

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ ЗАМОВНИКА КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ (МІЖНАРОДНИЙ БІЗНЕС)»

	Ці Умови є загальними умовами страхового продукту в розумінні ст. 89 Закону України «Про страхування».
	Договори за цим страховим продуктом укладаються за класом страхування 13 «Страхування іншої відповідальності (ніж передбачена класами 10, 11, 12)» на підставі ліцензії Національного банку України щодо діяльності із страхування (витяг із Державного реєстру фінансових установ від 30.04.2024).
	Умови затверджено рішенням Страхового комітету Страховика, протокол № PROD 2024-2-12-11 від 16.12.2024 р.
	Ці Умови набирають чинності з 18.12.2024.
1.	ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ
1.1.	Вигодонабувач – Треті особи, потерпілі внаслідок настання Страхового випадку (у випадках, передбачених законом – їх спадкоємці, законні представники чи опікуни) або Страхувальник за попереднім погодженням зі Страховиком.
1.2.	Вимога – позови, претензії, заяви, скарги або будь-які інші звернення Третьої особи до Страхувальника щодо відшкодування Шкоди.
1.3.	Договір – договір страхування, який укладається між Страховиком та Страхувальником на підставі цих Умов.
1.4.	Застереження – окремий документ та невід’ємна частина Договору, який містить спеціальні умови страхування, що застосовуються додатково та переважно над умовами Договору.
1.5.	Застрахована діяльність – Клінічне випробування, зазначене в Договорі.
1.6.	Застраховані особи – дослідники (співдослідники), дослідницькі організації, медичні установи (клінічні бази), спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади, лікарі, медичний персонал, які діють від імені Страхувальника виключно в рамках Клінічного випробування, застрахованого за Договором, та які пов’язані зі Страхувальником відповідними договорами та схвалені відповідними державним підприємствами, установами, організаціями
1.7.	Клінічне випробування - проведення Страхувальником Клінічного дослідження Лікарського засобу протягом Періоду страхування на Території страхування
1.8.	Лікарський засіб – лікарський засіб (перелік лікарських засобів) щодо яких проводиться випробування, які будуть досліджуватись згідно з протоколом Клінічного випробування, що зазначений в Договорі.
1.9.	Ліміт – сума чи відсоток (від Страхової суми тощо), зазначений у Договорі, який означає обмеження відповідальності Страховика (за конкретно встановленим Страховим випадком, Застереженням, об’єктом страхування, Страховим ризиком тощо).
1.10.	Пацієнти - особи, які залучені як досліджувані до Клінічного випробування; які на законних підставах дали особисту письмову згоду на участь у проведенні Клінічного випробування Лікарського засобу, або ця згода надана їх законними представниками - у випадку участі в Клінічних випробуваннях неповнолітніх або недієздатних осіб.
1.11.	Подія – подія, що спричинила шкоду життю та/або здоров’ю Пацієнтів (надалі – «Шкода»), нанесену у зв’язку з проведенням Страхувальником клінічного дослідження лікарського засобу, зазначеного у Договорі страхування, протягом Періоду страхування на Території страхування (надалі – Клінічне випробування, в наслідок:
a)	побічних реакцій на лікарський засіб, що досліджується в рамках клінічного дослідження, які стали причиною будь-яких ускладнень або смерті;
b)	недоліків методу дослідження лікарського засобу, що мали місце в результаті помилок, недоглядів при виборі методу дослідження;
c)	недостатності інформації про досліджуваний лікарський засіб;
d)	недостатності інформації про протипоказання в особи, що приймає участь у клінічному дослідженні лікарських засобів;
e)	помилки і недоглядів при відборі осіб, що приймають участь у клінічному дослідженні лікарських засобів;
f)	можливих негативних впливів медичних процедур (інструментальні дослідження, інвазивні втручання тощо) на здоров’я застрахованого, що безпосередньо пов’язані з клінічними випробуваннями (відповідно до протоколу клінічних випробувань).
1.12.	Період страхування – календарний період, протягом якого у Страховика виникає зобов’язання здійснити виплату Страхового відшкодування при настанні Страхового випадку.
1.13.	Страхова премія – плата за страхування, яку Страхувальник зобов’язаний сплатити Страховику згідно з Договором.
1.14.	Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов’язаний провести виплату Страхового відшкодування при настанні Страхового випадку.
1.15.	Страхове відшкодування – грошова сума, яка виплачується Страховиком у межах Страхової суми відповідно до умов Договору при настанні Страхового випадку.
1.16.	Страхове покриття – зобов’язання Страховика щодо виплати Страхового відшкодування при настанні Страхового випадку, що виникло протягом Періоду страхування.
1.17.	Страховий акт – документ, який підтверджує рішення Страховика щодо визнання події Страховим випадком та регламентує розмір та порядок виплати Страхового відшкодування.
1.18.	Страховий випадок – подія, яка відбулась і з настанням якої виникає обов’язок Страховика здійснити виплату Страхового відшкодування Страхувальнику або Вигодонабувачу.
1.19.	Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
1.20.	Страховий тариф – ставка (відсоток) Страхової премії з одиниці Страхової суми за визначений Період страхування.
1.21.	Страховик – товариство з додатковою відповідальністю «АЛЪЯНС УКРАЇНА», ідентифікаційний код 32253696.
1.22.	Страхувальник – замовник Клінічних випробувань, юридична особа або фізична особа – підприємець, яка уклала Договір зі Страховиком.
1.23.	Територія страхування – географічна територія, адміністративно-територіальна одиниця чи індивідуально означена адреса, в межах якої надається Страхове покриття.

1.24.	Треті особи – Пацієнти, законні представники (батьки, опікуни, піклувальники та інші особи, що мають право на отримання відшкодування згідно чинного законодавства) або спадкоємці Пацієнтів у випадку смерті Пацієнтів, які не є Страхувальником, Застрахованими особами, Додатково застрахованими особами за Договором. Третіми особами не можуть бути фізичні та юридичні особи, які є:
a)	працівниками Страхувальника, Застрахованої особи, Додатково застрахованої особи (в тому числі фізичними особами, які надають послуги Страхувальнику на підставі цивільно-правового договору);
b)	родичами Страхувальника, Застрахованої особи, Додатково застрахованої особи – фізичної особи-підприємця, а також особами, що пов'язані зі Страхувальником будь-яким ступенем споріднення, та іншими особами, які протягом тривалого періоду мешкають зі Страхувальником та ведуть з ним спільне господарство;
c)	юридичними або фізичними особами, майно яких частково або повністю перебуває у володінні, користуванні або розпорядженні Страхувальника та/або яких контролює Страхувальник, Застрахована особа, Додатково застрахована особа;
d)	юридичними або фізичними особами, які частково або повністю володіють, користуються або розпоряджаються майном або які контролюють Страхувальника, Застрахованої особи, Додатково застрахованої особи;
e)	особами, відповідальність яких застрахована за одним договором страхування, стосовно один одного;
f)	особами, яким доручена ліквідація (санація) Страхувальника, Застрахованої особи, Додатково застрахованої особи;
g)	засновниками або учасниками Страхувальника, Застрахованої особи, Додатково застрахованої особи, а також іншими особами, які є членами правління, спостережної ради та інших органів управління Страхувальника.
	Для цілей визначень, що наведені в пунктах (c) і (d) вище, термін «контроль» означає повноваження прямо чи опосередковано здійснювати управління та/або проводити політику через власність на акції, інші цінні папери, за договором чи у будь-який інший спосіб.
1.25.	Умови – ці «Загальні умови страхового продукту «Страхування відповідальності перед третіми особами замовника клінічних випробувань лікарських засобів (міжнародний бізнес)»
1.26.	Франшиза – частина збитків, що не відшкодується Страховиком при настанні Страхового випадку.
1.27.	Шкода - шкода життю та/або здоров'ю Пацієнта(ів), що заподіяна внаслідок здійснення Застрахованої діяльності.
2. ОБ'ЄКТИ СТРАХУВАННЯ	
2.1.	Об'єктом страхування за цими Умовами є: відповідальність Страхувальника перед Третіми особами за нанесену Шкоду.
3. СТРАХОВА СУМА	
3.1.	Страхова сума за Договором погоджена у розмірі загального Ліміту відповідальності Страховика за Період страхування (зазначений Ліміт визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником).
4. ФРАНШИЗА	
4.1.	Франшиза встановлюється в абсолютній грошовій величині або у відсотках (від Страхової суми тощо).
4.2.	У разі, якщо за Договором встановлюються спеціальні Франшизи (за конкретно встановленим Страховим випадком, Застереженням, об'єктом страхування, Страховим ризиком тощо), вони зазначаються в Договорі в окремому порядку.
4.3.	Якщо інше прямо не обумовлено у Договорі, Франшиза застосовується за однією і кожною Вимогою.
5. СТРАХОВІ РИЗИКИ	
5.1.	Відповідальність Страхувальника може бути застрахована від наступних Страхових ризиків:
5.1.1.	«Відповідальність за Шкоду життю та/або здоров'ю Пацієнтів у зв'язку з їх участю в Клінічних випробуваннях».
	Пред'явлення Вимоги про відшкодування Шкоди, якщо вона була заподіяна безпосередньо у зв'язку з Подією та призвела до наступних наслідків:
a)	смерті Пацієнта;
b)	встановлення Пацієнту інвалідності;
c)	нанесення будь-якої шкоди здоров'ю Пацієнта, не пов'язаної зі встановленням інвалідності.
5.2.	Вимога вважається Страховим випадком завжди за умов наявності наступних ознак:
a)	Подія не попадає ні під один із винятків та обмежень страхування, зазначених в розділі 6 Умов, та
b)	Клінічне випробування, при проведенні якого була заподіяна Шкода, що мала місце протягом Періоду страхування, та
c)	є наявність прямого причинно-наслідкового зв'язку між заподіянням Шкоди та проведенням Страхувальником, Застрахованими особами, Додатково застрахованими особами Клінічного випробування та
d)	Вимога про відшкодування Шкоди вперше заявлена Страхувальникові, Застрахованій особі, Додатково застрахованій особі або Страховику (залежно від того, кому заявлена раніше) протягом Періоду страхування або впродовж 12 (дванадцяти) місяців після закінчення Періоду страхування. При цьому Вимогою про відшкодування Шкоди є будь-яке письмове звернення Третіх осіб до Страхувальника, Застрахованої особи, Додатково застрахованої особи, Страховика, у судові або наглядові органи, а також громадські організації, зі скаргами на погіршення стану здоров'я у зв'язку з участю в Клінічному випробуванні.
5.3.	Сукупність всіх Вимог, що пред'явлені у зв'язку із однією Подією, вважаються одним Страховим випадком.
6. ВИНЯТКИ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	
6.1.	До Страхових випадків не відносяться і Страхові відшкодування не виплачується за збитками або витратами, які прямо чи опосередковано спричинені наступними подіями:
6.1.1.	Війна, вторгнення, ворожі акти або військові дії чи операції (незалежно від того оголошено війну чи ні), будь-які військові маневри, навчання або інші військові заходи та/або їх наслідки, дія мін, торпед, бомб та/або інших знарядь війни (зброї).
6.1.2.	Громадянська війна, військове або народне повстання та/або заколот, революція, блокада, захоплення (узурпація) влади, введення військового стану, надзвичайного стану, стану облоги або будь-яка подія або причина, результатом якої стало оголошення військового стану, надзвичайного стану, стану облоги або стану війни.
6.1.3.	Конфіскація, експропріація, реквізиція, арешт, націоналізація, насильницьке відбирання, руйнування чи пошкодження, що було здійснено за наказом військових або цивільних влад або будь-яким іншим публічним муніципальним місцевим або митним органом країни або території.

6.1.4.	Протизаконні дії або бездіяльність державних органів та органів місцевого самоврядування, в тому числі видання протизаконних документів та/або розпоряджень.
6.1.5.	Вплив ядерної енергії у будь-якій формі, іонізуючої радіації, електромагнітних полів або електромагнітної взаємодії, звукових хвиль, інфра- та ультразвуку, вібрації.
6.1.6.	Радіоактивне, хімічне, біологічне або токсичне забруднення або зараження, застосування вибухових речовин.
6.1.7.	Кібер-ризик та їх прями чи опосередковані наслідки. Під «Кібер-ризиком» розуміються наступні збитки, що настали з будь-якої зовнішньої або внутрішньої причини:
a)	повне або часткове знищення, пошкодження, втрата, крадіжка, спотворення, несанкціонований доступ, незаконне використання або обмеження доступу до електронних (в тому числі персональних) даних, інформації, баз даних та програмного забезпечення, що зберігаються в електронному форматі, або
b)	повне або часткове знищення, пошкодження, втрата, незаконне використання, збій, зміна функціональності чи недоступність комп'ютерних систем та/або обладнання (включаючи мікропрограмне забезпечення, вбудовані мікросхеми) та/або мереж та/або інфраструктури в результаті зловмисної комп'ютерної атаки будь-якої природи або характеру, або
c)	несанкціоновані дії, що здійснюються з використанням інформаційно-комунікаційних технологій та спрямовані на порушення конфіденційності, цілісності і доступності інформації, яка обробляється в інформаційно-телекомунікаційній системі, або порушення сталого функціонування такої системи (кібератака).
6.1.8.	Інфекційні захворювання або загроза Інфекційного захворювання та їх прями чи опосередковані наслідки. Під «Інфекційним захворюванням» розуміються інфекційна або контагіозна речовина:
a)	включаючи, але не обмежуючись вірусами, бактеріями, паразитами чи іншими організмами або будь-якими їх різновидами, штамми, модифікаціями або мутаціями, незалежно від того, вважаються вони нині існуючими чи ні; та
b)	незалежно від способу передачі, прямого чи опосередкованого, включаючи, але не обмежуючись повітряно-крапельним шляхом, через тілесні рідини, передачу через поверхні предмета в твердому, рідкому чи газоподібному стані, або між людьми, між тваринами, або від будь-якої тварини будь-якої людини, або від будь-якої людини до будь-якої тварини, що може спричинити Шкоду, загрожувати життю та здоров'ю людей, їх добробуту, бути загрозою, призводити до погіршення, знецінення, втрати ринкової привабливості майна, втрати можливості використання майна чи нематеріальних активів.
6.2.	Якщо Страховик стверджує, що внаслідок дії винятків, зазначених в пункті 6.1 Умов, будь-які збитки чи витрати не є застрахованими за Договором, зобов'язання доказу зворотного покладається на Страхувальника.
6.3.	До Страхових випадків не відносяться наступні події та їх наслідки:
6.3.1.	Терористичний акт. Під терористичним актом розуміється акт, який включає, не обмежуючись, вживання сили або насильства та/або загрозу вжити силу або насильство, з боку будь-якої особи або групи (груп) осіб, які діють самостійно або від імені чи у зв'язку з будь-якою організацією (організаціями) або органом (органами) влади, здійснені з політичних, релігійних, ідеологічних або аналогічних причин або цілей, включаючи намір вплинути на будь-який орган влади та/або привести громадськість або будь-яку частину громадськості в стан страху. Це також виключає збиток, пошкодження, витрати і видатки будь-якого типу, які прямо чи опосередковано спричинені, сталися в результаті або у зв'язку з будь-якою дією, що проводилась з метою контролю, запобігання, придушення, або будь-яким іншим чином пов'язаною з актом тероризму.
6.3.2.	Будь-який страйк, бунт чи масове (громадське) заворушення, або будь-яка дія чи діяльність, що може призвести до бунту, страйку чи масових (громадських) заворушень (термін «масові (громадські) заворушення» включає також трудові заворушення та локаути). Дія цього винятку поширюється на:
a)	дії будь-якої особи, що приймає участь разом з іншими особами в порушенні громадського порядку (у зв'язку зі страйком, бунтом, локаутом чи не пов'язано з ними);
b)	дії державних органів та/або органів місцевого самоврядування (органів влади), з метою припинити та/або спробувати припинити та/або звести до мінімуму наслідки будь-якого порушення, визначеного в пункті (а) вище.
6.3.3.	Навмисні дії або злочин, що вчинені Страхувальником (Вигодонабувачем, Застрахованими особами, Додатково застрахованими особами.) В рамках і для цілей цього винятку під Страхувальником (Вигодонабувачем, Застрахованими особами, Додатково застрахованими особами) розуміється будь-хто з його керівників, працівників, представників, агентів або інших осіб, які діють від імені Страхувальника, а також особи які є членами родини Страхувальника – фізичної особи-підприємця, мешкають з ним разом або ведуть спільне господарство.
6.3.4.	Дії або бездіяльності Страхувальника, Застрахованих осіб, Додатково застрахованих осіб та/або Пацієнтів, здійснені в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.
6.3.5.	Надання Страхувальником, Застрахованих осіб, Додатково застрахованих осіб послуг, які він не мав права надавати відповідно до законодавства України та/або міжнародних договорів, ратифікованих Верховною Радою України.
6.3.6.	Надання Страхувальником послуг інших, ніж з питань, передбачених Застрахованою діяльністю Страхувальника, надання будь-яких рекомендацій.
6.3.7.	Невиконання умов договору або дострокового припинення договору, укладеного між Страхувальником та Пацієнтами про надання послуг в рамках Застрахованої діяльності.
6.3.8.	Відшкодування збитків або витрат, які прямо чи опосередковано спричинені та/або настали внаслідок помилки (упущення) при обробці персональних даних. Обробка персональних даних - будь-яка дія або сукупність дій (з забезпеченням конфіденційності), таких як збирання, реєстрація, накопичення, зберігання, адаптування, зміна, поновлення, використання і поширення (розповсюдження, реалізація, передача), знеособлення, знищення персональних даних, у тому числі з використанням інформаційних (автоматизованих) систем.
6.3.9.	Дії або бездіяльність осіб, що не є представниками/ працівниками Страхувальника, тобто персональна відповідальність інших осіб.
6.3.10.	Дії або бездіяльності стажера або іншої некваліфікованої особи, представника Страхувальника, що заміщає тимчасово відсутнього фахівця – працівника Страхувальника або довіреної особи, що не знаходиться зі Страхувальником у трудових відносинах.
6.3.11.	Дій або бездіяльності представника Страхувальника, що не має повноважень на здійснення Застрахованої діяльності або при відсутності у нього підтверджених кваліфікаційним сертифікатом професійних знань, а також довіреної особи, що не знаходиться зі Страхувальником у трудових відносинах.
6.3.12.	Дій або бездіяльності підрядників / субпідрядників, яких Страхувальник залучив у зв'язку зі здійсненням Застрахованої діяльності.
6.3.13.	Передача Пацієнтам будь-якого захворювання, у тому числі трансмісійної губчатої енцефалопатії (ТГЕ, коров'ячий сказ, хвороба Крейцфельда-Якоба), а також майнова шкода, заподіяна захворюванням тварин, які належать Страхувальнику або

	які передані ним або йому у володіння, користування чи розпорядження.
6.3.14.	Будь-які збитки (Шкода) за умови відсутності прямого причино-наслідкового зв'язку між фактом заподіяння такої Шкоди та фактом участі в Клінічному випробуванні та вживанні (застосуванні) Лікарських засобів і інших препаратів та процедур передбачених протоколом Клінічного випробування. Навіть якщо така Шкода мала місце протягом проведення Клінічного дослідження, включаючи але не обмежуючись: отруєння їжею в лікувально-профілактичних закладах, тілесне ушкодження на території лікувально-профілактичних закладах та ін., погіршення здоров'я, якщо не встановлено, що таке погіршення здоров'я пов'язане з участю Пацієнта в Клінічному випробуванні, вживанням (застосуванням) Лікарських засобів, та інших препаратів та процедур передбачених протоколом Клінічного випробування.
6.3.15.	Будь-які Вимоги, пов'язані з професійною помилкою та/або упущенням лікарів (їх професійна відповідальність), що не пов'язана з участю у Клінічному випробуванні.
6.4.	До Страхових випадків не відносяться будь-які Вимоги щодо:
6.4.1.	Відшкодування збитків, що заявлені на підставі договорів, контрактів чи угод (договірна відповідальність). Це виключення не поширюється на випадки, коли така відповідальність виникає незалежно від наявності таких договорів, контрактів, угод.
6.4.2.	Відшкодування збитків, пов'язаних з порушенням авторських прав, прав на відкриття, винахід або промисловий зразок, або аналогічних їм прав, включаючи недозволене використання зареєстрованих торгових, фірмових або товарних знаків, символів або найменувань.
6.4.3.	Захисту честі та гідності, відшкодування моральної шкоди чи шкоди діловій репутації, відшкодування збитків, заподіяних розголошенням інформації.
6.4.4.	Повернення гонорарів, винагород, Вимоги щодо перероблення або усунення недоліків робіт, повторного надання послуг, відшкодування вартості аналогічних послуг.
6.4.5.	Відшкодування фінансового (економічного) збитку, що не є прямим наслідком Шкоди (виключно фінансові збитки), будь-якої майнової шкоди, втрати чи недоотримання прибутку, перерви в господарській діяльності, невиконання вимог щодо якості та/або кількості продукції тощо.
6.4.6.	Відшкодування Шкоди, у зв'язку із забрудненням довкілля (навколишнього природного середовища).
6.4.7.	Збитків й будь-яких інших вимог до Страхувальника, пов'язані з перехресною відповідальністю осіб (а саме: цивільно-правове зобов'язання, що впливає із заподіяння шкоди, кредитор і боржник у якому входять в одну групу осіб, обумовлену по нормах антимонопольного законодавства України), відповідальність за заподіяння шкоди яких застрахована.
6.4.8.	Проведення Клінічного випробування в лікувально-профілактичному закладі, що не має медичної ліцензії, акредитації та за відсутності рішення про проведення Клінічного випробування, виданого Центральним органом виконавчої влади (МОЗ України) та погодження місцевими комісіями з питань етики при закладах охорони здоров'я (лікувально-профілактичних закладах) України;
6.4.9.	Відшкодування Шкоди, пов'язаної з умисним відхиленням від умов протоколу проведення Клінічного випробування (або вимог відповідних державних підприємств, установ, організацій) та/або порушення Пацієнтом плану лікування і дозування Лікарських засобів;
6.4.10.	Відшкодування Шкоди, пов'язаної з незадоволенням Пацієнтом якістю, результативністю, очікуваним Пацієнтом позитивним результатом від прийому Лікарського засобу, зазначеного в інформативній брошурі, в тому числі, звичайного розвитку захворювання як наслідок безрезультативності лікування.
6.4.11.	Відшкодування Шкоди, нанесеної потенційному суб'єкту дослідження до отримання від нього (або його законного представника) інформованої згоди
6.4.12.	Відшкодування шкоди, нанесеної Пацієнту в результаті продовження використання Лікарського засобу після завершення Клінічного випробування, в якому такий пацієнт брав участь для дослідження даного Лікарського засобу
6.4.13.	Відшкодування Шкоди фізичному чи психічному стану Пацієнту, плоду та/або новонародженій дитині, незалежно від того чи брав участь Пацієнт у Клінічному дослідженні чи ні.
6.4.14.	Відшкодування Шкоди життю/здоров'ю Пацієнту (включно з усіма побічними наслідками), яка була:
a)	фактично встановлена в ході або по завершенню Клінічного випробування впродовж 12 (дванадцяти) місяців після закінчення Періоду страхування; та
b)	задекларована Пацієнтом в інформованій згоді, що була ним підписана; та
c)	не перевищує ступінь обізнаності відповідно до сучасного рівня медичної науки щодо складових Лікарського засобу.
6.5.	За Договором відшкодуванню не підлягають:
6.5.1.	Штрафні санкції та інші стягнення будь-якого характеру.
6.5.2.	Будь-які Вимоги, які пов'язані з відповідальністю, що не застрахована за Договором, зокрема: відповідальність за заподіяння шкоди життю та/або здоров'ю та/або майну Пацієнтів, інша, ніж у зв'язку з ненавмисною професійною помилкою (упущенням, недбалістю), допущеною Страхувальником/Застрахованими особами під час здійснення ним Застрахованої діяльності, відповідальність роботодавця, відповідальність щодо гарантійних зобов'язань, відповідальність директорів та посадових осіб (D&O) тощо.
6.5.3.	Відповідальність, що виникла внаслідок здійснення Страхувальником або Застрахованою особою, Додатково застрахованою особою діяльності, не передбаченої виданим йому відповідним повноважним органом державної влади (міністерством, комітетом, департаментом, радою, ін.) рішення про проведення клінічного випробування, виданого Центральним органом виконавчої влади (МОЗ України) або при закінченні (призупиненні) терміну дії такого висновку у встановленому законом порядку;
6.5.4.	Відповідальність, що виникла в результаті розголошення або іншого використання відомостей, отриманих Страхувальником (Застрахованою особою, Додатково застрахованою особою) у ході проведення Клінічного випробування.
7.	ТЕРИТОРІЯ СТРАХУВАННЯ
7.1.	Територія страхування зазначається в Договорі.
7.2.	Якщо інше прямо не обумовлено у Договорі, Страхове покриття за Договором не розповсюджується на територію наступних

	країн: США, Канада, Австралія, Нова Зеландія, Білорусь, Російська Федерація. Зокрема, за Договором не покриваються та відшкодуванню не підлягають:
a)	будь-які Вимоги про відшкодування Шкоди внаслідок діяльності Страхувальника, його структурних одиниць, підрозділів, представників, підрядників, які зареєстровані та/ або фактично розташовані в вищезазначених країнах, або
b)	будь-які Вимоги про відшкодування Шкоди від Третіх осіб, що є резидентами вищезазначених країн, або
c)	будь-які Вимоги про відшкодування Шкоди, що висунуті або порушені в межах юрисдикції вищезазначених країн.
7.3.	У будь-якому випадку Страхове покриття за Договором не розповсюджується на будь-які Вимоги про відшкодування Шкоди внаслідок діяльності Страхувальника, його структурних одиниць, підрозділів, представників, підрядників, які зареєстровані та/ або фактично розташовані на території АР Крим, Донецької, Запорізької, Луганської, Харківської та Херсонської областей України.
7.4.	Не зважаючи на будь-яке положення Договору, Умов та/або Застережень, Страховик не надає Страхове покриття на території АР Крим, Донецької та Луганської областей України, усіх непідконтрольних уряду України територій в Запорізькій, Харківській та Херсонській областях та всіх непідконтрольних уряду України територій, згідно з розпорядженням Кабінету Міністрів України №1085-р від 07.11.2014 зі змінами та доповненнями та наказу Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України №309 від 22.12.2022 зі змінами та доповненнями.
7.5.	Не зважаючи на будь-яке положення Договору, Умов та/або Застережень, Страхове покриття за Договором не діє (або припиняється) з моменту настання на будь-якій території України однієї із зазначених нижче умов:
a)	перебування цієї території в тимчасовій окупації або оточенні (блокуванні),
b)	перебування цієї території в зоні проведення воєнних (бойових) дій,
c)	перебування цієї території поза контролем органів державної влади України.
7.6.	У будь-якому випадку Страхове покриття за Договором не розповсюджується на Вимоги про відшкодування Шкоди, що пов'язані з продукцією, яка імпортується з території АР Крим.
7.7.	Виключення, що визначені в пунктах 7.3-7.5 Умов не поширюються на випадки, якщо Страхувальник надає послуги в межах Застрахованої діяльності Пациентам, місце реєстрації яких знаходиться в межах територій України, що визначені в цих пунктах, завжди за умови, що такі послуги надаються поза межами цих територій та в межах юрисдикції України.
8. ПЕРІОД СТРАХУВАННЯ	
8.1.	Період страхування зазначається у Договорі.
8.2.	Дата початку Періоду страхування за Договором визначається відповідно до однієї з наступних опцій, яка зазначається в Договорі:
8.2.1.	«3 дня, наступного за днем оплати Страхової премії» – Період страхування починається з 00.00 годин дня, наступного за днем оплати Страхової премії (її першої частини – у випадку, якщо сплата Страхової премії передбачена частинами), але не раніше 00.00 годин дня, зазначеного в Договорі як початкова дата Періоду страхування.
8.2.2.	«3 дня початку Періоду страхування» – Період страхування починається з 00.00 годин дня, зазначеного в Договорі як дата початку Періоду страхування.
	У випадку несплати Страхувальником Страхової премії (або її першої частини) у строк, передбачений Договором, Страхове покриття за Договором припиняється з дати початку Періоду страхування.
8.3.	Днем сплати Страхової премії (її частини) вважається день зарахування грошових коштів в повному обсязі на поточний рахунок Страховика.
9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ	
9.1.	До укладення Договору, Страховик на підставі отриманої від Страхувальника інформації, з'ясовує його потреби та вимоги у страхуванні.
9.2.	За запитом Страхувальника йому може бути надано індивідуальну консультацію та сформовані рекомендації (пропозиції) стосовно страхування залежно від специфіки/складності страхового продукту, типу та потреб Страхувальника.
9.3.	До укладення Договору, Страховик забезпечує Страхувальника інформацією (яка розміщена на веб-сайті Страховика за посиланнями нижче):
a)	про Страховика: www.allianz.ua > Розкриття інформації;
b)	про страхових посередників з якими співпрацює Страховик: www.allianz.ua > Розкриття інформації > Перелік осіб, які надають посередницькі послуги;
9.4.	До укладення Договору, Страхувальник:
9.4.1.	письмово інформує Страховика про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику (визначення ймовірності настання Страхового випадку і розміру можливих збитків) та/або надає йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору.
9.4.2.	надає Страховику інформацію та документи, необхідні для здійснення належної перевірки Страхувальника згідно вимог частин 4, 7 статті 11 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» (зі змінами).
9.5.	Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію. При цьому:
9.5.1.	У випадку оформлення Договору у паперовій формі, Договір складається у кількості примірників по одному для кожної із сторін Договору. Кожен з примірників Договору підписується вповноваженими представниками сторін Договору.
9.5.2.	Оформлення Договору у формі електронного документа відбувається з використанням сервісу електронного документообігу «Вчасно».
9.6.	Договір укладається українською та англійською мовами. У випадку виявлення розбіжностей між українською та англійською версіями застосовуються умови, що визначені українською версією.
9.7.	За ініціативою Страховика та/або Страхувальника до Договору можуть бути складені Застереження.
9.8.	При укладанні Договору ці Умови можуть бути змінені за погодженням Страхувальника та Страховика в залежності від потреб у страхуванні конкретного Страхувальника. В цьому випадку зміни в Умовах відображаються в Застереженнях.
9.9.	Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що інформація, що визначена в пункті 9.3 Умов та інформація, зазначена в частині 2 статті 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» була надана йому до підписання Договору, інформація мала вичерпний характер та була надана у доступній для Страхувальника формі.

10.	ЗМІНА СТУПЕНЯ РИЗИКУ
10.1.	Зміною ступеня ризику вважається:
10.1.1.	будь-які зміни в об'єкті страхування;
10.1.2.	факт настання Страхового випадку;
10.2.	Страхувальник зобов'язаний негайно, але не пізніше ніж протягом 2 (двох) календарних днів (не враховуючи вихідні та святкові дні), як тільки йому стане або повинно було стати відомо про обставини, що визначені в пунктах 10.1.1 – 10.1.2 Умов, повідомити про це Страховика у письмовій формі та утриматись від будь-яких дій, що підвищують ступінь ризику без узгодження таких дій зі Страховиком.
10.3.	У разі надходження повідомлення про зміну ступеня ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів приймає рішення та повідомляє Страхувальника у письмовій формі про:
10.3.1.	погодження зміни ступеня ризику без зміни умов Договору, або
10.3.2.	необхідність внесення змін до Договору відповідно до зміни ступеня ризику, або
10.3.3.	припинення Договору відповідно до пункту 13.5.2 Умов.
10.4.	У випадку, якщо Страхувальник не погоджується на внесення змін до Договору, запропонованих Страховиком відповідно до пункту 10.3.2 Умов, дія Договору припиняється відповідно до пункту 10.3.3 Умов.
11.	ПОРЯДОК ВІДМОВИ СТРАХУВАЛЬНИКА ВІД ДОГОВОРУ
11.1.	Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого Договору без пояснення причин, шляхом направлення відповідного письмового повідомлення Страховику, крім випадків коли:
11.1.1.	Період страхування за Договором становить менше 30 календарних днів;
11.1.2.	за Договором повідомлено про настання події або відбулась подія, що має ознаки Страхового випадку.
11.2.	У випадку відмови Страхувальника від Договору Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену за Договором Страхову премію повністю, шляхом перерахування на поточний рахунок Страхувальника протягом 15 календарних днів з дати отримання Страховиком повідомлення про відмову Страхувальника від Договору.
12.	ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ
12.1.	Зміни до Договору вносяться за взаємною згодою Страховика та Страхувальника шляхом оформлення їх у вигляді окремого документу – договору про внесення змін (додаткової угоди) з додержанням вимог щодо форми згідно з пунктом 9.5 Умов.
12.2.	Сторона що ініціює внесення змін до Договору, повинна повідомити про це ДП «Державний експертний центр МОЗ України» за 10 (десять) робочих днів до дати внесення змін до Договору.
13.	ПОРЯДОК ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ
13.1.	Договір припиняється у разі:
13.1.1.	Закінчення Періоду страхування за Договором.
13.1.2.	Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником за Договором у повному обсязі.
13.1.3.	Несплати Страхувальником, Додатково застрахованою особою Страхової премії (або її частини) у розмірі та/або строки, що встановлені Договором:
a)	через 20 (двадцять) календарних днів з дня прострочення оплати Страхової премії (або її першої частини). У цьому випадку Страхове покриття за Договором не набуває чинності. Якщо Страхувальник погашає прострочену заборгованість щодо сплати Страхової премії (або її першої частини) до дати припинення дії Договору, дія Договору не припиняється та Страхове покриття починається з 00.00 годин дня, наступного за днем оплати Страхової премії (її першої частини);
b)	через 20 (двадцять) календарних днів з дня прострочення оплати чергової частини Страхової премії. У цьому випадку Страхове покриття за Договором припиняється з дати виникнення простроченої заборгованості щодо сплати цієї частини Страхової премії. Якщо Страхувальник погашає прострочену заборгованість щодо сплати чергової частини Страхової премії до дати припинення дії Договору, дія Договору не припиняється та Страхове покриття поновлюється з 00.00 годин дня, наступного за днем погашення простроченої заборгованості.
	У випадку сплати Страхувальником Страхової премії (або її частини) не в повному обсязі, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним неповну Страхову премію (або її частину) за реквізитами Страхувальника, що зазначені в Договорі. Перерахування та повернення частин Страхової премії, що сплачена в попередньому періоді, не передбачається.
13.1.4.	Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи підприємця.
13.1.5.	Ліквідації Страховика.
13.1.6.	Набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним.
13.1.7.	Зміни ступеня ризику у відповідності до пункту 10.3.3 Умов. При цьому Страховик повертає Страхувальнику частину Страхової премії, що розраховується відповідно до пункту 13.4.1 Умов.
13.1.8.	В інших випадках, передбачених законодавством України.
13.2.	Дію Договору може бути достроково припинено за згодою Страхувальника та Страховика, а також за вимогою Страхувальника або Страховика (шляхом односторонньої відмови від Договору).
13.3.	Якщо інше окремо не погоджено Страхувальником та Страховиком, про намір достроково припинити дію Договору (відмовитись від Договору) будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати дострокового припинення Договору.
13.4.	Наслідками відмови Страхувальника від Договору є:
13.4.1.	У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому Страхову премію за період, що залишився до закінчення Періоду страхування за вирахуванням витрат, що пов'язані з укладенням і виконанням Договору (у розмірі 40% від Страхового тарифу) та фактичних виплат Страхового відшкодування, що були здійснені за Договором.
13.4.2.	Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним Страхову премію повністю.
13.5.	Наслідками відмови Страховика від Договору є:
13.5.1.	У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним

	Страхова премія.
13.5.2.	Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику Страхову премію за період, що залишився до закінчення Періоду страхування за вирахуванням витрат, що пов'язані з укладенням і виконанням Договору (у розмірі 40% від Страхового тарифу) та фактичних виплат Страхового відшкодування, що були здійснені за Договором.
14.	ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ
14.1.	Негайно, як тільки про це стане відомо, але в будь-якому випадку не пізніше, ніж протягом 48 (сорока восьми) годин (за винятком вихідних і святкових днів) з моменту, коли він дізнався або повинен був дізнатися про настання такої події, повідомити про це Спонсора, вказавши коли, де і за яких відбулось настання події, що може бути визнана Страховим випадком, в які компетентні органи про це заявлено, а також номер Договору.
14.2.	Спонсор клінічного випробування протягом 7 календарних днів з дати, коли про це стало відомо, направляє відповідне повідомлення Страховику
14.3.	Пацієнти, їх законні представники або Треті особи можуть й ініціативно (що має бути зазначено в інформованій згоді) протягом 9 календарних днів повідомити Страховика про факт настання побічної реакції для оцінки її як Страхового випадку Контакти Страховика для повідомлення про подію, що має ознаки Страхового випадку:
a)	електронною поштою на e-mail: office@allianz.ua
b)	або за телефонами: 800 500 727 та +38 (044) 499 7700.
	У випадку повідомлення по телефону, Страхувальник повинен підтвердити його письмово протягом 72 (сімдесяти двох) годин з моменту такого повідомлення.
14.4.	В будь-якому випадку хто б не повідомив першим Страховика про настання події, що може мати ознаки Страхового випадку, Спонсор, Пацієнт чи його законні представники, він зобов'язаний надати іншій стороні всю інформацію по номеру реєстрації справи у Страховика.
14.5.	Виконувати рекомендації Страховика щодо своїх подальших дій у разі їх надання.
14.6.	Вжити всі необхідні та доцільні заходи щодо запобігання та зменшення розміру збитків, усунення причин, що можуть призвести до додаткових збитків або до збільшення їх розміру.
14.7.	Докласти всіх зусиль для фіксування у відповідних документах всіх обставин, що спричинили настання такого випадку та його наслідків, викликавши та залучивши для цього представників компетентних органів, експертів, відповідних спеціалістів.
14.8.	Надати Страховику або його представникам можливість проведення розслідування факту, причин, обставин та наслідків настання Події, Страхового випадку і розміру завданої Шкоди.
14.9.	Надати всі відомості та документи, які необхідні Страховику для встановлення (підтвердження) факту настання Події або Страхового випадку, встановлення їх причин та оцінки завданої Шкоди, включаючи відомості, що є комерційною таємницею, вжити заходи щодо збору і передачі Страховику всіх необхідних документів для забезпечення права вимоги до винної сторони.
14.10.	Надати інформацію про обставини та розмір Вимоги або про порушення судової справи.
14.11.	Не виплачувати відшкодування, не визнавати частково або цілком вимоги за пред'явленими Вимогами, а також не приймати на себе будь-яких прямих чи непрямих зобов'язань по задоволенню таких Вимог без письмової згоди Страховика.
14.12.	У випадку, якщо у Страхувальника існує можливість та підстави для відмови у задоволенні Вимоги або зменшенні її розміру, повідомити про це Страховика та вжити всіх необхідних заходів для здійснення цієї можливості.
14.13.	У випадку, якщо Страховик у зв'язку зі Страховим випадком вважатиме за необхідне призначити свого адвоката або іншу уповноважену особу для захисту інтересів як своїх, так і Страхувальника, видати відповідну довіреність та інші необхідні документи особам, що призначені Страховиком.
15.	ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ ДЛЯ ОТРИМАННЯ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ
15.1.	Заява на виплату Страхового відшкодування (за формою Страховика).
15.2.	копію позовної (претензійної) заяви потерпілого Пацієнта (ів), Третіх осіб або його законного представника(ів) або інших представників Третіх осіб у випадках, передбачених чинним законодавством України на замовника Клінічних випробувань;
15.3.	паспорт та ідентифікаційний код (за наявності); ID-картка Пацієнта (Третю особу або його законного представника) або інший офіційний документ аналогічного характеру, що посвідчує особу та
15.4.	документ, що засвідчує законне представництво Пацієнта
15.5.	протокол Клінічного випробування;
15.6.	CIOMS Form по Пацієнту
15.7.	копію інформованої згоди Пацієнта на участь у Клінічному випробуванні або
15.8.	згода на обробку персональних даних Третьої особи або законного представника Пацієнта за формою Страховика.
15.9.	В разі врегулювання спору в судовому порядку: копію рішення суду, що набрало законної сили, про визнання відповідальності Страхувальника за спричинену Шкоду та про стягнення зі Страхувальника відшкодування у розмірі заподіяної Шкоди, копію матеріалів судової справи та копії документів, які подавались Страхувальником до суду і на підставі яких було винесено таке рішення або копію рішення суду, що набрало законної сили, про закриття провадження у справі у зв'язку з укладенням сторонами мирової угоди;
15.10.	В разі досудового врегулювання Вимоги: акт врегулювання претензії, підписаний Страхувальником та Третьою особою;
15.11.	У випадку письмової згоди Страховика на самостійне проведення Страхувальником врегулювання Вимоги: копії розрахункових документів, що засвідчують сплату Страхувальником будь-яких виплат за пред'явленими Вимогами.
15.12.	Документи, що обґрунтовують та підтверджують суму завданих збитків, на підставі яких буде проводитися розрахунок суми Страхового відшкодування:
15.12.1.	У разі заподіяння шкоди життю або здоров'ю Пацієнту:
a)	у випадку смерті Пацієнта: копію свідоцтва про смерть Пацієнта, засвідчену в установленому порядку і документи про право на спадщину спадкоємців;
b)	у випадку інвалідності Пацієнта: копію свідоцтва/довідки про встановлення інвалідності Третьої особи;
c)	у разі тимчасової втрати працездатності Пацієнтом: виписку-епікриз, копію листка непрацездатності Третьої особи чи довідку медичного закладу про термін тимчасової непрацездатності, витяг з історії хвороби.
15.13.	Документи щодо забезпечення права регресу Страховика, зокрема, але не виключно: направлені претензії разом з доказами їх відправлення та/або отримання.
15.14.	Інші документи, необхідні в кожному конкретному випадку для підтвердження настання Події або Страхового випадку, встановлення їх причин, розрахунку розміру збитку, визначення винних осіб (в тому числі вирок суду, що набрав законної

	сили у випадку передачі справи на судовий розгляд) тощо.
15.15.	Вищезазначені документи надаються Страхувальником українською або англійською мовою у оригіналах або нотаріально завірених копіях або простих копіях при умові надання Страхувальнику можливості звірки цих копій з оригіналами документів. В разі існування вимог щодо мови документів, що встановлені законодавством України або мова таких документів відмінна від української або англійської, Страхувальник має надати офіційні переклади документів.
15.16.	Будь-які підтверджуючі документи, які видані органами, що не визнаються законними відповідно до чинного законодавства України, не приймаються до уваги при розгляді (врегулюванні) події, яка призвела до збитків і може бути визнана Страхувальником випадком.
16.	ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ
16.1.	Розрахунок і виплата Страхового відшкодування здійснюється згідно з умовами Договору та законодавством України на підставі документів, зазначених в розділі 15 Умов та Страхового акту.
16.2.	Порядок розрахунку суми Страхового відшкодування:
16.2.1.	У випадку смерті Пацієнта Страхове відшкодування визначається у розмірі 100% від Ліміту на кожного Пацієнта, визначеного Договором, яке включає збитки осіб, що мають право на відшкодування шкоди заподіяної їм у зв'язку зі смертю годувальника, у вигляді:
a)	видатків на поховання;
b)	частини заробітку, який втратили непрацездатні особи, що знаходились на утриманні потерпілого або мали право на одержання від нього утримання.
16.2.2.	У випадку, якщо Пацієнту встановлено (змінено на) I групу інвалідності або у випадку отримання Пацієнтом стійкого розладу здоров'я (характеристика клінічного перебігу захворювання та функціонального стану органів і систем), що дає право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів строком до 18 років відповідно з переліком медичних показань, згідно чинного законодавства України, за виключенням вроджених вад розвитку, спадкових хвороб та самої хвороби (травми), зокрема тяжких, занедбаних та невиліковних на рівні сучасного розвитку медицини захворювань та травм - Страхове відшкодування визначається у розмірі 100% від Ліміту на кожного Пацієнта, визначеного Договором.
16.2.3.	У випадку, якщо Пацієнту встановлено / (змінено на) II групу інвалідності або у випадку отримання Пацієнтом стійкого розладу здоров'я (характеристика клінічного перебігу захворювання та функціонального стану органів і систем), що дає право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів строком до 5 років відповідно з переліком медичних показань згідно чинного законодавства України, за виключенням вроджених вад розвитку, спадкових хвороб та самої хвороби (травми), зокрема тяжких, занедбаних та невиліковних на рівні сучасного розвитку медицини захворювань та травм - Страхове відшкодування визначається у розмірі 80% від Ліміту на кожного Пацієнта, визначеного Договором.
16.2.4.	У випадку, якщо Пацієнту встановлено / (змінено на) III групу інвалідності або у випадку отримання Пацієнтом стійкого розладу здоров'я (характеристика клінічного перебігу захворювання та функціонального стану органів і систем), що дає право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів строком до 2 років відповідно з переліком медичних показань згідно чинного законодавства України, за виключенням вроджених вад розвитку, спадкових хвороб та самої хвороби (травми), зокрема тяжких, занедбаних та невиліковних на рівні сучасного розвитку медицини захворювань та травм розмір Страхового відшкодування визначається у розмірі 60% від Ліміту на кожного Пацієнта, визначеного Договором.
16.2.5.	У випадку необхідності подовження тимчасового розладу здоров'я Пацієнта - Страхове відшкодування визначається виходячи із розрахунку 0,5% від Ліміту на кожного Пацієнта, визначеного Договором, за кожний день непрацездатності, але не більше 50% Ліміту на кожного Пацієнта, визначеного Договором, по рішенню Страхувальника або у відповідності до судового зобов'язання Страхувальника відшкодувати заподіяну шкоду.
16.2.6.	У випадках, що передбачені пп.16.2.2-16.2.5 Умов Страхове відшкодування включає збитки у вигляді:
a)	неодержаних доходів у зв'язку з настанням тимчасової або постійної втрати професійної працездатності у вигляді заробітку, який потерпілий втратив внаслідок втрати працездатності;
b)	додатково понесених видатків, що викликані заподіянням шкоди здоров'ю, у тому числі видатків на лікування, додаткове харчування, придбання ліків, протезування, сторонній догляд, санаторно-курортне лікування, придбання спеціальних транспортних засобів, підготовку до іншої професії, якщо встановлено, що потерпілий має потребу в цих видах допомоги й догляду й не має права на їх безкоштовне одержання;
c)	частини заробітку, який втратили непрацездатні особи, що знаходились на утриманні потерпілого або мали право на одержання від нього утримання.
16.3.	Якщо Договором передбачені Ліміти за Страхувальними випадками, Застереженнями, об'єктами страхування тощо, то Страхувальник виплачує Страхове відшкодування в межах таких Лімітів.
16.4.	Строк прийняття рішення відносно виплати, відстрочки прийняття рішення щодо виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування складає 30 (тридцять) календарних днів з дня надання Страхувальником Страхувальнику останнього з необхідних документів, зазначених в розділі 15 Умов.
16.5.	Страхувальник має право відкласти рішення про виплату Страхового відшкодування, якщо він має офіційні докази в необґрунтованості вимог Пацієнта (його законного представника або Третньої особи) на одержання Страхового відшкодування - до одержання необхідних доказів (повторного рішення профільної лікарняної кваліфікаційної комісії (ЛКК) медичного закладу, на базі якого проводиться клінічне випробування), але не більше, ніж на 3 (три) місяці. Рішення про відкладення виплати Страхового відшкодування бути письмово обґрунтоване Страхувальником
16.6.	Рішення щодо виплати Страхового відшкодування оформлюється Страхувальним актом. Для узгодження зі Страхувальником розміру Страхового відшкодування в строк, передбачений пунктом 16.4 Умов, Страхувальник надсилає Страхувальнику (Вигодонабувачу) проект Страхового акту. Якщо Страхувальник (Вигодонабувач) згоден з усіма положеннями Страхового акту, він зобов'язаний передати Страхувальнику заяву на виплату Страхового відшкодування. Якщо Страхувальник (Вигодонабувач) не згоден з будь-якими з положень Страхового акту, він має надіслати свої зауваження Страхувальнику у письмовій формі. У такому випадку положення, за якими є розбіжності мають бути узгоджені сторонами відповідно до пункту 19.5 Умов.
16.7.	Страхувальник має право відкласти рішення щодо виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування у випадку якщо:
16.7.1.	він має сумніви в обґрунтованості вимог Страхувальника на отримання Страхового відшкодування (достовірності наданих Страхувальником відомостей та документів, правомочності Страхувальника на отримання Страхового відшкодування тощо) – до отримання необхідних доказів, але не більше, ніж на 60 (шістдесят) календарних днів;
16.7.2.	розпочато досудове розслідування (внесені відомості до Єдиного реєстру досудових розслідувань) щодо Страхувальника та ведеться досудове розслідування обставин, які спричинили настання події, що може бути визнана Страхувальником випадком – до отримання Страхувальником від Страхувальника постанови про закриття кримінального провадження або вироку суду, що набрав законної сили;
16.7.3.	за фактом настання Страхового випадку розпочато досудове розслідування (внесені відомості до Єдиного реєстру досудових розслідувань), крім випадків, зазначених в пункті 16.7.2 Умов – до отримання Страхувальником від Страхувальника

16.7.4.	постанови про закриття кримінального провадження або вироку суду, що набрав законної сили, але не більше, ніж 6 місяців; для з'ясування обставин настання Страхового випадку та/або визначення розміру збитків призначена експертиза – до отримання результатів такої експертизи.
16.8.	У разі прийняття рішення про відмову у виплаті або відстрочку прийняття рішення щодо виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування Страховик повідомляє про це Страхувальника (Вигодонабувача) у письмовому вигляді з обґрунтуванням причин відмови чи відстрочки впродовж 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.
16.9.	Строки та особливості виплати Страхового відшкодування:
16.9.1.	Виплата Страхового відшкодування здійснюється Страхувальнику (Вигодонабувачу) впродовж 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання Страховиком заяви на виплату Страхового відшкодування від Страхувальника (Вигодонабувача).
16.9.2.	Страхове відшкодування виплачується постраждалому Пацієнту, його законними представниками або спадкоємцям. Страхувальник може отримати Страхове відшкодування тільки після пред'явлення документів, що підтверджують оплату Вимоги (у випадку письмової згоди Страховика на проведення таких оплат).
16.9.3.	Днем виплати Страхового відшкодування вважається день перерахування грошових коштів на поточний рахунок Страхувальника (Вигодонабувача).
16.9.4.	У разі виплати Страхового відшкодування у валюті іншій ніж гривня, строк виплати Страхового відшкодування збільшується на строк, необхідний для засвідчення такої виплати регулятором відповідно до порядку проведення валютних операцій. За запитом Страхувальника (Вигодонабувача), Страховик зобов'язаний надати пояснення та підтверджуючі документи щодо стану процесу засвідчення виплати.
16.9.5.	У разі здійснення виплати Страхового відшкодування на користь Вигодонабувача нерезидента, розмір Страхового відшкодування зменшується на величину додаткових витрат Страховика. Додаткові витрати Страховика розраховуються за формулою: $ДВС = СВ_0 * СП / (100\% + СП),$ де: ДВС – додаткові витрати Страховика; СВ ₀ – сума Страхового відшкодування до зменшення на величину додаткових витрат Страховика; СП – ставка податку, який має бути сплачено Страховиком у зв'язку зі здійсненням виплати Страхового відшкодування Вигодонабувачу нерезиденту (в %).
16.9.6.	Відповідно до положень частини 1 статті 212 ЦК України сторони прийшли до згоди про те, що положення пункту 16.9.5 Умов набувають чинності виключно за умови, якщо чинним законодавством буде передбачено або передбачається, що при здійсненні виплати Страхового відшкодування на користь Вигодонабувача нерезидента, Страховик повинен за власний рахунок (без утримання із суми Страхового відшкодування) здійснювати сплату податку на прибуток при виплаті доходів (прибутків) на користь нерезидентів з джерелом походження з України.
16.10.	Якщо інше не погоджено Страховиком та Страхувальником, із суми Страхового відшкодування підлягає вирахуванню сума несплаченої Страхової премії, що підлягає до сплати Страхувальником за весь Період страхування. У випадку, коли сума несплаченої Страхової премії перевищує суму Страхового відшкодування, виплата Страхового відшкодування здійснюється тільки після оплати Страхової премії в повному обсязі.
16.11.	Страховик має право вирахувати із суми Страхового відшкодування суму несплаченої Страхової премії, що підлягає до сплати Страхувальником за весь Період страхування у разі: а) якщо на момент оформлення Страхового акту Страхувальник має прострочену заборгованість по оплаті Страхової премії або її частини;
16.12.	якщо після оформлення Страхового акту та виплати Страхового відшкодування Договір припиняється внаслідок виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником за Договором у повному обсязі у відповідності до пункту 13.1.2 Умов.
16.13.	У випадку, коли сума несплаченої Страхової премії перевищує суму Страхового відшкодування, виплата Страхового відшкодування здійснюється тільки після оплати Страхової премії в повному обсязі.
16.14.	Після сплати Страхового відшкодування, Страховику, за його згодою, у межах фактичних витрат (що включають, але не обмежуються сумою виплаченого ним Страхового відшкодування) переходять права вимоги до третіх осіб, що несуть відповідальність за заподіяні збитки (право регресу).
16.15.	Якщо Страхувальник одержав відшкодування за збиток від третіх осіб, Страховик сплачує тільки різницю між сумою Страхового відшкодування, яка підлягає сплаті за умовами Договору, та сумою, отриманою від третіх осіб. Страхувальник зобов'язаний негайно сповістити Страховика про отримання таких сум. Якщо відшкодування від третіх осіб було отримано пізніше, ніж Страхове відшкодування від Страховика, Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання відшкодування від третіх осіб суму відшкодування отриманого від третіх осіб, але не більше суми Страхового відшкодування.
16.16.	Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику отримане Страхове відшкодування (або його відповідну частину), якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявлені такі обставини, що існували на момент виплати Страхового відшкодування, які згідно з чинним законодавством України повністю або частково позбавляють Страхувальника права на отримання Страхового відшкодування.
16.17.	Якщо у момент настання Страхового випадку стосовно об'єктів страхування діяли також інші договори страхування з іншими страховиками, відшкодування за збитками та витратами розподіляється пропорційно співвідношенню страхових сум, за якими об'єкти страхування застраховані кожним страховиком, а Страховик виплачує Страхове відшкодування тільки у частині, яка припадає на його частку.
16.18.	Після виплати Страхового відшкодування Страхова сума зменшується на величину виплаченого Страхового відшкодування. Зменшення Страхової суми здійснюється з моменту настання Страхового випадку.
16.19.	Якщо інше не погоджено сторонами Договору, при розрахунку Страхового відшкодування по документально підтвердженим збиткам чи витратам у іноземній валюті – сума таких збитків чи витрат розраховується як еквівалент у гривні за курсом НБУ на дату настання Страхового випадку.
16.20.	Якщо Третя особа зареєстрована на тимчасово окупованій території України, Страхове відшкодування буде сплачено виключно Страхувальнику після надання Страховику всіх документів, що передбачені Договором, завжди за умови, що виконання такої виплати не призведе до порушення Страховиком будь-яких торговельних чи економічних санкцій, заборон чи обмежень, встановлених органами державної влади України, резолюціями Організації Об'єднаних Націй або законами чи постановами Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії і Північної Ірландії чи Сполучених Штатів Америки. Страхувальник може отримати Страхове відшкодування лише після пред'явлення документів, що підтверджують виплату вимоги (вимог) Третій особі та суму відшкодування.
16.21.	Страховик не виплачує Страхове відшкодування Страхувальнику (потерпілій Третій особі) через банки або їх підрозділи, які зареєстровані на тимчасово окупованій території України.
17.	ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ
17.1.	Несвоечасне повідомлення Страхувальником про зміну відповідно до пункту 10.2 Умов якщо така зміна призвела до Страхового випадку або збільшення розміру збитку.

17.2.	Несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання події, яка призвела до збитків і має ознаки Страхового випадку, без поважних на це причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини чи обставини настання Страхового випадку або розмір заподіяних збитків.
17.3.	Невиконання Страхувальником дій чи зобов'язань передбачених розділом 14 Умов при настанні події, яка може бути визнана Страховим випадком.
17.4.	Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування чи обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику (як при укладанні Договору, так і під час його дії) або про факт настання Страхового випадку (включаючи, але не обмежуючись здійсненням Страхувальником підлогу, обману чи шахрайства при визначенні причин та розміру збитку у результаті настання Страхового випадку).
17.5.	Отримання Страхувальником повного відшкодування збитків від третіх осіб, винних у їх заподіянні
17.6.	Якщо Страхувальник не виконає будь-який із обов'язків, покладених на нього пунктом 18.1 Умов.
17.7.	Дії або бездіяльність Страхувальника, які перешкоджають Страховику реалізувати право регресу до осіб, що винні в настанні Страхового випадку.
17.8.	Наявність обставин, які є виключеннями із Страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими цими Умовами.
17.9.	Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.
18. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ	
18.1.	Страхувальник зобов'язаний:
18.1.1.	сплачувати Страхову премію в терміни, передбачені Договором;
18.1.2.	при укладанні Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини і факти, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику;
18.1.3.	під час дії Договору повідомляти Страховика про зміну ступеню ризику в порядку, передбаченому пунктом 10.2 Умов;
18.1.4.	при укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єктів страхування;
18.1.5.	при настанні Страхового випадку або події, яка має ознаки Страхового випадку, повідомити Страховика та діяти в порядку, передбаченому розділом 14 Умов;
18.1.6.	вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, внаслідок настання Події або Страхового випадку;
18.1.7.	для отримання Страхового відшкодування надати Страховику документи, необхідні для з'ясування розміру збитку, причин настання Страхового випадку тощо, які зазначені в розділі 15 Умов;
18.1.8.	вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати Страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховику права вимоги до винних осіб, що спричинили настання Страхового випадку;
18.1.9.	у разі змін в інформації та/або документах, наданих Страхувальником на виконання пункту 9.4.2 Умов, надати Страховику актуальну інформацію та/або документи.
18.2.	Страхувальник має право:
18.2.1.	отримати Страхове відшкодування при настанні Страхового випадку;
18.2.2.	відмовитись від Договору у відповідності з розділами 11 та 13 Умов;
18.2.3.	при виникненні скарг звернутись до Страховика наступним чином:
a)	залишити повідомлення через онлайн форму «Поскаржитись» у меню «Залишити відгук» на сайті Страховика: https://allianz.ua ;
b)	надіслати повідомлення електронною поштою на адресу: office@allianz.ua ;
c)	надіслати скаргу у письмовій формі на поштову адресу Страховика: 04119, м. Київ, вул. Дегтярівська, 21г;
d)	зателефонувати до контакт-центру Страховика за телефоном 800 500 727 або +380 44 499 77 00;
e)	звернутись особисто в офіс Страховика.
18.3.	Страховик зобов'язаний:
18.3.1.	перед укладенням Договору забезпечити Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика, з метою прийняття Страхувальником усвідомленого рішення про укладення Договору;
18.3.2.	при настанні Страхового випадку здійснити виплату Страхового відшкодування у передбачений Договором строк;
18.3.3.	у разі настання Страхового випадку відшкодувати витрати, понесені Страхувальником для запобігання настанню Страхового випадку та зменшення наслідків Страхового випадку у розмірі та порядку, що передбачений цими Умовами та Договором;
18.3.4.	забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, в порядку та на умовах визначених чинним законодавством України та цими Умовами.
18.4.	Страховик має право:
18.4.1.	перевіряти інформацію, що надана Страхувальником, а також коригувати умови Договору, якщо в період його дії відбудеться зміна ступеню ризику або обсягу страхової відповідальності Страховика;
18.4.2.	відмовити у виплаті Страхового відшкодування або зменшити його розмір, якщо Страхувальник не виконає будь-які свої обов'язки, що визначені цими Умовами;
18.4.3.	відмовитись Договору у відповідності з розділом 13 Умов;
18.4.4.	вимагати повернення Страхового відшкодування у випадку отримання Страхувальником компенсації збитків від третіх осіб;
18.4.5.	направити запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки Страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки Страхового випадку;
18.4.6.	самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки Страхового випадку.
18.4.7.	розкривати інформацію, що становить таємницю страхування, компаніям, які входять в групу Allianz, учасником якої є Страховик.
19. ЛИСТУВАННЯ, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	
19.1.	Листування за Договором буде вважатися зробленим належним чином, тільки якщо воно здійснюється у письмовій формі та надсилається рекомендованим листом, кур'єром, або вручається особисто за зазначеними адресами сторін Договору. Датою отримання буде вважатися дата особистого вручення або дата поштового штампеля відділу зв'язку одержувача.
19.2.	За невиконання або виконання неналежним чином прийнятих на себе зобов'язань Страховик та Страхувальник несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.

19.3.	Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати Страхового відшкодування та на вимогу Страхувальника зобов'язаний сплатити останньому пеню у розмірі 3% річних від розміру простроченої суми Страхового відшкодування за кожен день прострочення.
19.4.	Страховик не несе зобов'язань щодо забезпечення Страхового покриття, виплати Страхового відшкодування або здійснення будь-яких інших фінансових операцій, якщо виконання зазначених зобов'язань призведе до порушення Страховиком санкцій, заборон або обмежень, застосованих відповідно до законодавства України, Європейського Союзу, Сполучених штатів Америки, Сполученого Королівства Великої Британії і Північної Ірландії, чи встановлених резолюціями ООН.
19.5.	Всі спори, які виникають між Страховиком та Страхувальником за Договором, вирішуються шляхом переговорів, а при недосягненні згоди – в судовому порядку відповідно до чинного законодавства України.
20.	ЗАПЕВНЕННЯ ЩОДО ДОГОВОРУ
20.1.	Запевнення щодо захисту персональних даних
20.1.1.	Страховик та Страхувальник запевняють один одного щодо дотримання всіх встановлених законодавством України вимог щодо обробки та захисту персональних даних, що будуть отримані/надані на виконання Договору.
20.1.2.	Страховик та Страхувальник зобов'язуються надавати одна одній лише ті персональні дані, які необхідні для належного виконання Договору. Страховик та Страхувальник запевняють один одного, що вони мають/будуть мати необхідні повноваження та дозволи (згоди), що вимагаються законодавством про захист персональних даних від усіх відповідних суб'єктів даних для використання, розкриття та передачі (за необхідності) таких персональних даних, а також, що цим суб'єктам даних було/буде надано усю необхідну інформацію про використання їх персональних даних;
20.1.3.	Страховик здійснює обробку наданих персональних даних в Базі даних «Клієнти» відповідно до мети (цілі) обробки даних, а саме:
a)	на виконання Договору страхування;
b)	у зв'язку з можливими правовими спорами та судовими процесами;
c)	на виконання вимог, передбачених законодавством України.
20.1.4.	Обробка персональних даних Страховиком здійснюється у паперовій формі та/або електронній формі на серверах Страховика за його місцезнаходженням, впродовж строку необхідного для виконання зобов'язань за Договором. Страховик може передавати персональні дані третім особам лише для будь-якої з цілей, зазначених вище.
20.1.5.	Страховик та Страхувальник зобов'язуються впроваджувати необхідні заходи для забезпечення безпеки персональних даних, у тому числі шляхом встановлення обов'язку дотримання режиму конфіденційності, та забезпечити належний режим захисту у разі передачі персональних даних третім особам, для уникнення випадків втрати, витоку персональних даних. Після того, як Страховику або Страхувальнику стане відомо про факти порушень режиму захисту даних, кожен з них повідомить про це один одного без зайвого зволікання доданням об'ґрунтовано необхідної інформації.
20.1.6.	У разі виникнення будь-яких питань щодо обробки персональних даних Страховиком, відповідні суб'єкти даних можуть звернутись до нього по електронній пошті dpo@allianz.ua або написати листа за адресою місцезнаходження Страховика.
20.2.	Антикорупційне запевнення
20.2.1.	Страховик та Страхувальник, в тому числі їх дочірні компанії, працівники, представники та інші особи, що діють від імені Страховика та Страхувальника, зобов'язуються при проведенні переговорів, укладенні Договору за цими Умовами та при виконанні своїх зобов'язань за укладеним Договором неухильно дотримуватись вимог чинного антикорупційного законодавства України та слідувати наступним положенням:
a)	Не пропонувати, не обіцяти та/або не виплачувати будь-які грошові суми будь-яким державним посадовим особам та членам їх сімей, політичним партіям або їх представникам, працівникам або представникам державних організацій чи установ з метою одержання або збереження будь-якої неправомірної вигоди для Страховика;
b)	Не вчиняти дій, а також не вступати з іншими контрагентами в незаконні домовленості/правочини, що порушують антикорупційне законодавство України, Закон США про боротьбу з корупцією у зовнішньоекономічній діяльності від 1977 року та/або Закон Великобританії про боротьбу з хабарництвом від 2010 року (з поправками), які забороняють пропонувати, обіцяти або давати будь-які платежі чи інші цінності державним посадовим особам з метою здійснення впливу на дії чи рішення державних посадових осіб при виконанні ними своїх посадових обов'язків, чи з метою спонукання державних посадових осіб до неправомірного використання свого впливу/службового становища або отримання незаконних переваг при здійсненні бізнесу;
c)	З метою укладення Договору за цими Умовами, не пропонувати, не обіцяти та не надавати працівникам Страховика або Страхувальника, що беруть участь в обговоренні та укладенні Договору за цими Умовами, або будь-яким третім особам ніякі матеріальні та нематеріальні винагороди, послуги та переваги, якщо вони:
-	є надмірними, тобто не відповідають звичайній діловій практиці сторін та надаються без ділової мети;
-	можуть призвести до виникнення конфлікту інтересів;
-	становлять загрозу професійній незалежності Страховика або Страхувальника та їх працівників.
20.2.2.	Страхувальник запевняє Страховика щодо негайного письмового повідомлення про всі виплати, які він здійснив або зобов'язаний буде здійснити третім особам в якості винагороди за Договором, що укладається відповідно до цих Умов.
20.2.3.	Страховик та Страхувальник запевняють один одного стосовно негайного письмового повідомлення про виявлення підозр чи фактів порушення цього пункту Умов.