

Частина 1 Договору / Part 1 of the Agreement

Страховий захист надається згідно Рішення ради ЄС/2004/17/EG про медичне страхування подорожуючих осіб / Insurance cover is provided under Council decision 2004/17/EG on Travel medical Insurance

Індивідуальні умови договору страхування / Individual conditions of the insurance contract									
(Заява - Акцепт до Оферти Добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України/to Voluntary Comprehensive Travel Insurance Offer)									
Дані індивідуальні умови/Заява-Акцепт та Оферта добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України Назва №25 від 18.08.2022 (надалі - Оферта) складають разом Договір Добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України (надалі - Договір). Умови Оферти є загальнодоступними та розміщуються на веб-сайті: www.grdn.com.ua This Certificate and Voluntary Comprehensive Travel Insurance Offer №25 of 18.08.2022 together shall constitute the Voluntary Comprehensive Travel Insurance Agreement (hereinafter the Agreement) Terms and conditions of the Offer are publicly available on the website: www.grdn.com.ua									
Інформація про Страховика / Information about Insurer									
Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «Гардіан», Місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 96; ЄДРПОУ 35417298; https://grdn.com.ua/ / GUARDIAN Insurance company (Additional liability company), Address: 96, Saksaganskogo str., Kyiv, 01032, Ukraine; legal entity registration code 35417298; Tel: +38044 333 37 10									
Інформація про Страховальника / Information about Insured									
Прізвище та ім'я / Name and surname	Дата народження / Date of birth	Паспорт / Passport	Адреса Страховальника (Застрахованої особи) / Address of the Insured (Insured person)			РНОКПП (ПІН) / номер в ДДП	Країна громадянства / Country of citizenship		
Ivan Ivanov	11.07.1976	[REDACTED]	Kyiv			[REDACTED]	Ukraine		
Номер телефону / Phone number	+3 [REDACTED]		E-mail	[REDACTED]@gmail.com					
Інформація про Застрахованих осіб / Information about Insured Persons									
Ivan Ivanov	11.07.1976	FU 123456	Kyiv			Застраховано від COVID-19 / Insured by COVID-19			
Вигодонабувачем є Застрахована особа, в разі її неповноліття – законний представник, в разі смерті – згідно законодавства України / The Beneficiary is the Insured Person, in case of his/her minor - the legal representative, in case of death - according to the legislation of Ukraine									
Строк дії договору / Period of Agreement	з	20.04.2023	по	14.05.2023	Кількість днів страхування / Number of days of insurance			10	
Одна подорож / One Trip	ТАК	Багаторазові подорожі / Multiple Trips		НІ	Програма страхування / Insurance Program			А	
Франшиза / Deductible	0	EUR	Група ризику/ Risk Group	Т	Територія дії договору / Territory of Insurance:			Європа / Europe	
Медичні витрати / medical expenses	Страхова сума/ Sum insured	30000,00	EUR	Тариф / Rate, %	0,022606	Страховий платіж/ Insurance premium	272,00	Грн. / UAH	
Нещасний випадок/Accident	Страхова сума/ Sum insured	-----	Грн. / UAH	Тариф / Rate, %	-----	Страховий платіж/ Insurance premium	-----	Грн. / UAH	
Фінансовий ризик неможливості здійснити подорож / Financial risk of inability to travel	Страхова сума/ Sum insured	-----	Грн. / UAH	Тариф / Rate, %	-----	Страховий платіж/ Insurance premium	-----	Грн. / UAH	
Відповідальність перед третіми особами / Liability to third parties	Страхова сума/ Sum insured	-----	EUR	Тариф / Rate, %	-----	Страховий платіж/ Insurance premium	-----	Грн. / UAH	
Дата укладання (оплати)/Issuance date (of payment)	19.04.2023		Загальний страховий платіж/Total insurance premium			272,00 грн/UAH			
Особливі умови/special conditions:									
Ці індивідуальні умови/Заява-Акцепт (надалі - Сертифікат) є відповіддю особи, якій адресована пропозиція укласти електронний договір страхування (Договір), про її прийняття (акцепт) в порядку, визначеному ст. 11 Закону України «Про електронну комерцію». Дані Сертифікату повністю відповідають факту укладення Договору. Підписанням цього Сертифікату Страховальник приймає пропозицію «СК «Гардіан», щодо укладення Договору, та підтверджує, що ознайомлений та повністю згодний з умовами Оферти, затвердженої Назвою №25 від 18.08.2022 та Правилами добровільного страхування (надалі - Правила), які розміщені на сайті www.grdn.com.ua Страховик надає Клієнту для ознайомлення документи та інформацію, зазначені у ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», шляхом надання відкритого доступу до такої інформації та документів на власному сайті Страховика за адресою https://www.grdn.com.ua/ , а також шляхом надання для ознайомлення повного тексту договору страхування до його укладення. Страховальник підписанням цього Договору підтверджує отримання зазначеної інформації та документів, а також те, що зазначена інформація та документи є повними та достатніми для правильного розуміння суті фінансової послуги. Страховальник - фізична особа, шляхом підписання даного Сертифікату надає Страховику згоду на обробку своїх персональних даних, як визначених у цьому Сертифікаті, так і тих, що стають відомі Страховику в процесі виконання Договору з метою виконання вимог законодавства та Договору страхування. Підписанням цього Сертифікату Страховальник надає згоду Страховику на: отримання повідомлень (в тому числі комерційних повідомлень) шляхом sms інформування, інформування електронною поштою і інфікацією, запис та використання інформації, отриманої від Страховальника (в тому числі телефонних розмов) з метою виконання Договору страхування та законодавства України. Всі претензії та заяви по Договору приймаються Страховиком за адресою: 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 96					This Certificate / Application-Acceptance (hereinafter - Certificate) is the answer of the person to whom the proposal is submitted to conclude an electronic insurance contract (the Agreement), its acceptance (acceptance) in accordance to Art. 11 of the Law of Ukraine "On e-commerce". This certificate proves the fact of conclusion of the Agreement. By signing this Certificate, the Insured accepts the proposal of ALCIC "GUARDIAN" on Agreement conclusion, and confirms that Insured is informed and fully agree with the terms of the Offer approved by Order №25 of 18.08.2022 and the Rules on Voluntary Insurance (hereinafter - the Rules), which are placed on the site www.grdn.com.ua . The Insurer provides the Client for acquaintance with the documents and information specified in Art. 12 of the Law of Ukraine "On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets", by providing open access to such information and documents on the Insurer's own website at https://www.grdn.com.ua/ , as well as by providing a full text of the insurance contract before its conclusion. By signing this Agreement, the Insured confirms receipt of the specified information and documents, as well as the fact that the specified information and documents are complete and sufficient for a correct understanding of the essence of the financial service. By signing this Certificate Individual Insured authorizes the Insurer to process his personal data as specified in this Certificate and those that will become known to the Insurer during the execution of the Agreement in order to comply with the requirements of the legislation and the Insurance Agreement. By signing this Certificate, the Insured gives the Insurer consent to: receiving messages (including commercial messages) via sms, informing by e-mail, etc. fixing, recording and use of information received from the Insured (including telephone conversations) in order execute the Insurance Agreement and legislation of Ukraine. All claims and statements under the Agreement are accepted by the Insurer at the location of the Insurer 01032 Kyiv, 96 Saksaganskoho Str.				
ПАМ'ЯТКА ЗАСТРАХОВАНИЙ ОСОБИ / INSTRUCTIONS FOR THE INSURED PERSON									
У разі настання події з ознаками страхового випадку Страховальник (Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси) до отримання медичної чи будь-якої іншої допомоги, передбаченої програмою страхування зобов'язаний (на) повідомити Спеціалізовану Службу Страховика по телефону або іншим чином та виконувати всі рекомендації щодо отримання і/або оплати медичної, медично-транспортної та/або будь-якої іншої допомоги. У разі отримання невідкладної медичної допомоги при станах, що загрожують життю Застрахованої особи або якщо таке повідомлення неможливо здійснити з об'єктивних причин, необхідно повідомити Страховика або Спеціалізовану Службу Страховика як тільки це стане можливо, але не пізніше 24 годин з дати настання страхового випадку.					In the event of an event with signs of an insured event, the Insured (Insured person or a person representing his interests) before receiving medical or any other assistance provided by the insurance program must notify the Specialized Service of the Insurer by phone or otherwise and perform all recommendations for receiving and / or paying for medical, medical transport and / or any other assistance. In case of receiving emergency medical care in conditions threatening the life of the Insured or if such notification cannot be made for objective reasons, the Insurer or the Specialized Service of the Insurer must be notified as soon as possible, but not later than 24 hours from the date of the insured event.				