



**ДОГОВІР / TRAVEL INSURANCE POLICY**  
комплексного страхування подорожуючих  
за межі України (індивідуальна частина)

"Подорож"		
місце укладення	Київ	дата укладення
№	- 37	. .20 р.
Програма страхування		

**Спеціалізована служба Страховика (Асистанс):**

Ensuria Assistance (по всіх країнах світу, окрім Єгипту та Туреччини): +38-044-390-00-10; [care@ensuria.com](mailto:care@ensuria.com)  
Асистуюча компанія Egypt Assistance: EGYPT +20-2-241-373-00 , TURKEY +90-242-310-28-30

**1. СТРАХОВИК**

Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Еталон"  
03067, м. Київ, вул. Гарматна, буд. 8, прим. 6, код ЄДРПОУ 20080515, [office@etalon.ua](mailto:office@etalon.ua)  
IBAN UA23 305299 00000 26506000100344 в АТ КБ "Приват Банк"  
тел. 0-800-305-800, 0(44) 392-03-16 (щодобово); <http://www.etalon.ua>

**2. СТРАХУВАЛЬНИК**

		РНОКПП/ЄДРПОУ	
П.І.Б./назва		дата народж.	. . р.
адреса		паспорт	
e-mail		тел.	

далі разом по тексту – Сторони, а кожен окремо – Сторона, відповідно до Закону України "Про страхування", ліцензії на здійснення діяльності зі страхування (Витяг Національного банку України із державного реєстру фінансових установ від 04.06.2024 р. щодо переліку фінансових послуг, які може надавати небанківська фінансова установа, а саме: "Діяльність із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховання)" та Загальних умов страхового продукту "Комплексне страхування подорожуючих за межі України "Подорож", що є пропозицією-офертою (далі – ЗУСП-Оферта), затверджених Рішенням Правління №Р-03/24-06/19 від 27.06.2024 р. з датою початку дії з 01.07.2024 р. та розміщених на веб-сайті Страховика: [http://www.etalon.ua/c39d355dc36f5a26d2fd1c7c4f9221f/zagalni\\_umovy/podorozh/](http://www.etalon.ua/c39d355dc36f5a26d2fd1c7c4f9221f/zagalni_umovy/podorozh/) уклали цей Договір комплексного страхування подорожуючих за межі України (далі – Договір) за **Класом страхування 1** "Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)", **Класом страхування 18** "Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі" (далі – Клас):

**3. ЗАСТРАХОВАНІ ОСОБИ**

кількість Застрахованих осіб

№	П.І.Б.	дата народж.	паспорт РНОКПП	адреса	код мети подорожі	страховий платіж
3.1.		. . р.				UAH
3.2.		. . р.				UAH
3.3.		. . р.				UAH
3.4.		. . р.				UAH

**Страховальник зобов'язується повідомити Застрахованих осіб про укладений на їх користь Договір.**

**4. УМОВИ СТРАХУВАННЯ**

Клас	страхове покриття	на одну Застраховану особу			страховий платіж
		страхова сума	еквівалент у валюті на дату уклад. Договору	франшиза	
18	медичні витрати	UAH			UAH
	інші витрати	UAH			
1	нещасні випадки	UAH		СТ* %	UAH
* – страховий тариф по нещасним випадкам		Загальний страховий платіж			UAH
		Страховий платіж має бути сплачений одноразово в повному розмірі до			. .20 р.

**5. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ**

**6. КІЛЬКІСТЬ ПОЇЗДОК**

<b>7. СТРОК ДІЇ*</b>	з 00 <sup>00</sup>	. .20 р.	по 24 <sup>00</sup>	. .20 р.	<b>8. Період страхування, днів</b>	
----------------------	--------------------	----------	---------------------	----------	------------------------------------	--

\*Договір набирає чинності з моменту перетинання Застрахованою особою кордону України та/або країни постійного проживання, але не раніше дати та часу початку дії строку Договору, зазначеної в п.7 цього Договору, за умови надходження страхового платежу на рахунок Страховика або страхового посередника в строк та обсязі, передбаченим цим Договором.

## 9. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК (СТРАХОВІ РИЗИКИ)

9.1. **За Класом 18 – понесення Асистуючою компанією, Застрахованою особою, третьою особою непередбачуваних медичних та інших витрат**, пов'язаних з наданням Застрахованій особі допомоги (асистуючих послуг, передбачених п.п. 3.2.4.1-3.2.4.10 ЗУСП-Оферти) в межах та в обсязі обраної Програми страхування та страхових сум (лімітів відшкодування), в тому числі у зв'язку із зверненням під час дії Договору до Асистуючої компанії або медичного закладу через скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон, внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я внаслідок настання нещасного випадку, смерті внаслідок захворювання або нещасного випадку, затримки/арешту Застрахованої особи, позбавлення волі, загрози виникнення таких випадків, а також будь-яких ускладнень, викликаних офіційними претензіями третіх осіб; незручності використання авіаційного транспорту; втрати або викрадення документів Застрахованої особи у країні тимчасового перебування; смерті близького родича Застрахованої особи.

9.2. **За Класом 1 – смерть** Застрахованої особи або отримання нею **травматичних ушкоджень** внаслідок настання нещасного випадку із Застрахованою особою під час дії Договору.

10. ДОДАТКОВІ УМОВИ	Відсутній чинний договір страхування щодо об'єкту страхування за цим Договором, якщо в цьому пункті не зазначено інше.
---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 11. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ ДЛЯ ВИПЛАТИ

11.1. При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує в межах відповідних лімітів відшкодування та відповідно до умов, зазначених в Договорі такі медичні та інші витрати, передбачені Програмою страхування:

Витрати		Програми страхування			
		A	B	C	D
МЕДИЧНІ ВИТРАТИ	1. Невідкладна (швидка) допомога	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
	2. Стационарне лікування	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
	3. Амбулаторне лікування	ні	ТАК	ТАК	ТАК
	4. Стоматологічна допомога	ні	100	150	200
	5. Медична евакуація	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
	6. Перевезення між медичними закладами	ні	ТАК	ТАК	ТАК
	7. Репатріація останків	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
	8. Відвідування близьким родичем	ні	ні	ТАК	ТАК
	9. Повернення додому дітей	ні	ні	ТАК	ТАК
	10. Приїзд замісника	ні	ні	ні	ТАК
ІНШІ ВИТРАТИ	11. Продовження перебування за кордоном	ні	ні	ні	500
	12. Проживання батьків дитини	ні	ні	ні	500
	13. Зв'язок зі Страховиком/Асистиансом	ні	50	50	100
	14. Послуги адвоката	ні	ні	500	1000
	15. Внесення застави	ні	ні	ні	3000
	16. Відкладення відправлення літака	ні	ні	ні	350
	17. Недоставка багажу	ні	ні	ні	150
	18. Втрата, пошкодження, знищення багажу авіаперевізником	ні	ні	ні	500
	19. Втрата документів	ні	ні	100	300
	20. Повернення до України	ні	ні	ні	1500

11.2. Протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини настання страхового випадку та розмір шкоди, Страховик приймає рішення про здійснення виплати та складає страховий акт або приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

11.3. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (Вигодонабувачу) впродовж 7 (семи) робочих днів з дня складення страхового акту.

11.4. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик впродовж 7 (семи) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Застраховану особу (Вигодонабувача, Страхувальника) в письмовій формі з обґрунтуванням причини.

11.5. Для отримання страхової виплати Застрахована особа (Вигодонабувач) зобов'язана надати Страховику:

11.5.1. оригінали таких документів:

- заява про страхову виплату;
- примірник Договору, що належить Страхувальнику (при укладенні Договору в паперовій формі);

11.5.2. оригінали (для копіювання) або належним чином посвідчені копії таких документів:

- внутрішній паспорт (свідоцтва про народження) Застрахованої особи;

- закордонний паспорт Застрахованої особи (з відмітками про перетин кордону країни перебування);
- довідка про присвоєння ідентифікаційного номеру особи, яка звернулася за страховою виплатою;

#### 11.5.3. документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат (за Класом 18):

- документи Асистуючої компанії щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком;
- довідка медичного закладу про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу; у випадку розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку додатково – довідка про рівень алкоголю у крові;
- оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних та інших послуг;
- оригінали квитанцій про оплату наданих медичних, медико-транспортних та супутніх послуг;
- рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем;
- документи (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують розмір понесених витрат;
- оригінали проїзних документів;

#### 11.5.4. документи, що підтверджують розмір витрат (за Класом 1):

- у випадку **Травми**: довідка медичного закладу або виписка з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу;
- у випадку **Смерті**: свідоцтво про смерть Застрахованої особи; свідоцтво про право на спадщину; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; довідка лікувального закладу про причину смерті.
- інші документи на обґрунтований письмовий запит Страховика.

## 12. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ СТРАХОВИКОМ

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

12.2. У разі виникнення спірних питань споживач має право звернутись до Страховика особисто, на електронну пошту [info@etalon.ua](mailto:info@etalon.ua), адреса для листування: м. Київ, 03067, а/с № 12, або за посиланням [http://www.etalon.ua/off-line/press\\_centre/otziv/r.php](http://www.etalon.ua/off-line/press_centre/otziv/r.php). Порядок звернень, а також порядок і терміни їх розгляду передбачений в Порядку звернень (скарг) споживачів, розміщений за посиланням: <http://www.etalon.ua/infoclient>.

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

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

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

## 13. ІНШІ УМОВИ

13.1. Частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору становить **40%** від страхової премії. Продовження строку дії Договору не передбачається.

13.2. Відповідно до вимог Закону України "Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення" Страховик має право вилучити, а Страхувальник зобов'язаний надати документи і відомості, необхідні для здійснення належної перевірки та виконання інших вимог вищезазначеного Закону. Порядок ідентифікації та верифікації споживача частково передбачений розділом 2.3. ЗУСП-Оферти.

13.3. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що вся інформація, надана під час його укладення є повною і достовірною, приєднується до ЗУСП-Оферти та погоджується дотримуватися умов, викладених в них, в тому числі Страхувальник надає згоду на обробку Страховиком його персональних даних.

13.4. Договір, що є першим, основним або яким встановлюються ділові відносини, укладається у формі паперового документа з проставленням власноручних підписів Сторін або у формі електронного документа з проставленням особи кваліфікованого електронного підпису (**КЕП**), удосконаленого електронного підпису (**УЕП**) (на період воєнного часу) особи, уповноваженої Страховиком на підписання Договорів, та електронного підпису Страхувальника.

В подальшому Сторони дійшли згоди щодо можливості використання Страховиком факсимільного відтворення підпису та печатки Страховика за допомогою засобів механічного чи іншого копіювання, КЕП (УЕП) (на період воєнного часу) чи іншого аналогу власноручного підпису на умовах, передбачених законодавством. Зразок підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитка печатки Страховика:

<p><b>Голова Правління</b></p> <p>Кравченко О.О.</p>	<p><b>Зразок підпису та печатки</b></p> 
----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

13.6. Цей Договір не є додатковим до інших товарів, робіт та послуг, що не є страховими.

13.7. Страховий захист надається згідно з "РІШЕННЯМ РАДИ ЄС 2004/17/EG ВІДНОСНО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА КОРДОН". Інші істотні умови цього Договору, передбачені ст.982 Цивільного кодексу України та ст.89 Закону України "Про страхування", містяться в ЗУСП-Оферті.

13.8. Договір укладено за участю **страхового посередника** (при наявності):

повна назва	
місцезнаходження	
e-mail	

**14. ПІДПИСИ СТОРІН**

**СТРАХУВАЛЬНИК**

\_\_\_\_\_ підпис

**СТРАХОВИК**

довіреність № \_\_\_\_\_

від . .20 р.

\_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_ підпис

ВЗІРЄЦЬ

**РЕЄСТР ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ**

за Договором комплексного страхування подорожуючих за межі України від \_\_.\_\_.20\_\_ р. № -37

№ з/п	прізвище, ім'я, по батькові	дата народж.	паспорт	адреса	код мети	страховий платіж
			РНОКПП			
1.		. . .				UAH
2.		. . .				UAH
3.		. . .				UAH
4.		. . .				UAH
5.		. . .				UAH
6.		. . .				UAH
7.		. . .				UAH
8.		. . .				UAH
9.		. . .				UAH
10.		. . .				UAH
11.		. . .				UAH
12.		. . .				UAH
13.		. . .				UAH
14.		. . .				UAH
15.		. . .				UAH
<b>Загальний страховий платіж</b>						<b>UAH</b>

СТРАХУВАЛЬНИК

\_\_\_\_\_  
П.І.Б.\_\_\_\_\_  
підпис

СТРАХОВИК

довіреність №

від . . .20 р.

\_\_\_\_\_  
П.І.Б.\_\_\_\_\_  
М.П.\_\_\_\_\_  
підпис