника (Застрахованої особи) з подорожі; 17. травми або захворювання, медичні витрати, що виникли (здійснені) під час дії часової франшизи; 18. подальше лікування Страхувальника (Застрахованої особи), якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного або переваженого проживання або місця реєстрації. Сторони погодили, що телефонний запис розмови Страхувальника (Застрахованої особи) або його родичів до Асистуючої компанії або Страховика з приводу відмови від медичної евакуації прирівнюється до письмової відмови і може бути

		використаний Страховиком як доказ в разі виникнення суперечок; 19. медичний огляд, що не є наслідком гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження; надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору (в тому числі контрольні огляди лікаря); огляд (консультація) лікаря за наслідком якого не призначене лікування чи не входять у призначене лікарем лікування; надання таких спеціальних послуг, як окрема палата, телефон, телевізор тощо; 20. послуги та лікування, що можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до закінчення подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування і т.п.; 21. проведення високотехнологічних маніпуляцій і операцій, зокрема але не виключно на серці та судинах, у т.ч. ангіографія, коронарографія, ангіопластика, шунтування, стентування, встановлення штучного водія ритму, а також пластичні операції на суглобах та зв'язках, у т.ч. атроскопічні діагностичні та хірургічні втручання тощо; 22. діагностичні послуги: консультації, лабораторні дослідження та інші заходи не призначені лікарем та\або Асистуючою компанією, як необхідні для встановлення діагнозу з метою подальшого призначення лікування; 23. проведення профілактичних вакцинацій; 24. проведення лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком; 25. всі види пластичних та косметичних операцій і процедур, всі види протезування, трансплантації органів; 26. стоматологічне лікування, за винятком зазначеного в програмі страхування; 27. фізіотерапевтичне, реабілітаційне лікування та лікування нетрадиційними методами; 28. лікувальний відпочинок, санаторно-курортне та оздоровче лікування, а також спа-процедури; 29. придбання або ремонт допоміжних засобів (таких як кардіостимулятори, окуляри, контактні лінзи, слухові апарати, інгалятори, протези, милиці, інвалідні візки, вимірювальні прилади, бандажі, тутори тощо), засоби для металоостеосинтезу (шпиці, гвинти, пластини, штифти та подібні матеріали), придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, якщо інше не передбачене умовами обраної Страхувальником програми страхування; 30. штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи по запобіганню вагітності; 31. лікування алкоголізму, наркоманії і т.п., у тому числі лікування абстинентного синдрому; 32. медична евакуація, репатріація, поховання за місцем подорожі, рятувальні операції організовані без письмового узгодження (погодження) із Асистуючою компанією та\або Страховиком незалежно від суми витрат;

		33. витрати, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування; 34. самолікування, а також лікування, що здійснюється подружжям, батьками, або дітьми; 35. необхідність у індивідуальному догляді, патронажі, охороні, 36. витрати на проживання (за виключенням якщо такі підстави передбачені умовами страхування), харчування тощо в тому числі під час перебування на самоізоляції, карантині, обсервації і т.п., а також під час амбулаторного лікування; 37. на продовження лікування Страхувальника (Застрахованої особи) після його повернення з подорожі до місця постійного або тимчасового перебування (проживання), а також не відшкодовуються витрати, які покриваються за рахунок соціального, медичного страхування та іншого забезпечення; 38. не відшкодовуються витрати на суму понад 5000 гривень за якими необхідне попереднє письмове узгодження (погодження) із Асистуючою компанією та\або Страховиком, а таке узгодження (погодження) зроблене не було; 39. придбання їжі, напоїв, декоративної косметики, прикрас тощо; 40. моральна шкода; 41. перевезення урни з прахом померлого Страхувальника (Застрахованої особи); 42. випадки передбачені програмою С ,які пов'язані з подорожами власним автомобілем, строк експлуатації якого становить більше 5-ти років; 43. інші події та випадки, визначені в цих умовах або чинному законодавстві; 44. інші події, надані послуги та/або витрати, які не входять в обрану Страхувальником програму страхування або мали місце до початку або після закінчення строку страхування або не на території дії договору.
20.2.	*Винятки зі страхових випадків за ризиками за класом 1 (нещасний випадок):*	<u>Страховик не визнає наступні випадки страховими:</u> 1. захворювання, які не є наслідком нещасного випадку Страхувальника (Застрахованої особи) (за винятком правцю, сказу, енцефаліту, що передається укусами кліщів); 2. лікувальний відпочинок, реабілітаційне, санаторно-курортне та оздоровче лікування, а також спа-процедури; 3. нещасний випадок, що стався внаслідок захворювання, яке є наслідком психічної реакції на військові події, внутрішні заворушення, терористичний акт, авіакатастрофу або побоювань, пов'язаних із такими подіями; 4. нещасний випадок, що стався внаслідок хронічних або психічних захворювань, навіть якщо вони

		проявляються періодично; 5. страхування осіб понад встановленого вікового ліміту; 6. травми або захворювання внаслідок нещасного випадку, що стався в результаті дорожньо-транспортної пригоди, в тому числі при використанні автомобіля, велосипеда, мотоцикла, мопеда, гідро- і квадроцикла, гідроскутера, снігохода, катера, моторного човна і т.п., якщо: 6.1. Страхувальник (Застрахована особа) керував транспортним засобом не маючи відповідного водійського посвідчення 6.2. Страхувальник (Застрахована особа) керував в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або під дією психотропних і токсичних речовин; Страхувальник (Застрахована особа) передав керування транспортним засобом іншій особі, що не мала відповідного водійського посвідчення; 6.3. Страхувальник (Застрахована особа) знаходився в транспортному засобі в якості пасажира, крім громадського транспорту, керування яким здійснювала особа, що знаходилася в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або під дією психотропних і токсичних речовин; 6.4. Страхувальник (Застрахована особа) знехтував і не скористалася засобами безпеки (захисту) як разом, так і окремо, таким як: пасок безпеки, шлем, каска, рятувальний жилет, а також інші засоби безпеки, передбачені правилами експлуатації транспортного засобу; 7. випадки які сталися до укладання договору страхування або до початку строку страхування, а також ті, які відбулись після закінчення строку страхування або не на території дії договору; 8. смерть Страхувальника (Застрахованої особи), яка не є наслідком нещасного випадку; 9. інші події та випадки, визначені в цих умовах або чинному законодавством 10. Страховик не здійснює страхові виплати, пов'язані з відшкодуванням моральної шкоди
20.3.	*Винятки зі страхових випадків за ризиками за класом 7 (багаж):*	Не відшкодовуються збитки, що відбулися через наступні причини: • неуважність або груба необережність Страхувальника (Застрахованої особи); • невідповідність упаковки (закупорки) або відправлення багажу у пошкодженому стані; • особливі властивості або природні якості застрахованого багажу, звичайний знос, природне погіршення якості, цвіль; електричні або механічні несправності аудіо- або відеоапаратури тощо; • бій або ушкодження виробів з фаянсу, порцеляни, скла, музичних інструментів і інших тендітних предметів; • збиток, заподіяний кислотами, фарбами, аерозолями, ліками і будь-якими рідинами, які перевозяться у багажі;

		• інші події та випадки, визначені в цих умовах та Оферті або чинним законодавством; • Страховик не здійснює страхові виплати, пов'язані з відшкодуванням моральної шкоди.
21.	Підстави для відмови у страховій виплаті	**<u>Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:</u>** • громадських заворушень, страйків або надзвичайного (в т.ч. воєнного стану) стану; дії ядерного інциденту чи іонізуючого випромінювання; застосування ядерної, хімічної чи біологічної зброї; • терористичних актів, стихійних лих, за винятком якщо такі події передбачені умовами страхового продукту; • вчинення самогубства або замаху на самогубство Страхувальником (Застрахованою особою) (за винятком випадків, коли Страхувальника (Застраховану особу) було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб); • здійснення або при спробі здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами; • активна участь у війні (оголошена чи неоголошена), громадянській війні, бойових або військових діях; • нараження Страхувальником (Застрахованою особи) на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя) • перебування Страхувальника (Застрахованої особи) у стані алкогольного, за винятком якщо такі події передбачені умовами страхового продукту, наркотичного або токсичного сп'яніння. **<u>Також самостійними підставами для відмови у здійсненні страхової виплати є:</u>** • навмисні дії або бездіяльність Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної самооборони (без перевищення її меж) або випадків, визначених законом або міжнародними звичаями; • вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; • подання Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої має бути здійснена страхова виплата, завідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування, місце знаходження Страхувальника (Застрахованої особи) на дату укладання договору страхування, або про факт та причини настання страхового випадку. Доказом місця знаходження Страхувальника (Застрахованої особи) на дату

		укладання договору є відповідні відмітки про перетин кордону в паспорті для подорожей за кордон; • створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків; • несвоєчасне повідомлення Страховика про настання страхового випадку без поважних причин та/або невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх 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); • невчасне подання Страховику письмової заяви для отримання страхової виплати та інших документів визначених в договорі страхування; • невиконання вказівок Страховика в процесі урегулювання страхової події; • захворювання, які є наслідком психічної реакції на військові події, внутрішні заворушення, терористичний акт, авіакатастрофу, стихійні явища або побоювань, пов'язаних із такими подіями; • хронічні, за винятком якщо такі події передбачені умовами страхового продукту, та психічні захворювання, навіть якщо вони виявлені вперше або проявляються періодично; • страхування осіб у віці понад встановленого вікового ліміту або страхування осіб без застосування націнок; • виконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого виду фізичної роботи, заняття активним туризмом, спортом та екстримом, якщо такі ризики не були застраховані та не застосовані відповідні націнки; • інші випадки, передбачені чинним законодавством України.
22.	Обмеження страхування:	Договори страхування за цим страховим продуктом не укладаються з фізичними особами у віці понад 80 років (крім випадків індивідуального погодження зі Страховиком), а також громадянами інших країн, крім України. При страхуванні осіб у віці від 65 років підлягають застосуванню націнки. Договір страхування за ризиками за класу 18, пов'язаних з подорожами на власному автомобілі діють лише по відношенню до Страхувальників (Застрахованих осіб), які подорожують власним технічно справним легковим автомобілем, **строк експлуатації якого не більше 5-ти років (визначається від дати випуску).** Не укладаються договори страхування щодо наступних осіб: ● з фізичними особами у віці понад 80 років (крім випадків індивідуального погодження зі Страховиком)

		● громадянами інших країн, крім України. ● визнаними у законодавчому порядку недієздатними; ● страхове покриття не діє: - на тимчасово окупованих територіях України; - на територіях України, де ведуться активні бойові дії; - на місцевості, де офіційно оголошено надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха, якщо інше не визначене в умовах страхування; - в населеному пункт, де постійно або переважно проживає Страхувальник (Застрахована особа), а також населений пункт, де зареєстрований Страхувальник (Застрахована особа).. Договір страхування за ризиками за класу 7 може укладатися на строк не більше 31 день. В разі визначення більшого строку, страховий захист діятиме в перші 31 днів від дати початку строку (періоду) страхування. Дія Договору у частині страхування ризиків за 7 класом (багаж) не поширюється на: ● хутряні вироби, прикраси, друкуючі пристрої, кіно- , фото-, відеоапаратура, ноутбуки, мобільні телефони та ін. та будь-яке приладдя до них; ● коштовності, цінні папери, готівкові грошові кошти, банківські платіжні картки та кошти на рахунках; ● дорогоцінні метали, дорогоцінні і напівдорогоцінні камені; ● антикварні й унікальні вироби, витвори мистецтва і предмети колекцій; ● проїзні документи, будь-які види документів, слайди, фотознімки, фільмокопії; ● рукописи, плани, схеми, креслення, моделі, ділові папери; ● будь-які види протезів, контактні лінзи; ● наручні і кишенькові годинники; ● тварини, рослини і насіння, іжа; ● засоби авто-, мото-, велотранспорту, повітряні і водні види транспорту, а також запасні частини до них; ● предмети релігійного культу; ● засоби особистої гігієни, декоративна косметика При цьому визнаються:

		• колекціями - сукупність будь-яких однорідних предметів (марок, календарів, значків, рослин і т. д.), що являють собою науковий, історичний, художній інтерес, або зібрані в аматорських цілях; • унікальними - єдині у своєму роді, виняткові за своїми якостями або великої рідкості вироби, твори мистецтва; • антикварними - стародавні предмети, що представляють велику художню або іншу цінність; запасними частинами - будь-які вузли, деталі, частини і приналежності до транспортних засобів, механізмів, приладів електронного обладнання тощо
23.	Порядок вирішення спорів	Спори, пов'язані з договором страхування, вирішуються шляхом переговорів. Якщо сторони під час переговорів не дійшли згоди, вирішення спорів здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України, при цьому сторони, керуючись ст.27 Цивільного процесуального Кодексу України визначили, що місцем територіальної підсудності є відповідний суд у м. Києві за місцезнаходженням Страховика. В разі незгоди з рішенням Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати, Страхувальник (Застрахована особа) може звернутися з письмовою скаргою (апеляцією) на рішення до уповноваженого Страховика щодо розгляду скарг (апеляцій) – Вишталюка О.І. за адресою: 04071, м. Київ, вул. Спаська, 5, оф.15. Також рішення Страховика може бути оскаржене до Національного Банку України, адреса: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ-8, 01601, тел. 0 800 505 240 або до Головного управління Держпродспоживслужби в м. Києві, 04053, м.Київ, вул. Некрасовська, 10/8 або до суду.
24.	Контактні дані для звернення з інших питань:	Ви можете зв'язатися із Страховиком для здійснення заяв або отримання інформації з таких питань: ▸ з питань страхових подій, що не вимагають надання медичної допомоги, ▸ з питань отримання страхових виплат, ▸ для отримання консультацій по страхуванню, ▸ а також з інших питань, пов'язаних із укладеним Вами договором страхування, за електронною адресою: info@eurotravelins.ua або за номером телефону: 0800217878 (багатоканальний) або +38 044 299 78 87 *(у робочі дні з 10.00 до 17.00 за Київським часом, у п'ятницю – до 16.00).*