

УМОВИ КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЩО ВІЇЖДАЮТЬ НА ВІДПОЧИНОК НА ГІРСЬКОЛИЖНОМУ КУРОРТІ «АКТИВНА ЗИМА»

ці умови діють з «30» березня 2020 р.

АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНГО», іменована надалі Страховик (ліцензії ДКРРФП серії АВ №546587, АВ №546577, АВ №546578, АВ №546569, АВ №546592 від 16.07.2010 року), є платником податку на прибуток згідно з п.п.141.1.2. п.141.1. ст.141. Податкового кодексу України, з однієї сторони,

та

Особа, прийняла індивідуальну пропозицію укласти договір добровільного комплексного страхування осіб, що виїжджають на відпочинок на гірськолижні курорти «АКТИВНА ЗИМА», іменована надалі Страхувальник, з другої сторони, що тут і надалі спільно іменуються "Сторони" та кожна окремо "Сторона",

попередньо ознайомлені з вимогами чинного законодавства України щодо недійсності правочинів, а також у відповідності до ст. 634 Цивільного кодексу України, розуміючи значення своїх дій та діючи добровільно, відповідно до «Правил добровільного страхування медичних витрат ПрАТ «АСК «ІНГО Україна», затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг 22.04.2008 р. за № 2170171, «Правил добровільного страхування від нещасних випадків ПрАТ «АСК «ІНГО УКРАЇНА», затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг 01.02.2007р. за № 0270177, «Правил добровільного страхування фінансових ризиків ПрАТ «АСК «ІНГО УКРАЇНА», затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг 01.02.2007р. за № 1870173, «Правил добровільного страхування вантажів та багажу ПрАТ «АСК «ІНГО УКРАЇНА», затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг 01.02.2007 р. за № 0970172, «Правил добровільного страхування цивільно-правової відповідальності перед третіми особами» затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг 01.02.2007 р. за № 1570179, із змінами (надалі – «ПРАВИЛА») СТРАХОВИКА, уклали Договір комплексного страхування осіб, що виїжджають на відпочинок на гірськолижному курорті «АКТИВНА ЗИМА»:

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ:

1.1. **амбулаторно-поліклінічна допомога (медична допомога в амбулаторно-поліклінічних умовах)** – медична допомога Застрахованій особі при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму, в т.ч. стійкій дисфункції якого-небудь органу або до виникнення загрози життю Застрахованої особи. Включає витрати на послуги лікаря, діагностичні дослідження, медикаменти та витратні матеріали (вата, бинт, шприци, печатки), необхідні для лікування, засоби фіксації (гіпс, бандаж тощо);

1.2. **альтернативний транспорт** – попередньо узгоджений із Страховиком вид транспорту, перевезення яким може бути використане у випадку неможливості здійснення перевезення спеціальним медичним транспортом.

1.3. **багаж** - особисті речі Застрахованої особи, що перевозяться нею під час поїздки, як здані на зберігання транспортній організації, так і ручна поклажа;

1.4. **близькі родичі Застрахованої особи** - чоловік/дружина, діти, мати, батько;

1.5. **Вигодонабувач** - фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи у Договорі як особа, що має право на отримання страхової виплати у разі настання страхового випадку;

1.6. **гірськолижний курорт** - місце відпочинку та розваг з розвиненою інфраструктурою. Зазвичай розташовується на горі або великому горбі і включає в себе гірськолижні траси і супутні послуги (пункти прокату спортивного гірськолижного інвентарю, гірськолижні підіймачі, засоби харчування,

паркінг);

1.7. **договір страхування (надалі - Договір)** - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик у разі настання страхового випадку бере на себе зобов'язання здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі Страхувальником, на користь якої укладено Договір, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені Договором строки та виконувати інші умови Договору;

1.8. **екстрена медична допомога** (швидка медична допомога) – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я (згідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» зі змінами да доповненнями). Надається Застрахованій особі при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкій дисфункції якого-небудь органу), або до виникнення загрози життю Застрахованої особи;

1.9. **загроза життю та здоров'ю** - ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання екстреної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень або смерті Застрахованої особи;

1.10. **Застрахована особа** - фізична особа, на користь та за згодою якої укладається Договір та яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором;

1.11. **Контакт-центр (Асистанс)** - спеціалізована служба, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника/Застрахованої особи та осіб, що надають послуги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку, організовує і контролює надання послуг. Контактні телефони Контакт-центру зазначаються в Договорі страхування;

1.12. **ліміт відповідальності (ліміт відшкодувань)** – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми по видах страхування за окремими видами витрат по страхових випадках;

1.13. **медична евакуація** – система заходів лікувально-евакуаційного забезпечення, метою яких є транспортування пацієнтів до медичних пунктів та лікувальних закладів, в тому числі і на територію постійного проживання, в яких визначається діагноз разом з умовами надання медичної допомоги в дорозі (медичний супровід), якщо такі послуги передбачені станом;

1.14. **медичний супровід** - послуги працівника медичної установи, що супроводжує Страхувальника/Застраховану особу, якщо такі послуги рекомендовані лікарем;

1.15. **місцеве лікування** - застосування комбінованих лікувальних процедур багатоспрямованої дії з метою підсилення захисних реакцій організму та спрямованих на боротьбу з інфекцією, зниженню запальної реакції та профілактику мікробного забруднення;

1.16. **невідкладна стоматологічна допомога** – необхідна для зняття гострого болю допомога, що включає огляд стоматолога, анестезію, рентген (за наявності показань), видалення зуба, розкриття кореневих каналів (без лікування, пломбування тощо), постановку тимчасової пломби;

1.17. **нешасний випадок** - зовнішній, короткочасний (до декількох годин), ненавмисний та непередбачений збіг обставин і умов, за яких всупереч волі Страхувальника/Застрахованої особи заподіяно шкоду здоров'ю або настала смерть;

1.18. **період покриття (період дії страхового захисту)** - період часу в межах строку дії Договору, протягом якого Страховик несе зобов'язання по прийняттю на страхування ризикам;

1.19. **пошуково-рятувальні роботи** – комплекс заходів, який проводиться навченими та, за вимогою, технічно-оснащеними фахівцями з організації пошукових робіт та рятування в зоні стихійного лиха, природної або техногенної катастрофи, наслідків складних погодних або географічних умов з метою евакуації (вивезення, виведення) постраждалого (постраждалих, вцілілих, поранених тощо) з місця події до безпечного місця, а також надання ними екстреної медичної допомоги;

1.20. **предмети першої необхідності** - зубна щітка, зубна паста, серветки, рушники, мило, спеціальні засоби гігієни для немовлят та жінок,

одноразові засоби гоління;

1.21. **природні катаклізми** - різкі зміни в характері та умовах життя на обмеженому просторі земної поверхні під впливом руйнівних атмосферних та вулканічних процесів;

1.22. **пролонгація Договору страхування** - укладання Договору страхування на новий період страхування за умови, що дата початку дії нового Договору страхування припадає на наступний календарний день після закінчення строку дії попереднього укладеного Договору;

1.23. **раптове захворювання (раптовий розлад здоров'я)** - раптове, непередбачене гостре погіршення стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, що загрожує життю та здоров'ю цієї особи і вимагає надання невідкладної медичної допомоги;

1.24. **стаціонар** - лікувальний заклад для цілодобового перебування пацієнтів, безперервного нагляду за ними і надання необхідної та кваліфікованої медичної допомоги;

1.25. **страхова сума** - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. Договір вважається виконаним у повному обсязі і припиняє свою дію з моменту здійснення страхових виплат в розмірі, еквівалентному розміру страхової суми. Договір діє до кінця обумовленого терміну в межах суми, що є різницею між страховою сумою і розміром страхових виплат, виплачених за даним Договором;

1.26. **страхова виплата (страхове відшкодування)** - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору у разі настання страхового випадку;

1.27. **страховий захист** - зобов'язання Страховика, визначені Договором страхування, щодо здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) у разі настання страхового випадку, який стався в період покриття обумовлений Договором;

1.28. **страховий ризик** - певна подія, на випадок якої здійснюється страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання;

1.29. **страховий випадок** - подія, передбачена умовами Договору, що відбулася та з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику/Застрахованій особі/Вигодонабувачу або іншій третій особі на умовах Договору;

1.30. **страхова премія** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором;

1.31. **територія дії Договору (територія страхування)** - географічний район/країна/група країн, який вказаний у Договорі та на який розповсюджується дія Договору, за виключенням:

- тимчасово окупованих територій;

- територій населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження. Перелік таких населених пунктів визначається на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, відповідно до законодавства України;

- території, на яких на дату настання події, що може бути визнана страховим випадком, проводилась антитерористична операція або операція об'єднаних сил; території проведення оголошеної війни; території, на якій введено військовий стан. Межі такої території визначаються на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, відповідно до міжнародного законодавства та (або) на підставі документів компетентних органів відповідних країн;

- території, на яких, на дату настання події, що може бути визнана страховим випадком, проводились воєнні дії будь-якого характеру (незалежно від того чи був оголошений стан війни) або збройні конфлікти. Межі такої території визначаються на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, на підставі документів міжнародних компетентних органів.

Якщо Страхувальник/Застрахована особа вибуває з території страхування, дія страхового захисту припиняється. Якщо це зазначено Договором страхування, територією страхування є Україна;

1.32. **товари медичного призначення** - будь-які інструменти, апаратура, прилади, пристрої, обладнання, імплантати, матеріали або інші вироби, у

т.ч. інвазивні, а також вироби, передбачені не для досягнення основної лікувальної мети, а для сприяння досягненню цієї мети, та вироби, що застосовуються як окремо, так і в комбінації, включаючи засоби програмного забезпечення, необхідні для належного використання, передбаченого виробником, з метою забезпечення:

1) профілактики, діагностики, лікування, спостереження або полегшення стану пацієнта у разі захворювання, травми, каліцтва або як компенсація дефекту органу чи фізичної вади;

2) дослідження, заміни або видозмінення структури (анатомії) органів, тканин або фізіологічних процесів;

3) контролю над процесом запліднення.

Будь-яке обладнання, що постачається у комплекті з виробами медичного призначення та призначене для поєднання з іншим зовнішнім (додатковим) устаткуванням, повинно розглядатися як невід'ємна частина таких виробів;

1.33. **травма** - фізичне ушкодження внаслідок впливу зовнішніх факторів, що супроводжується порушенням цілісності та (або) функцій тканин та органів тіла людини і спричиняє різні відкриті та/або закриті ушкодження;

1.34. **третя особа** - будь-яка інша особа, крім Страховика, Страхувальника, Застрахованих осіб, Вигодонабувача;

1.35. **франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. Франшиза в будь-якому випадку вираховується з суми страхового відшкодування, яке повинен сплатити Страховик при настанні страхового випадку.

Всі інші страхові терміни, яким не надається визначення в Умовах комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон, тлумачаться відповідно до Закону України "Про страхування".

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать чинному законодавству України, пов'язані з:

2.1. життям, здоров'ям, працездатністю Страхувальника/Застрахованої особи що спричинили/можуть спричинити витрати Страхувальника/Застрахованої особи на медичні, медико-транспортні, транспортні послуги, понесені Страхувальником/Застрахованою особою під час подорожі на території вказані в Договорі страхування (далі - медичні витрати);

2.2. життям, здоров'ям, працездатністю Страхувальника/Застрахованої особи, які можуть бути порушені внаслідок настання нещасного випадку, який стався зі Страхувальником/Застрахованою особою під час подорожі на території, вказаній в Договорі страхування (далі - нещасний випадок);

2.3. зобов'язанням відшкодувати шкоду життю та здоров'ю або майну третьої особи, нанесену Страхувальником/Застрахованою особою з необережності під час перебування на території, вказаній в Договорі, за винятком поїздки з метою зміни постійного місця проживання (далі - відповідальність);

2.4. володінням, користуванням та розпорядженням багажем Страхувальника/Застрахованої особи під час подорожі (далі - багаж).

3. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. Страховими випадками визнаються такі події:

3.1.1. понесення медичних витрат внаслідок раптового захворювання Страхувальника/Застрахованої особи або нещасного випадку, що стався зі Страхувальником/Застрахованою особою;

3.1.2. понесення витрат, пов'язаних зі смертю Страхувальника/Застрахованої особи, яка настала внаслідок хвороби або нещасного випадку;

3.1.3. смерть Страхувальника/Застрахованої особи, що настала внаслідок нещасного випадку;

3.1.4. постійна повна або часткова втрата працездатності (інвалідність) Страхувальника/Застрахованої особи, що сталася внаслідок нещасного випадку;

3.1.5. тимчасова втрата працездатності Страхувальника/Застрахованої особи (для непрацюючого Страхувальника/Застрахованої особи, у тому числі пенсіонера по віку - тимчасове порушення здоров'я) внаслідок нещасного випадку;

Події, передбачені п.п.3.1.1.- п.п.3.1.5., визнаються страховими випадками, якщо вони є наслідком раптового розладу здоров'я або нещасного випадку і призвели до хвороби або смерті Страхувальника/Застрахованої особи під час дії Договору на вказаній в ньому території страхування та призвели до витрат майнового характеру.

Смерть, постійна повна або часткова втрата працездатності, що сталися внаслідок нещасного випадку в період дії Договору, визнаються страховими випадками, якщо вони відбулися не пізніше, ніж протягом одного року з дня настання нещасного випадку.

3.1.6. відповідальність Страхувальника/Застрахованої особи за заподіяну шкоду майну, життю та здоров'ю третіх осіб;

3.1.6.1. відповідальність Страхувальника/Застрахованої особи за пошкодження або знищення майна, прийнятого в оренду (далі – орендоване майно). При цьому під орендованим майном розуміється спортивний гірськолижний інвентар, а саме: лижі, кріплення для лиж, черевики лижні, палки лижні, маски (окуляри) лижні, сноуборди, сноубордові черевики.

3.1.7. крадіжка, пропажа, повна загибель або часткове пошкодження багажу з будь-якої причини з урахуванням умов Розділу 7 Договору.

4. УМОВИ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

4.1. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п.п.3.1.1., п.п.3.1.2., згідно з умовами Договору страхування, укладеного на умовах програми «**Активна зима.Профі**», в межах страхової суми або окремо встановлених лімітів відповідальності Страховик відшкодовує витрати на:

4.1.1. швидку невідкладну медичну допомогу каретою швидкої медичної допомоги або, за згодою Страховика, іншим альтернативним транспортом в разі виникнення невідкладного стану в місці виникнення надзвичайних обставин;

4.1.2. екстрену медичну допомогу в умовах стаціонару (за наявності медичних показань щодо госпіталізації в палаті стандартного типу), включаючи витрати на розміщення у лікарні; послуги лікаря; проведення невідкладних операцій, діагностичних досліджень; оплату медикаментів та витратних матеріалів, необхідних для лікування та засобів фіксації, а саме гіпс, бандаж; придбання товарів медичного призначення для заміни та/або корегування функцій уражених органів (штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези, фіксатори та обладнання для остеосинтезу, ортези, милиці) в межах 8 000 (восьми тисяч) євро/дол.США;

4.1.3. екстрену та невідкладну медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах, включаючи витрати на послуги лікаря; діагностичні дослідження; медикаменти та витратні матеріали, необхідні для лікування, засоби фіксації, а саме гіпс, бандаж та ортез при переломах, з урахуванням п.п.8.2.41. Договору;

4.1.4. невідкладну стоматологічну допомогу в межах 150 (ста п'ятдесяти) євро/дол.США протягом дії Договору;

4.1.5. невідкладну медичну допомогу при ускладненні вагітності по 20-тий тиждень вагітності включно у разі виникнення раптових ускладнень коли медична допомога Застрахованій особі необхідна за життєвими показаннями. При цьому відповідний стан Застрахованої особи повинен бути підтверджений медичним висновком. Якщо термін вагітності на момент настання страхового випадку перевищує 20 тижнів і 1 (один) день, медичні послуги та витрати Страховиком не відшкодовуються, а оплачуються Страхувальником/Застрахованою особою самостійно. У будь-якому разі витрати на допомогу при пологах і післяпологовому догляді за дитиною не покриваються;

4.1.6. транспортування Страхувальника/Застрахованої особи, що здійснюється спеціалізованим медичним транспортним засобом або, за згодою Страховика, іншим альтернативним транспортом, до найближчої медичної установи за умови відсутності на місці тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги. Транспортування здійснюється винятково у випадках підтвердження його необхідності висновком лікаря. Транспортування за допомогою санітарної авіації здійснюється виключно у випадках попереднього узгодження цих умов транспортування із Страховиком;

4.1.6.1. транспортування Страхувальника/Застрахованої особи до місця тимчасового проживання (готель, база відпочинку тощо) в межах 150 (ста п'ятдесяти) євро/дол.США після отримання медичної допомоги у випадку травми нижніх кінцівок.

4.1.7. медичну евакуацію транспортним засобом, що рекомендований лікарем, включаючи витрати на медичний супровід до місця постійного проживання Страхувальника/Застрахованої особи або до найближчої медичної установи за місцем проживання з метою подальшого лікування за умови відсутності в місці тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги, або за наявності медичних показань про можливість продовження лікування за місцем проживання. При цьому Страховик відшкодовує витрати на оформлення документів, транспортні витрати на медичну евакуацію та проїзд економічним класом супроводжуючої особи до місця його попереднього постійного проживання, якщо медичний супровід надавався.

Медична евакуація здійснюється винятково у випадках, коли її необхідність підтверджується висновком лікаря за умови відсутності медичних протипоказань. Витрати на медичну евакуацію сплачуються в межах встановленої в Договорі страхування страхової суми;

4.1.8. організацію транспортування та оплати вартості транспортування тіла (репатріації) Страхувальника/Застрахованої особи до місця його постійного проживання. При цьому Страховик відшкодовує витрати на:

- оформлення документів на підготовку тіла до транспортування/кремації/поховання;
- транспортні витрати на репатріацію;
- процедуру кремації або за додатковим письмовим погодженням із родичами померлої Застрахованої особи відшкодовуються витрати на поховання тіла Застрахованої особи в країні за місцем смерті - в межах 10% від страхової суми.

Необхідною умовою для організації репатріації є надання родичами померлої Застрахованої особи заяви-підтвердження про готовність забрати тіло (прах у випадку кремації) після перетину державного кордону. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги (на поховальну урну у випадку кремації);

4.1.9. пошуково-рятувальні роботи у випадках раптового захворювання або нещасного випадку Страхувальника/Застрахованої особи - в межах 15% від страхової суми зі страхування медичних витрат;

4.1.10. витрати на телефонні переговори із Страховиком або Контакт-центром в межах 100 (ста) євро/дол.США за умови надання документів, що підтверджують такі витрати (роздруківка від оператора).

4.2. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п.п.3.1.1., п.п.3.1.2., згідно з умовами Договору страхування, укладеного на умовах програми «**Активна зима**», в межах страхової суми або окремо встановлених лімітів відповідальності Страховик відшкодовує витрати на:

4.2.1. швидку невідкладну медичну допомогу каретою швидкої медичної допомоги або, за згодою Страховика, іншим альтернативним транспортом в разі виникнення невідкладного стану в місці виникнення надзвичайних обставин;

4.2.2. екстрену медичну допомогу в умовах стаціонару (за наявності медичних показань щодо госпіталізації в палаті стандартного типу), включаючи витрати на розміщення у лікарні; послуги лікаря; проведення невідкладних операцій, діагностичних досліджень; оплату медикаментів та витратних матеріалів, необхідних для лікування та засобів фіксації (виключно гіпс та бандаж);

4.2.3. екстрену та невідкладну медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах, включаючи витрати на послуги лікаря; діагностичні дослідження; медикаменти та витратні матеріали, необхідні для лікування, засоби фіксації, а саме гіпс, бандаж та ортез при переломах, з урахуванням п.п.8.2.41. Договору;

4.2.4. невідкладну стоматологічну допомогу в межах 150 (ста п'ятдесяти) євро/дол.США протягом дії Договору;

4.2.5. невідкладну медичну допомогу при ускладненні вагітності по 20-тий тиждень вагітності включно у разі виникнення раптових ускладнень коли медична допомога Застрахованій особі необхідна за життєвими показаннями. При цьому відповідний стан Застрахованої особи повинен бути підтверджений медичним висновком. Якщо термін вагітності на момент настання страхового випадку перевищує 20 тижнів і 1 (один) день, медичні

послуги та витрати Страховиком не відшкодовуються, а оплачуються Страхувальником/Застрахованою особою самостійно. У будь-якому разі витрати на допомогу при пологах і післяпологовому догляді за дитиною не покриваються;

4.2.6. транспортування Страхувальника/Застрахованої особи, що здійснюється спеціалізованим медичним транспортним засобом або, за згодою Страховика, іншим альтернативним транспортом, до найближчої медичної установи за умови відсутності на місці тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги. Транспортування здійснюється винятково у випадках підтвердження його необхідності висновком лікаря. Транспортування за допомогою санітарної авіації здійснюється виключно у випадках попереднього узгодження цих умов транспортування із Страховиком;

4.2.7. медичну евакуацію транспортним засобом, що рекомендований лікарем, включаючи витрати на медичний супровід до місця постійного проживання Страхувальника/Застрахованої особи або до найближчої медичної установи за місцем проживання з метою подальшого лікування за умови відсутності в місці тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги, або за наявності медичних показань про можливість продовження лікування за місцем проживання. При цьому Страховик відшкодовує витрати на оформлення документів, транспортні витрати на медичну евакуацію та проїзд економічним класом супроводжуючої особи до місця його попереднього постійного проживання, якщо медичний супровід надавався.

Медична евакуація здійснюється винятково у випадках, коли її необхідність підтверджується висновком лікаря за умови відсутності медичних протипоказань. Витрати на медичну евакуацію сплачуються в межах встановленої в Договорі страхування страхової суми;

4.2.8. організацію транспортування та оплату вартості транспортування тіла (репатріації) Страхувальника/Застрахованої особи до місця його попереднього постійного проживання. При цьому Страховик відшкодовує витрати на:

- оформлення документів на підготовку тіла до транспортування/кремації/поховання;
- транспортні витрати на репатріацію;

- процедуру кремації або за додатковим письмовим погодженням із родичами померлої Застрахованої особи відшкодовуються витрати на поховання тіла Застрахованої особи в країні за місцем смерті - в межах 10% від страхової суми.

Необхідною умовою для організації репатріації є надання родичами померлої Застрахованої особи заяви-підтвердження про готовність забрати тіло (прах у випадку кремації) після перетину державного кордону. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги (на поховальну урну у випадку кремації);

4.2.9. пошуково-рятувальні роботи у випадках раптового захворювання або нещасного випадку Страхувальника/Застрахованої особи - в межах 15% від страхової суми зі страхування медичних витрат;

4.2.10. витрати на телефонні переговори із Страховиком або Контакт-центром в межах 100 (ста) євро/дол.США за умови надання документів, що підтверджують такі витрати (роздруківка від оператора).

5. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

5.1. За випадками, зазначеними в п.п.3.1.3.-п.п.3.1.5., розміри страхових виплат визначаються наступним чином:

5.1.1. За випадком, зазначеним в п.п.3.1.5., розмір страхової виплати визначається у відсотках від страхової суми, встановленої для Застрахованої особи за програмою страхування згідно з «Таблицею розмірів страхових виплат у разі тимчасової втрати працездатності внаслідок нещасного випадку» (Додаток №3 (шкала №2) до Правил добровільного страхування від нещасних випадків № 0270177 від 01.02.2007 р., та внесеними змінами № 0281392 від 03.09.2008 р., залежно від тяжкості травми.

5.1.2. За випадком, зазначеним в п.п. 3.1.4., розмір страхової виплати визначається у розмірі:

5.1.2.1. 100% від страхової суми за програмою страхування у разі встановлення інвалідності 1 групи;

- 5.1.2.2. 75% від страхової суми за програмою страхування у разі встановлення інвалідності 2 групи;
- 5.1.2.3. 50% від страхової суми за програмою страхування у разі встановлення інвалідності 3 групи.
- 5.1.3. За випадком, зазначеним в п.п. 3.1.3., розмір страхової виплати визначається в розмірі 100% від страхової суми.

6. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ

6.1. В межах страхової суми встановлені такі ліміти відповідальності Страховика:

6.1.1. на компенсацію матеріального збитку внаслідок часткового пошкодження або знищення майна третьої особи – в межах 30% (тридцяти відсотків) від страхової суми зі страхування цивільної відповідальності за виключенням ліміту відповідальності за п.6.1.3.;

6.1.2. на компенсацію матеріального збитку за шкоду, нанесену життю та здоров'ю третьої особи – в межах 70% (сімдесяти відсотків) від страхової суми зі страхування цивільної відповідальності за виключенням ліміту відповідальності за п.6.1.3.;

6.1.3. на компенсацію матеріального збитку у разі ненавмисного пошкодження або загибелі взятого в прокат спортивного гірськолижного інвентарю – в межах 500 (п'ятисот) євро/дол.США.

Збитки внаслідок ненавмисного пошкодження під час занять активним відпочинком взятого в прокат спортивного гірськолижного інвентарю визначаються:

- при знищенні – в розмірі оціночної вартості згідно укладеного Договору оренди;

- при частковому пошкодженні – в розмірі необхідних витрат на приведення його до стану, в якому цей спортивний гірськолижний інвентар був до настання страхового випадку, але не більше оціночної вартості згідно укладеного Договору оренди.

6.1.4. У разі необхідності залучення перекладача або адвоката для захисту прав Страхувальника/Застрахованої особи в судовому процесі з адміністративних або цивільних справ, в межах страхової суми Страховик відшкодовує витрати на послуги перекладача та/або адвоката.

7. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ БАГАЖУ

7.1. В межах страхової суми Страховик проводить виплату страхового відшкодування у разі повної загибелі, часткового пошкодження, повної або часткової пропажі гірськолижного інвентарю (далі – багажу) – в межах 500 (п'ятисот) євро/дол.США (страхової суми) на наступних умовах:

7.1.1. у разі повної загибелі всього або частини багажу – у розмірі його дійсної вартості, за винятком залишкової вартості пошкодженого багажу, але не більше страхової суми. Багаж вважається повністю знищеним (повна загибель багажу), якщо витрати на ремонт з урахуванням зносу разом із залишковою вартістю перевищують дійсну вартість багажу. Із суми страхового відшкодування віднімається франшиза, передбачена Договором страхування;

7.1.2. у разі викрадення, повної або часткової пропажі багажу – у розмірі його дійсної вартості, за винятком залишкової вартості багажу, що залишилася, але не більше страхової суми. Із суми страхового відшкодування віднімається відповідна франшиза, передбачена Договором страхування;

7.1.3. при пошкодженні всього або частини – у розмірі витрат на ремонт. Застрахований багаж вважається пошкодженим, якщо витрати на ремонт разом із залишковою вартістю не перевищують дійсну вартість неушкодженого багажу. Із суми страхового відшкодування віднімається франшиза, передбачена Договором страхування;

Розмір збитку визначається по кожному предмету окремо. Загальна сума виплат не може перевищувати страхову суму, встановлену в Договорі страхування.

7.1.4. Якщо викрадена (зникла) річ була повернута Страхувальнику/Застрахованій особі, то вона зобов'язана повернути Страховикові отримане страхове відшкодування, за винятком пов'язаних зі страховим випадком витрат на ремонт або упорядкування повернутої речі, не пізніше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після повернення їй викраденої (зниклої) речі.

7.1.5. Якщо за втрачений або пошкоджений багаж або його частину Страхувальник/Застрахована особа отримав відшкодування від третіх осіб. Страховик сплачує лише різницю між сумою, що підлягає виплаті за Договором страхування, і сумою, отриманою від третіх осіб. Про отримання таких сум Страхувальник зобов'язаний негайно повідомити Страховиківі.

7.1.6. У разі якщо втрачений або пошкоджений багаж здавався перевізнику як багаж з метою здійснення перевезення або перебував з пасажиром (ручна поклажа), страхове відшкодування сплачується як додаток до виплат перевізника, відшкодованих ним відповідно до умов перевезення, і тільки після отримання таких виплат Страхувальником/Застрахованою особою.

7.1.7. У разі втрати (крадіжки) окремих предметів, що входять до складу комплекту, набору тощо, сума збитку визначається як різниця між вартістю цього комплекту, набору тощо і вартістю збережених предметів.

7.2. Строк прийняття рішення щодо виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування складає 30 (тридцять) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з необхідних документів, зазначених в Розділі 13 Договору.

7.3. Страховий захист поширюється на гірськолижний інвентар за умови використання його Страхувальником/Застрахованою особою за прямим призначенням під час занять спортом.

7.4. У разі крадіжки застрахованого майна з автомобіля (причепу) Страховик здійснює виплату страхового відшкодування за наявності документів, що підтверджують те, що:

- крадіжка відбулася в денний час з 6:00 до 22:00;

- викрадені речі знаходились в зачиненому відсіку залишеного на автостоянці з контрольно-пропускним пунктом (багаторусні, підземні автостоянки тощо) автомобіля (причепу);

- крадіжка відбулася під час зупинки не більше ніж на 3 години.

7.5. В межах страхової суми відшкодовуються всі необхідні та доцільні витрати на порятунок багажу, а також на зменшення або встановлення розміру збитку, якщо такий випадок підлягає відшкодуванню.

8. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

8.1. Події, передбачені у п.п.3.1.1-п.п.3.1.7., не визнаються страховими випадками, якщо вони відбулися внаслідок:

8.1.1. навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи або Вигодонабувача, а також уповноважених Страхувальником/Застрахованою особою осіб, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій зазначених осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

8.1.2. вчинення Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

8.1.3. стану алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння Страхувальника/Застрахованої особи;

8.1.4. самогубства (спроби самогубства) Страхувальника/Застрахованої особи, крім випадків притягнення до кримінальної відповідальності осіб, винних у доведенні до самогубства (спроби самогубства) Застрахованої особи;

8.1.5. керування Страхувальником/Застрахованою особою транспортним засобом без права на його керування або передачі права керування транспортним засобом особі, яка не мала на це права або знаходилася в стані алкогольного, наркотичного та/або токсичного сп'яніння;

8.1.6. ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин;

8.1.7. військових дій, їх наслідків (незалежно від того, чи був оголошений військовий стан), повстань, народних хвилювань, несанкціонованих страйків;

8.1.8. польоту Застрахованої особи на літальному апараті, керування останнім, крім випадків польоту як пасажир на літаку цивільної авіації, яким керував професійний пілот, або керування літальним апаратом Застрахованою особою, який(а) є професійним пілотом;

8.1.9. виконання будь-якої фізичної праці за договором (наймом) чи будь-яким цивільно-правовим договором;

8.1.10. грубої необережності Страхувальника/Застрахованої особи або Вигодонабувача, що допустили грубу необережність, якщо вони не вжили заходів для запобігання настанню нещасного випадку, передбачених законодавством, локальними нормативними актами або Договором. Груба необережність полягає в тому, що Страхувальник/ Застрахована особа:

- передбачав можливість настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), але легковажно розраховував на те, що вони не відбудуться;
- не передбачав можливості настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), хоча повинен був передбачити і мав таку можливість.

Факт грубої необережності встановлюється на підставі рішення суду чи інших компетентних органів, які здійснювали розслідування за цим випадком.

8.2. За подіями, передбаченими в п.п.3.1.1.- п.п.3.1.5., Страховик не відшкодовує витрати на:

8.2.1. лікування та діагностику хронічних захворювань, крім випадків зняття гострого стану, що становить загрозу життю Застрахованої особи;

8.2.2. відновлення погіршеного стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, які пов'язані з лікуванням, яке Страхувальник/Застрахована особа отримувал/-ла до початку періоду страхування, а також у разі, якщо поїздка була протипоказана Страхувальнику/Застрахованій особі за станом здоров'я та медичними показниками;

8.2.3. діагностику та лікування доброякісних та злоякісних новоутворень;

8.2.4. лікування та діагностику судомних станів, нервових (крім невритів) та психічних захворювань, неврозів та травматичних ушкоджень, пов'язаних з ними;

8.2.5. отримання Страхувальником/Застрахованою особою медичних послуг, не пов'язаних з раптовим захворюванням або нещасним випадком;

8.2.6. профілактичні заходи, щеплення та загальні медичні огляди;

8.2.7. діагностичні маніпуляції (у тому числі консультації та лабораторні дослідження), що не мають відношення до раптового захворювання або нещасного випадку;

8.2.8. консультації, обстеження і операції на серці та судинах, у тому числі на ангіографію, ангіопластику і шунтування;

8.2.9. консультації, обстеження і лікування сонячних опіків 1 (першого), 2 (другого) ступеню та інших гострих змін шкірного покриву, спричинених впливом ультрафіолетового випромінювання. Якщо при обстеженні Страхувальнику/Застрахованій особі буде встановлений діагноз опіку, то він самостійно має оплатити це обстеження, подальші консультації, діагностику та лікування;

8.2.10. консультації, обстеження і лікування будь-яких алергічних реакцій та захворювань, крім випадків, які несуть загрозу життю Застрахованої особи;

8.2.11. захворювання шкіри та її придатків (в тому числі дерматитів, кропивниць, еритем), укуси комах та інших представників флори та фауни, які викликають алергічні реакції, стани, захворювання та які не несуть загрозу життю Застрахованої особи (крім набряку Квінке, анафілактичного шоку, малярії та лихоманки Денге).

8.2.12. лікування будь-яких розладів здоров'я чи ускладнень, що відбулися внаслідок невиконання рекомендацій лікаря, що проводить лікування Застрахованої особи;

8.2.13. лікування та діагностику захворювань, пов'язаних з масовими епідеміями або пандеміями та потребують вживання комплексу карантинних заходів;

8.2.14. лікування та діагностику будь-яких форм туберкульозу;

- 8.2.15. лікування та діагностику хвороб ендокринної системи;
- 8.2.16. лікування та діагностику вірусу імунодефіциту;
- 8.2.17. лікування та діагностику гострої та хронічної форми променевої хвороби;
- 8.2.18. лікування та діагностику вірусних гепатитів;
- 8.2.19. консультації, обстеження і лікування будь-яких захворювань та розладів органів слуху, видалення сірчаних пробок;
- 8.2.20. крім договорів страхування, укладених на умовах програми «**Активна зима.Профі**» придбання товарів медичного призначення для заміни та/або корегування функцій уражених органів;
- 8.2.21. послуги, які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування;
- 8.2.22. побічні дії лікарських засобів, харчових добавок;
- 8.2.23. діагностику та лікування будь-яких венеричних захворювань та інфекцій, що передаються статевим шляхом, з переважним ураженням інших органів, відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, а також витрати, що виникли у зв'язку з будь-якими наслідками або проявами (у тому числі і смертю) від ВІЛ-інфекції;
- 8.2.24. пластичну хірургію та протезування;
- 8.2.25. витрати на стоматологічне лікування, крім випадків надання невідкладної стоматологічної допомоги при гострому зубному болю або нещасному випадку;
- 8.2.26. планові консультації, обстеження і лікування під час перебігу вагітності, незалежно від терміну вагітності, або її ускладнень, крім випадків, коли медична допомога Застрахованій особі необхідна за життєвими показаннями. При цьому відповідний стан Застрахованої особи повинен бути підтверджений медичним висновком. У будь-якому разі витрати на допомогу при пологах і післяпологовому догляді за дитиною не покриваються;
- 8.2.27. проведення абортів, крім випадків, коли операція виконана з метою рятування життя Страхувальника/Застрахованої особи. При цьому відповідний стан Застрахованої особи має бути підтверджено медичним висновком;
- 8.2.28. діагностику та лікування безпліддя;
- 8.2.29. витрати на процедури по запобіганню вагітності та штучне запліднення, витрати на лікування станів, пов'язаних із порушенням менструального циклу;
- 8.2.30. надання послуг медичною установою, або особою, що не має відповідної ліцензії;
- 8.2.31. лікування і обстеження методами мануальної терапії, нетрадиційні методи лікування, самолікування, рефлексотерапії (акупунктури), масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та іншими методами не доказової медицини, а також витрати на проведення курсу лікування на бальнеологічних або лікувальних курортах, у санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку або інших подібних установах;
- 8.2.32. надання додаткового комфорту, а саме телевізору, телефону, кондиціонеру та інше;
- 8.2.33. придбання, ремонт та профілактика товарів медичного призначення (інгалятор, слуховий апарат, окуляри, милиці тощо, крім придбання милиць, якщо Договір страхування укладений на умовах програми «**Активна зима.Профі**»);
- 8.2.34. витрати, понесені після повернення Страхувальника/Застрахованої особи у країну постійного проживання;
- 8.2.35. догляд за хворим Страхувальником/Застрахованою особою, родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи вони є професійними медичними працівниками;
- 8.2.36. проведення дезінфекції, вакцинації, лікарських експертиз, лабораторних і діагностичних досліджень, не пов'язаних з нещасним випадком або раптовим захворюванням;

8.2.37. шкоду, заподіяну Страхувальнику/Застрахованій особі внаслідок професійної помилки лікаря або іншої особи, що надавала послуги Страхувальнику/Застрахованій особі;

8.2.38. непрямі збитки, а також збитки, заподіяні майну Страхувальника/Застрахованої особи, крім гірськолижного інвентаря Застрахованої особи, застрахованого на умовах Розділу 7 Договору;

8.2.39. витрати, які виникли внаслідок добровільної відмови Страхувальника/Застрахованої особи від виконання рекомендацій лікаря або Контакт-центру Страховика, отриманих ним/нею у зв'язку із страховим випадком;

8.2.40. витрати, що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показаннями, в тому числі коли лікар дає дозвіл на медичну евакуацію), що вона сама чи в супроводі іншої особи, може повернутися до постійного місця проживання;

8.2.41. медичні обстеження, огляди, консультації лікаря з метою контролю ефективності призначеного лікування, а також перев'язки в межах продовження лікування;

8.2.42. медичні, адміністративні послуги, якщо подорож здійснювалась з метою їх отримання;

8.2.43. стаціонарне та амбулаторне лікування, транспортування та витрати на репатріацію, коли вони не узгоджені зі Страховиком або Контакт-центром;

8.2.44. ритуальні послуги з поховання в Україні або країні громадянином якої він є;

8.2.45. будь-які витрати, що не є невідкладними з медичної точки зору;

8.2.46. витрати пов'язані з лікуванням незначних хвороб або травм, які піддаються місцевому лікуванню і не перешкоджають продовженню подорожі Застрахованої особи, у тому числі ушкодження м'яких, верхніх тканин шкіри, що не потребують невідкладної медичної допомоги (синці, подряпини);

8.2.47. витрати, пов'язані з лікуванням гострих респіраторних та вірусних захворювань без наявності гіпертермічного синдрому (температура від 38 С) та наявність ознак дихальної недостатності II та III ступеня, за виключенням дітей до 16 років;

8.2.48. збитки, що не підтверджені документально.

8.3. За подіями, вказаними в п.п.3.1.6., Страховик не відшкодовує витрати на:

8.3.1. збитки, що не підтверджені документально;

8.3.2. шкоду, заподіяну внаслідок дії непереборної сили або умислу потерпілої особи;

8.3.3. вимоги про відшкодування штрафних санкцій Страхувальником/Застрахованою особою;

8.3.4. шкоду, заподіяну об'єктам навколишнього природного середовища (у тому числі екологічне забруднення);

8.3.5. моральну (немайнову) шкоду;

8.3.6. витрати, понесені Страхувальником/Застрахованою особою на врегулювання претензії потерпілої особи, не погоджені із Страховиком.

8.4. Додатково за ризиком, вказаним в п.п.3.1.7., не відшкодовуються збитки у разі:

8.4.1. конфіскації, реквізиції, арешту, націоналізації, заборони пересування, затримання чи знищення за наказом військової або цивільної влади, піратських дій;

8.4.2. будь-якого страйку, бунту чи громадських заворушень;

8.4.3. зносу, іржі, плісняви, знебарвлювання та інших природних властивостей застрахованого майна;

8.4.4. псування майна комахами, хробаками, міллю або гризунами;

8.4.5. подряпин, луцення фарби, інших порушень зовнішнього вигляду майна, що не спричинили порушення його функцій.

8.5. Страховик не несе відповідальності за страхові випадки, вказані в Розділі 3, та має право відмовити у страховій виплаті, якщо Страхувальник/Застрахована особа не виконала вимог Розділу 13 умов Договору, або надала недостовірні дані стосовно страхового випадку.

9. СТРАХОВА СУМА ТА СТРАХОВА ПРЕМІЯ

9.1. Розмір та валюта страхової суми встановлюється окремо за кожним ризиком на весь період дії Договору та вказується в Договорі страхування у відповідній графі.

Якщо страхова сума, не зафіксована у відповідній графі Договору, вважається, що вона дорівнює нулю і цей ризик не покривається страховим захистом.

9.2. Страхова сума визначається у Договорі за згодою Сторін та зменшується на розмір страхових виплат, сплачених Страховиком за медичні та інші послуги, надані Страхувальнику/Застрахованій особі.

У разі, якщо сума страхових виплат за надані медичні та інші послуги на умовах Договору страхування, дорівнює розміру страхової суми, зазначеної в Договорі, Договір припиняє свою дію повністю або за окремим ризиком/групою ризиків.

9.3. Розмір страхової премії встановлюється в залежності від розміру страхової суми, програми страхування, строку страхування, території (зони) перебування Страхувальника/Застрахованої особи та інших умов Договору та зазначається в Договорі страхування.

9.4. Страхова премія вноситься Страхувальником одноразовим платежем за весь строк дії Договору страхування до дати початку дії Договору. Дата внесення страхового платежу зазначається в Договорі страхування.

9.4.1. Договір набуває чинності з дати наступної за днем сплати страхової премії. При цьому період, за який не була сплачена страхова премія, зараховується в загальний строк дії Договору. Усі випадки, що відбулися до сплати страхової премії, не є страховими та не підлягають відшкодуванню.

10. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. Договір може укладатися на строк перебування Страхувальника/Застрахованої особи за межами України, але не більше, ніж один рік.

10.2. Договір не діє в країні постійного проживання на законних підставах Страхувальника/Застрахованої особи і/або громадянином якої він/вона є.

10.3. Страховий захист починається з моменту проходження Страхувальником/Застрахованою особою прикордонного контролю України при виїзді за кордон або з 00.00 годин за Київським часом дати, зазначеної в Договорі як дата початку дії Договору (за датою, що настала пізніше), за умови виконання вимог п.9.4. та закінчується в момент перетину Страхувальником/Застрахованою особою державного кордону України під час повернення в Україну, але не пізніше вказаної в Договорі дати закінчення строку дії Договору страхування.

10.4. У межах Договору територія перебування Страхувальника/Застрахованої особи умовно поділяється на такі зони:

10.4.1. Територія 1 – Шенгенська зона, Європа;

10.4.2. Територія 2 – весь світ;

10.4.3. Територія 3 – весь світ, крім США та Канади.

Територія дії Договору страхування зазначається в Договорі страхування та може бути визначена, згідно зон, вказаних в п. 10.4. даних Умов страхування або як географічна територія країни, в яку здійснює подорож Застрахована особа.

11. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Для укладання Договору Страхувальник/Застрахована особа повідомляє заявою у письмовій або усній формі (листом, телефаксом або телефоном) Страховика (його агента або брокера) про свій намір укласти Договір.

11.2. Для укладання Договору страхування в заяві необхідно вказати:

11.2.1. прізвище, ім'я, по батькові українською мовою та в латинській транскрипції (як у паспорті громадянина України для виїзду за кордон), дату народження Страхувальника/Застрахованої особи, паспорт громадянина України або паспорт громадянина України для виїзду за кордон (серія, номер), реєстраційний номер облікової картки платника податків (РНОКПП) (раніше індивідуальний податковий номер (ІПН)) Страхувальника, адресу, контактний телефон Страхувальника;

11.2.2. найменування, юридичну адресу, телефон, банківські реквізити, якщо Страхувальник - юридична особа. У такому випадку до заяви додається список Застрахованих осіб;

11.2.3. дати початку і закінчення перебування у подорожі, в тому числі за кордоном;

11.2.4. територію дії Договору;

11.2.5. розмір страхової суми.

11.3. Під час укладання Договору Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику.

11.4. Укладанням Договору страхування Страхувальник/Застрахована особа звільняє лікарів організацій закладів охорони здоров'я від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком у частині, що стосується страхового випадку.

12. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

12.1. Страхувальник має право:

12.1.1. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку;

12.1.2. достроково припинити дію Договору, в т.ч. відносно окремої Застрахованої особи;

12.1.3. призначити Вигодонабувача для отримання страхової виплати та замінити його іншою особою до настання страхового випадку;

12.1.4. повторно одержати, у тому числі на електронну адресу, Договір страхування у разі його втрати;

12.1.5. застрахувати додаткову кількість осіб або припинити дію Договору відносно певної застрахованої особи. При цьому Страховик здійснює перерахунок страхової премії на підставі чинних тарифів.

12.2. Страхувальник зобов'язаний:

12.2.1. під час укладання Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

12.2.2. своєчасно та повністю вносити страхові платежі у термін та у розмірі, встановленому у Договорі;

12.2.3. негайно повідомити Страховика про настання страхового випадку (Розділ 13);

12.2.4. повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету Договору;

12.2.5. вживати заходи для запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

12.2.6. при настанні страхового випадку надати Страховику письмову заяву на отримання страхової виплати, додавши до неї Договір, а також документи та відомості, передбачені в п.п.13.5.-п.п.13.8., необхідні для встановлення причин, характеру страхового випадку та його зв'язку з наслідками;

12.2.7. надати Страховику можливість обстеження Страхувальника/Застрахованої особи з метою з'ясування стану його здоров'я;

12.2.8. надати Страховику інформацію про особу, з вини якої Страхувальник/Застрахована особа поніс (понесла) витрати, що відшкодовуються за Договором;

12.2.9. виконувати всі розпорядження фахівців Контакт-центру;

12.2.10. повернути Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявлені такі обставини, що існували на момент здійснення страхової виплати, які згідно з чинним законодавством України повністю або частково позбавляють Страхувальника права на отримання страхової виплати.

12.3. Страховик має право:

12.3.1. перевіряти надану Страхувальником/Застрахованою особою інформацію, а також виконання Страхувальником/Застрахованою особою умов Договору страхування;

12.3.2. достроково припинити дію Договору згідно з Розділом 16;

12.3.3. висунути зворотні вимоги до Страхувальника на суму виплаченого страхового відшкодування, якщо після виплати виникли обставини, зазначені у п.п.12.2.10.;

12.3.4. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках невиконання Страхувальником/Застрахованою особою умов п.12.2. та Розділу 13;

12.3.5. перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою щодо обставин настання страхового випадку;

12.3.6. самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.

12.3.7. Страховик зобов'язаний:

12.3.8. ознайомити Страхувальника з Договором, правилами та умовами страхування, в т.ч. з умовами п.10.3. та п.п.15.2.4. Договору;

12.3.9. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів для оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

12.3.10. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк з урахуванням вимог Розділу 13 та Розділу 14. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами страхування;

12.3.11. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку, щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено Договором;

12.3.12. тримати в таємниці відомості про Страхувальника/Застраховану особу та його/її майновий стан, стан його/її здоров'я за винятком випадків, передбачених законодавством України.

13. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ

13.1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, в т.ч. при виникненні у Застрахованої особи потреби в отриманні медичних послуг та (або) додаткових послуг Страхувальник/Застрахована особа повинен(на) не пізніше 24 годин з моменту настання події, зв'язатися з Контакт-центром, що представляє інтереси Страховика, зазначеним у Договорі для отримання інформації щодо подальших дій та повідомити оператору Контакт-центру таку інформацію:

13.1.1. номер Договору;

13.1.2. прізвище, ім'я Страхувальника/Застрахованої особи;

13.1.3. строк дії Договору;

13.1.4. місцезнаходження Страхувальника/Застрахованої особи (країна, місто), номер контактного телефону;

13.1.5. причину звернення.

13.2. Якщо телефонний дзвінок до Контакт-центру було здійснено до моменту звернення до медичної установи за медичною допомогою, Страхувальнику/Застрахованій особі буде організовано надання медичної допомоги та інших послуг на передбачених Договором страхування умовах.

13.2.1. Якщо Страхувальник/Застрахована особа з об'єктивних причин (стан здоров'я, відсутність фізичної можливості зателефонувати) не змогла зв'язатися із Контакт-центром до надання їй послуг, передбачених умовами Договору страхування, вона зобов'язана протягом 24-х годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, сповістити Контакт-центр про її настання і узгодити надання та умови оплати необхідних послуг.

13.2.2. Якщо сума за надані медичні послуги не перевищує еквіваленту 300 (триьохста) євро/дол.США, Застрахована особа може самостійно звернутися до найближчої медичної установи та сплатити вартість медичних послуг, передбачених умовами страхування. В будь-якому разі Застрахована особа зобов'язана узгодити витрати із Контакт-центром.

Якщо Страхувальник/Застрахована особа протягом 24-х годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, не повідомила Контакт-центр про настання події не маючи на це поважних причин, Страховик компенсує Страхувальнику/Застрахованій особі лікування в сумі, що не перевищує 200 (двісті) євро/дол.США при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах, та 500 (п'ятсот) євро/дол.США при лікуванні в умовах стаціонару. При цьому виплата страхового відшкодування Страхувальнику/Застрахованій особі в якості компенсації самостійно витрачених коштів здійснюється в гривнях за встановленим курсом Національного банку України на дату звернення до медичної установи або до відповідного компетентного органу стосовно настання страхового випадку.

13.3. У разі настання страхового випадку, що пов'язаний зі шкодою, нанесеною життю та здоров'ю Страхувальника/ Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний/-на:

13.3.1. повідомити Страховика протягом 10 (десяти) днів з моменту настання такого ви-падку або з моменту усунення обставин, що перешкоджали своєчасному повідо-мленню про настання такого випадку;

13.3.2. звернутися до лікувально-профілактичної установи протягом 3 (трьох) днів з моменту настання такого випадку;

13.3.3. надати Страховикові або його представникові вільний доступ до інфор-мації, що пов'язана зі страховим випадком або подією, яка має ознаки страхового випадку;

13.3.4. вжити заходів з метою запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

13.3.5. надати Страховику можливість з'ясувати стан здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи;

13.3.6. надати Страховику інформацію про особу, з вини якої Страхувальник/Застрахована особа поніс (понесла) витрати, що відшкодовуються за Договором.

Неможливість виконання вимог п.п. 13.3.1. та п.п.13.3.2. має бути обґрунтована Страховику письмово.

13.4. У разі настання страхового випадку, якщо Страхувальник/Застрахована особа самостійно понесла витрати, пов'язані із страховим випадком або отримала будь-які листи з вимогою про відшкодування вона повинна протягом 15-ти (п'ятнадцяти) календарних днів після повернення до місця постійного проживання надати Страховику такі документи:

13.4.1. копію паспорта громадянина України;

13.4.2. копію свідоцтва про народження/документа про опікуєнство, всиновлення (удочеріння) у разі подорожі з дітьми, якщо у дитини віком старше 14-ти років відсутній паспорт громадянина України;

13.4.3. копію довідки про присвоєння Реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП) (раніше індивідуального податкового номеру (ІПН)) ;

13.4.4. копію паспорта громадянина України для виїзду за кордон з відміткою прикордонних служб про перетин кордону;

13.4.5. заяву на отримання страхової виплати/виплату відшкодування понесених витрат із зазначенням дати та номеру звернення до Контакт-центру або з обґрунтуванням причин, через які Страхувальник/Застрахована особа не звернулася до Контакт-центру, якщо таке мало місце. При цьому виплата страхового відшкодування Страхувальнику/Застрахованій особі в якості компенсації самостійно витрачених коштів здійснюється в гривнях за

курсом НБУ на дату звернення до медичної установи або до відповідного компетентного органу стосовно настання страхового випадку;

13.4.6. листи-вимогу про відшкодування від медичної установи, що надала послуги пов'язані із страховим випадком у разі отримання такого документа;

13.4.7. документи, що підтверджують оплату Страхувальником/Застрахованою особою витрат, що відшкодовуютьс відповідно до умов цього договору.

13.5. У разі настання страхового випадку за ризиками страхування медичних витрат Страховику додатково надаються такі документи:

13.5.1. оригінал Договору (для звірки даних);

13.5.2. оригінал довідки (звіту) з медичної установи (на бланку закладу або з відповідним штампом чи печаткою) із зазначенням прізвища пацієнта, діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, з переліком наданих послуг та розбивкою їх по датах;

13.5.3. оригінали рецептів, виписаних лікарем (на бланку лікаря чи закладу з відповідним штампом чи печаткою) у зв'язку з даним захворюванням;

13.5.4. оригінал документа, виданого лікарем на проходження лабораторних досліджень, і рахунок лабораторії з розбивкою по датах та найменуванням;

13.5.5. до документів за п.п.13.5.2. – п.п.13.5.4. фінансові документи, що підтверджують факт оплати лікування, лікарських засобів та інших послуг, оплата яких передбачена Договором страхування (фіскальний чек, квитанція з мокрим відбитком печатки про оплату або банківську виписку (квитанція) про перерахування вартості медичних послуг);

13.5.6. при транспортуванні за медичними показаннями (за п.п.4.1.6., п.п.4.1.7., п.п.4.2.6., п.п.4.2.7. Договору) оригінали виписаних перевізником рахунків із зазначенням маршруту перевезення та його вартості (на бланках або з відповідним штампом чи печаткою) та документи, що підтверджують факт оплати коли Застрахована особа не мала можливості звернутися до Контакт-центру за організацією екстреної евакуації до найближчого медичного закладу чи найближчого лікаря в країні перебування і змушена була самостійно сплатити вартість транспортних послуг;

13.5.7. документи, що підтверджують витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи (за п.п.4.1.8., п.п.4.2.8. Договору):

- оригінали документів, що підтверджують оплату за надання транспорту, в тому числі спеціалізованого, яким здійснювалась репатріація (медична евакуація);

- оригінали фінансових документів із зазначенням виду послуги – у випадку оплати процедур оформлення документів, підготовку тіла, поховання за кордоном;

13.5.8. документи, що підтверджують витрати на пошук, рятування, евакуацію Застрахованої особи (за п.п.4.1.9. , п.п.4.2.9. Договору);

13.5.9. оригінал довідки про відсутність (наявність) в крові Застрахованої особи речовин токсичного, наркотичного походження та алкоголю на момент настання страхового випадку.

13.6. У разі настання страхового випадку за ризиками страхування від нещасного випадку, Страховику додатково надаються такі документи:

13.6.1. у разі тимчасової втрати працездатності - довідка медичної установи;

13.6.2. у разі встановлення інвалідності - оригінал або копія довідки МСЕК про призначення групи інвалідності (для неповнолітніх Застрахованих осіб - оригінал або копія ЛКК про встановлення інвалідності);

13.6.3. у разі смерті Страхувальника/Застрахованої особи - оригінал свідоцтва про смерть або його копія, засвідчена нотаріально чи органом, що видав свідоцтво;

13.6.4. копія медичного висновку про причину смерті;

13.6.5. копія свідоцтва про право на спадщину, до якого включено страхову виплату;

13.6.6. оригінал довідки про відсутність (наявність) в крові Застрахованої особи речовин токсичного, наркотичного походження та алкоголю на момент настання страхового випадку.

13.7. У разі настання страхового випадку за ризиками страхування відповідальності перед третіми особами Страховику додатково надаються такі документи:

13.7.1. документ, що посвідчує особу потерпілого;

13.7.2. копія або оригінал майнової претензії, висунутої третіми особами, які зазнали шкоди (збитку) внаслідок дій або бездіяльності Страхувальника;

13.7.3. копія або оригінал рішення суду та матеріалів справи за позовом третьої особи (третіх осіб), з якою виникає обов'язок Страхувальника відшкодувати шкоду (збиток) третій особі - у випадку, якщо законодавством країни перебування передбачається обов'язковість вирішення питання у судовому порядку (за наявності);

13.7.4. Додатково у разі нанесення шкоди здоров'ю третіх осіб:

13.7.3.1. документи лікувально-профілактичних заходів, що підтверджують факт заподіяння шкоди життю та здоров'ю третіх осіб;

13.7.3.2. виписку з історії хвороби третьої особи (осіб), хвороба якої стала наслідком страхового випадку;

13.7.3.3. документи, що підтверджують ступінь шкоди, якої зазнали треті особи, а саме свідоцтво про смерть, довідка МСЕК (медико-соціальної експертизи) про інвалідність, листок непрацездатності;

13.7.3.4. оригінал довідки про відсутність (наявність) в крові Застрахованої особи речовин токсичного, наркотичного походження та алкоголю на момент настання страхового випадку.

13.7.4. Додатково у разі ненавмисного пошкодження або загибелі взятого в прокат спортивного гірськолижного інвентарю (п.6.1.3.) :

13.7.4.1. оригінал Договору оренди згідно якого майно було передано в оренду Страхувальнику;

13.7.4.2. платіжні документи, що підтверджують оплату укладеного Договору оренди;

13.7.4.3. документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди (Акт про пошкодження, Рахунок на оплату, тощо);

13.7.4.4. платіжний документ, що підтверджує оплату Страхувальником виставлених рахунків за шкоду, нанесені майну третьої особи.

13.8. У разі настання страхового випадку за ризиками крадіжки, пошкодження та/або затримки багажу Страховику додатково надаються такі документи:

13.8.1. якщо багаж був переданий під відповідальність перевізника:

13.8.1.1. перелік предметів багажу, які втрачено, знищено, пошкоджено із зазначенням їх вартості;

13.8.1.2. проїзний квиток на підставі якого Страхувальник/Застрахована особа знаходилась в транспортному засобі;

13.8.1.3. багажна квитанція (талон), що підтверджує факт передачі багажу під відповідальність перевізника;

13.8.1.4. копія Заяви перевізнику про втрату, пошкодження багажу з відміткою перевізника про прийняття заяви;

13.8.1.5. документи, що підтверджують факт настання страхового випадку (акт про пошкодження при перевезенні), складений відповідальною особою перевізника;

13.8.1.6. копія рішення перевізника про визнання багажу остаточно втраченим;

13.8.1.7. копія рішення перевізника про відмову у виплаті компенсації при втраті, повній загибелі або частковому пошкодженні багажу, якщо таке рішення прийняте;

13.8.2. якщо багаж був переданий на зберігання до камери схову в готелі, пансіонаті тощо:

13.8.2.1. перелік предметів багажу, які втрачено, знищено, пошкоджено із зазначенням їх вартості;

13.8.2.2. документ, що підтверджує факт передачі багажу до камери схову готелю, пансіонату тощо;

13.8.2.3. офіційний документ від відповідальних осіб готелю, пансіонату тощо про факт настання страхового випадку (втрату, повну загибель або

пошкодження багажу);

13.8.2.4. рапорт або інший офіційний документ, складений місцевими правоохоронними органами на підставі Заяви Страхувальника/Застрахованої особи про факт втрати, повної загибелі чи пошкодження багажу;

13.8.3. якщо багаж знаходився у зачиненому номері готелю, пансіонату тощо або у зачиненому транспортному засобі, яки обладнаний сигналізацією і залишений на зберігання на автостоянці що охороняється або в гаражі:

13.8.3.1. перелік предметів багажу, які втрачено, знищено, пошкоджено із зазначенням їх вартості;

13.8.3.2. проїзний квиток на підставі якого Страхувальник/Застрахована особа подорожувала транспортним засобом, а багаж перевозився в якості ручної поклажі;

13.8.3.3. документ, що підтверджує факт проживання Застрахованої особи в готелі, пансіонаті тощо або зберігання транспортного засобу на стоянці або в гаражі на законних підставах;

13.8.3.4. офіційний документ від відповідальних осіб готелю, пансіонату, автостоянки, гаражу тощо про факт настання страхового випадку (втрату, повну загибель або пошкодження багажу);

13.8.3.5. рапорт або інший офіційний документ, складений місцевими правоохоронними органами на підставі Заяви Страхувальника/Застрахованої особи про факт втрати, повної загибелі чи пошкодження багажу.

13.8.4. інші документи на вимогу Страховика, які підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків.

13.9. Заява і документи, зазначені в п.13.5.-п.13.8., мають бути надані з обов'язковим додаванням перекладів оригіналів документів, складених мовами, відмінними від української, англійської та російської мов.

14. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

14.1. Рішення про страхову виплату приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) банківських днів з моменту отримання Страховиком всіх необхідних та належним чином оформлених документів.

14.2. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту прийняття рішення про здійснення страхової виплати (п. 15.1.) за погодженням сторін у готівковій або безготівковій формі з урахуванням вимог чинного законодавства:

14.2.1. спеціалізованим службам, що організовують та надають послуги Страхувальнику/Застрахованій особі, згідно з умовами Договору страхування;

14.2.2. Страхувальнику/Застрахованій особі/третій особі у разі надання документів, що підтверджують понесення ними витрат. Страхова виплата здійснюється в грошовій одиниці України за встановленим курсом Національного банку України на дату звернення до медичної установи або до відповідного компетентного органу стосовно настання страхового випадку;

14.2.3. спадкоємцям Страхувальника/Застрахованої особи або Вигодонабувачу у разі надання ними документів, що підтверджують понесення витрат, що пов'язані із смертю Страхувальника/Застрахованого особи;

14.3. Страховик має право продовжити строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні такої виплати у разі:

14.3.1. якщо він має сумніви в обґрунтованості вимог Страхувальника на отримання страхової виплати – до отримання необхідних доказів, але не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з усіх необхідних документів, зазначених в п.13.5. – п.13.8.;

14.3.2. якщо органами поліції ведеться розслідування обставин, які спричинили настання страхового випадку, – до закриття справи;

14.3.3. якщо у зв'язку із настання страхового випадку внесена інформація до Єдиного реєстру досудових розслідувань (ЄРДР), щодо осіб, винних в настанні страхового випадку, – до закриття справи та набрання законної сили рішенням суду, але не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з всіх необхідних документів, зазначених в п.13.5.- п.13.8.;

14.3.4. якщо для з'ясування обставин і характеру страхового випадку призначено експертизу – до отримання офіційних висновків такої експертизи.

14.4. У разі смерті Страхувальника/Застрахованої особи право на отримання страхової виплати переходить до Вигодонабувача чи спадкоємця/-ів Застрахованої особи.

14.5. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати повідомляється Страхувальнику/Застрахованій особі в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) днів з моменту прийняття такого рішення.

15. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

15.1. Страховик має право відмовити повністю або частково у здійсненні страхової виплати, якщо Страхувальник/Застрахована особа:

15.1.1. не повідомив/-ла або несвоєчасно повідомив/-ла про факт настання страхового випадку (п.13.1.) або створив/-ла Страховику перешкоду у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

15.1.2. надав/-ла свідомо неправдиві відомості про предмет Договору страхування або факт настання страхового випадку;

15.1.3. отримав/-ла повне відшкодування витрат від особи, винної у їх заподіянні;

15.1.4. надав/-ла Страховику документи із завідомо недостовірною інформацією про стан свого здоров'я та надані медичні послуги;

15.1.5. не надав/-ла Страховику всі необхідні документи, передбачені п.13.5.- п.13.8.;

15.1.6. поніс/понесла витрати у зв'язку із страховим випадком на території, не зазначеній у Договорі, окрім випадків транспортування постраждалого Страхувальника/Застрахованої особи.

15.2. Страховик повністю або частково звільняється від здійснення страхової виплати, якщо:

15.2.1. мали місце події, передбачені у Розділі 8;

15.2.2. не погоджено зі Страховиком або Контакт-центром розмір витрат та всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг у разі настання страхового випадку;

15.2.3. Страхувальник/Застрахована особа не виконував/-ла розпорядження або рекомендації Страховика/Контакт-центру щодо дій у разі настання страхового випадку;

15.2.4. дата перетину державного кордону (визначається за відмітками в паспорті громадянина України для виїзду за кордон) передує даті укладання Договору страхування, крім випадків пролонгації Договору страхування.

16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

16.1. Дія Договору припиняється у разі:

16.1.1. закінчення строку його дії;

16.1.2. перетину державного кордону України Страхувальником/Застрахованою особою до 24.00 годин дати, зазначеної в Договорі як дата закінчення дії Договору;

16.1.3. виконання Страховиком зобов'язань за Договором у повному обсязі;

16.1.4. несплати Страхувальником страхової премії у встановлені Договором строки;

16.1.5. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті чи втрати дієздатності Страхувальника-фізичної особи, за винятком випадків, передбачених ст. 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;

16.1.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

16.1.7. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

16.1.8. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

16.2. Договір може бути достроково припинений у будь-який час за письмовим повідомленням однієї зі Сторін (у тому числі у зв'язку з невиконанням іншою Стороною умов Договору) з дотриманням вимог чинного законодавства України. При цьому повернення страхової премії здійснюється наступним чином:

16.2.1. у разі дострокового припинення дії Договору, за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 25% та фактично сплачених виплат страхових сум.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю;

16.2.2. у разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 25% та фактично сплачених виплат страхових сум.

16.3. У випадку дострокового припинення дії Договору, повернення страхової премії здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту отримання письмового повідомлення про припинення Договору.

17. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

17.1. Згідно з чинним законодавством України Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі подвійної облікової ставки НБУ, дійсної в період, за який сплачується пеня, за весь термін прострочення грошових зобов'язань.

17.2. Сторони звільняються від відповідальності за повне чи часткове невиконання або неналежне виконання зобов'язань, передбачених Договором, якщо подія стала наслідком впливу форс-мажорних обставин.

17.3. Під форс-мажорними обставинами слід розуміти будь-які обставини зовнішнього характеру по відношенню до сторін, що виникли без вини сторін, поза їх волею або всупереч волі чи бажанню сторін, і які не можна було передбачити, уникнути (включаючи, але не обмежуючись):

- стихійні явища природного характеру (землетруси, повені, урагани, руйнування внаслідок блискавки тощо),

- лиха техногенного походження (вибухи, пожежі, вихід з ладу машин, обладнання тощо),

- обставини суспільного життя (воєнні дії, громадські хвилювання, епідемії, страйки, бойкоти тощо), а також видання актів органів державної влади чи місцевого самоврядування, інші законні або незаконні заборонні заходи названих органів, які унеможливають виконання сторонами зобов'язань за Договором або перешкоджають такому виконанню тощо.

17.4. Сторона, що не має можливості належним чином виконати зобов'язання за Договором внаслідок дії форс-мажорних обставин, повинна письмово повідомити іншу Сторону про існуючі перешкоди та їх вплив на виконання зобов'язань за Договором протягом 7 (семи) днів з моменту їх виникнення.

17.5. Якщо форс-мажорні обставини діють протягом 3 (трьох) місяців поспіль і не виявляють ознак припинення, існування форс-мажорних обставин повинно бути підтверджено компетентним органом.

17.6. Договір може бути припинено Страховиком або Страхувальником шляхом направлення письмового повідомлення про це іншій стороні.

17.7. Закінчення строку дії Договору не звільняє Сторони від відповідальності за його порушення, яке мало місце під час його дії. У разі порушення зобов'язання, Сторона несе відповідальність, визначену Договором та (або) чиним законодавством України.

18. СТРОКИ ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

18.1. Протягом загального строку позовної давності, встановленого чинним законодавством, від дня здійснення страхової виплати Страховик має право висунути претензію щодо повернення сплаченої страхової виплати, якщо для цього виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України, Правилами чи умовами страхування.

18.2. Спори, пов'язані з виконанням Договору, вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

19. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

19.1. Все, що не знайшло відображення в Договорі, регулюється Правилами та законодавством України.

19.2. В разі виникнення розбіжностей між умовами цього Договору та Правилами – пріоритет має Договір.

19.3. Страхувальник підтверджує, що:

- до укладення цього Договору на виконання вимог Закону України « Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг » Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку що передбачені частиною 2 статті 12 Закону України « Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг »;

- зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування Страхувальників Страховика та/або на WEB-сторінці Страховика в мережі «Internet», а також повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг що надаються Страховиком;

- вся зазначена інформація та всі умови цього Договору та Правил зрозумілі Страхувальнику;

- зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень;

- укладення цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем);

- цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства;

- Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення цього Договору.

19.4. Страхувальник підтверджує, що з Правилами страхування ознайомився та погодився.

19.5. Кореспонденція, повідомлення від Страховика до Страхувальника надсилаються за адресою, вказаною в Договорі страхування або повідомленою Страхувальником письмово згідно умов цього Договору.

19.6. Страхувальник надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації отриманої від Страхувальника, в тому числі телефонних розмов, щодо Повідомлень про подію, що має ознаки страхового випадку, іншої інформації для виконання зобов'язань за Договором.

19.7. Страхувальник надає згоду Страховику на використання інформації, зазначеної п.19.6., в тому числі записів телефонних розмов, іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків на умовах цього Договору у взаємовідносинах із фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, позовів, заяв), пов'язаних із виконанням Страхувальником, Страховиком зобов'язань за цим Договором.

19.8. Страховик гарантує використання інформації та документів, отриманих від Страхувальника, в тому числі записів телефонних розмов, з метою та в межах зобов'язань, передбачених цим Договором та діючим законодавством України з дотриманням обмежень, встановлених Конституцією України, Законом України «Про інформацію» та іншими законодавчими актами, що регулюють відносини в сфері інформації.

19.9. Страхувальник підтверджує, що належним чином проінформований, що для укладення Договору, до та/або під час його укладення, а також для його виконання Страховик. Відповідно до чинного законодавства може залучати страхових посередників, які діють від імені Страховика та виконують частину його функцій, разом чи кожний окремо.

19.10. На виконання ст.ст. 6, 10,11, 14 та 20 Закону України «Про захист персональних даних» Страхувальник надає однозначну беззастережну згоду (дозвіл) на передачу, зберігання та обробку його персональних даних у письмовій та/або електронній формі, а Страховик повідомляє, що отримані персональні дані Страхувальника будуть зберігатися, оброблятися в базах даних Страховика, з метою реалізації цивільно-правових, господарсько-правових, адміністративно-правових, податкових відносин та відносин у сфері бухгалтерського обліку, а також для проведення звітування до податкових та інших установ в порядку передбаченому законодавством України. Суб'єкт персональних даних – Страхувальник засвічує, що ознайомлений з правами визначеними в ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних».

19.11. Страхувальник є платником податку на доходи фізичних осіб відповідно до положень Податкового кодексу України. Вигодонабувач є платником податку на доходи фізичних осіб відповідно до положень Податкового кодексу України.

19.12. На виконання ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (адреса, номер телефону тощо), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів:

Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг України

01001, м.Київ-1, вул. Б. Грінченка 3,
тел./факс: (044) 234-39-46, (044) 234-99-07,
E-mail: info@dfp.gov.ua

Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів

Адреса: 01001, м. Київ, вул. Б.Грінченка, 1
тел. (044) 279 12 70, (044) 278 84 60,
www.consumer.gov.ua

19.13. На виконання частини другої ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» Страхувальник засвідчує, що Страховиком надано та Страхувальник ознайомлений з відповідною інформацією щодо вимог цього Закону.

19.14. Відповідно до вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» за № 1702-VII від 14.10.2014 року. Страховик має право витребувати, а клієнт, представник клієнта зобов'язані подати інформацію та/або офіційні документи, необхідну (необхідні) для ідентифікації, верифікації, вивчення клієнта, уточнення інформації про клієнта, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

19.15. Договір страхування укладається шляхом прийняття Страхувальником індивідуальної пропозиції на укладання Договоору. Факт укладання договору страхування посвідчується страховим Сертифікатом, в тому числі шляхом кукладання електронного Договору з дотриманням вимог Закону України «Про електронну комерцію» з використанням електронного підпису одноразовим ідентифікатором.

19.16. Приймаючи пропозицію Страховика укласти договір страхування (у тому числі за наявності Вигодонабувач, особа, яка діє від імені та за дорученням Страхувальника) засвідчує, що на виконання ст. 8, 12, 21 Закону України «Про захист персональних даних» повідомлений про збір персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних, наданих ним, права суб'єктів персональних даних, визначені цим Законом, мету збору персональних дваних та осіб, яким можуть передаватися персональні дані, з урахуванням вимог, визначених Законом України «Про запобігання

та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

20. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИСИ СТРАХОВИКА

АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНГО»

Місцезнаходження та фактична адреса: 01054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 33.

Тел.: (044) 490-27-44; (044) 490-27-45

Факс: (044) 490-27-48

e-mail: office@ingo.ua

ІВАН UA393206490000026503052600903 в ФКВ "ПРИВАТБАНК"

МФО 320649

код ЄДРПОУ 16285602

**Голова правління
АТ «СК «ІНГО»**



Гордієнко І.М.