

«28» ГРУДНЯ 2021 р.

м. КИЇВ

СТРАХОВИК			
АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНГО», що знаходиться за адресою: Україна, 01054, м. Київ-54, вул. Бульварно-Кудрявська, 33, в особі Заступника Голови Правління Шевченка Віктора Васильовича, що діє на підставі довіреності № 23 від 31.12.2021, що є платником податку на прибуток згідно з п.п.141.1.2. п.141.1. ст.141. Податкового кодексу України з однієї сторони, і			
СТРАХУВАЛЬНИК			
Повне найменування	Товариство з обмеженою відповідальністю «САНТ ВАЛЕНТИН»	В особі	Директора Стаучан Людмили Олександрівни
Організаційно-правова форма	Товариство з обмеженою відповідальністю	Що діє на підставі	Статуту
Ідентифікацій номер (ЄДРПОУ)	0039019	Місцезнаходження	вул. Олеся Гончара 25 оф.4, 04053, м. Київ, Україна
Телефон	+38 (044) 044-486-7121, 044-486-7170	Фактична адреса	вул. Олеся Гончара 25 оф.4, 04053, м. Київ, Україна

з іншої сторони, іменовані в подальшому разом як «СТОРОНИ», а кожен окремо – «СТОРОНА», 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 АТ «СК «ІНГО», зареєстрованих Розпорядженням Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг №884 від 14.05.2020 р., «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 та ліцензій Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України: АВ №546587, АВ №546577, АВ №546578 від 16.07.2010 року уклали Генеральний Договір страхування (надалі – «Договір»).

Цей Договір є публічним відповідно до статей 633, 641 Цивільного кодексу України і його умови однакові для всіх Пацієнтів. Прийняття умов цього Публічного договору (акцепт) є повним і беззастережним і означає згоду зі всіма умовами Договору без виключення і доповнення.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

У цьому Договорі використовуються такі терміни:

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, биндаж;

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

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

1.5. виробн медичного призначення — прилади, комплекси, системи, обладнання, апарати, інструменти, пристрої, імпланти, приладдя, матеріали або інші вироби; медичні вироби, що не досягають основної передбачуваної мети в організмі людини або на ньому за допомогою фармакологічних, імунобіологічних або метаболічних засобів, але функціям яких такі вироби можуть сприяти; медичні вироби, які використовуються як окремо, так і в поєднанні між собою, включаючи програмні засоби, необхідні для їх належного використання, з метою забезпечення: профілактики, діагностики, лікування, спостереження або полегшення стану пацієнта у разі захворювання, травми, каліцтва або їх компенсації; дослідження, заміни або видозмінювання структури (анатомії) органів, тканин чи фізіологічних процесів тощо;

1.6. гірськолижний курорт - місце відпочинку та розваг з розвинутою інфраструктурою, призначене в т.ч. для занять гірськолижними видами спорту (слалом, сноуборд, лижні перегони, стрибки на лижах із трампліну, лижне двоборство, фрістайл, біатлон, могул тощо) на аматорському (любительському) або на професійному рівні (в т.ч. участь у професійних змаганнях). Під заняттям гірськолижними видами спорту на аматорському (любительському) рівні розуміються нерегулярні (в тому числі разово) заняття спортом (в т.ч. під час відпочинку). Зазвичай розташовується на горі або великому пагорбі 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 та 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;

Застрахованими особами не можуть бути особи:

- інваліди I та II групи або «дитина-інвалід». Страховик не несе зобов'язань, якщо на дату укладання Договору Застрахована особа мала статус інваліда I та II групи або «дитина-інвалід».

- Особи, що страждають такими захворюваннями: пухлина головного мозку, пухлини спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), гострий некротичний енцефаліт, психічно хворі, хворі на СНІД;

1.11. Контакт-центр (Асистанс) - спеціалізована служба, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії 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 за місцем постійного проживання або реєстрації, 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 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. нещасний випадок - зовнішня, короткочасна (до декількох годин) подія, яка фактично відбулася під впливом різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, механічних і т.п.), характер, час і місце якої можуть бути однозначно визначені, що настала в період терміну страхування і виникла раптово, ненавмисно, всупереч волі Застрахованої особи, що спричинило за собою заподіяння шкоди життю та здоров'ю Застрахованої особи.

Не є нещасним випадком захворювання, що гостро виникли або хронічні захворювання та їх ускладнення (як раніше діагностовані, так і вперше виявлені), спровоковані впливом зовнішніх чинників, зокрема інфаркт міокарду, інсульт, аневризм, пухлини, функціональна недостатність органів, вроджені аномалії органів.

1.18. постійне місце проживання - населений пункт в Україні, в якому особа зареєстрована та/або проживає не менше 183 днів протягом календарного року;

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

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

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

1.23. 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;

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

1.25. 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 обумовленого Договором.

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

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

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

1.29. 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;

- території, на яких, на дату настання події, що може бути визнана страховим випадком, запроваджені епідемічні, пандемічні, карантинні заходи (крім заходів, проведення яких спричинено коронавірусом SARS-CoV-2 (далі — COVID-19)).

Якщо Застрахована особа вибуває з території страхування, дія страхового захисту припиняється;

1.30. 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;

1.31. третя особа - будь-яка інша особа, крім Страховика, Застрахованих осіб, Вигодонабувача;

1.32. 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 цього Генерального договору страхування тлумачаться відповідно до Закону України "Про страхування".

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

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

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

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

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

3. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. Страховими випадками визнаються такі події:

3.1.1. понесення медичних витрат внаслідок раптового захворювання Застрахованої особи або

нещасного випадку, що стався зі Застрахованою особою;

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

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

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

3.1.5. тілесні ушкодження Застрахованої особи в результаті 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 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 Застрахованої особи за заподіяну шкоду майну, життю та здоров'ю третіх осіб;

3.1.7. відповідальність 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.

4. УМОВИ ДОБРОБІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

4.1. У разі настання страхового випадку, зазначеного в пп.3.1.1., пп.3.1.2., згідно з умовами Договору страхування за програмою «Активна Злма», 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 виробів медичного призначення, необхідних для лікування та засобів фіксації, а саме гіпс, биндаж;

4.1.3. екстрену та невідкладну медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах, включаючи витрати на послуги лікаря, діагностичні дослідження, в тому числі дослідження в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу, медикаменти та виробів медичного призначення, необхідні для лікування, засоби фіксації, а саме гіпс, биндаж при переломах;

Послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги надаються на наступних умовах:

- звернення Застрахованої особи в 1-й (перший) день дії договору страхування з діагнозом ГРВЗ (гостре респіраторне та вірусне захворювання) не приймаються;

- консультаційні послуги лікаря при ГРВЗ (гострих респіраторних та вірусних захворюваннях) у межах 50 (п'ятдесят) євро по кожному страховому випадку;

4.1.4. На умовах пп.4.1.2., пп.4.1.3. лікування первинного захворювання або загострення хронічного внаслідок інфікування вірусом COVID-19 проводиться в межах 3 000 (три тисячі) євро/дол. США протягом дії Договору. При цьому витрати на екстрену та невідкладну медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах не можуть перевищувати 1 000 (одна тисяча) євро/дол. США. В межах встановленого ліміту відшкодуванню підлягають витрати на первинні діагностичні заходи та тестування за призначенням лікаря при наявності симптомів гострого респіраторного захворювання у разі, якщо такі процедури дали позитивний результат;

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

4.1.6. невідкладну медичну допомогу у разі виникнення раптових ускладнень вагітності 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 породіллею та новонародженою дитиною не покриваються;

4.1.7. транспортування Застрахованої особи, що здійснюється спеціалізованим медичним транспортним або іншим альтернативним транспортом, за згодою Страховика, до найближчої медичної установи за умови відсутності на місці тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги та якщо Застрахована особа не в змозі самостійно прибути до медичного закладу громадським транспортом (виключення при травмуванні нижніх кінцівок). Транспортування здійснюється винятково у випадках підтвердження його необхідності висновком лікаря. Транспортування за допомогою санітарної авіації здійснюється виключно у випадках якщо існує загроза життю Страхувальника/Застрахованої особи за умови поганої транспортної доступності або великої віддаленості від медичної установи та попередньо узгоджується із Страховиком;

4.1.8. транспортування 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;

4.1.9. медичну евакуацію транспортним засобом, що рекомендований лікарем, включаючи витрати на медичний супровід до місця постійного проживання 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;

Медична евакуація і репатріація тіла Застрахованої особи до місця його попереднього постійного проживання внаслідок лікування первинного захворювання або загострення хронічного внаслідок інфікування вірусом COVID-19 проводиться в межах 5% (пяти відсотків) від страхової суми.

4.1.10. організацію транспортування та оплату вартості транспортування тіла (репатріації) 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, в межах 10% від страхової суми витрати на поховання тіла Застрахованої особи в країні за місцем смерті.

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);

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

4.1.12. 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 №1 «Розміри страхових виплат при тілесних ушкодженнях» (Додаток №4 до «Правил добровільного страхування від нещасних випадків АТ «СК «ІНГО»»), залежно від тяжкості травми.

5.1.2. За випадком, зазначеним в п.п. 3.1.4., розмір страхової виплати визначається у розмірі: 100% від страхової суми за програмою страхування у разі встановлення інвалідності 1 групи; 75% від страхової суми за програмою страхування у разі встановлення інвалідності 2 групи; 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 пп.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 пп.6.1.3.;

6.1.3. на компенсацію матеріального збитку у разі загибелі (знищення) або краді (пропажі) взятого в прокат (оренду) майна, в тому числі гірськолижного спортивного інвентарю – в межах 500 (п'ятисот) євро/дол. США, але не більше оціночної вартості згідно укладеного Договору оренди.

При частковому пошкодженні – в розмірі необхідних витрат на приведення його до стану, в якому цей інвентар був до настання страхового випадку - в межах 500 (п'ятисот) євро/дол. США, але не більше оціночної вартості згідно укладеного Договору оренди.

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

7. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

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

7.1.1. навмисних дій Застрахованої особи або Вигодонабувача, а також уповноважених 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;

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

7.1.3. вживання алкоголю, наркотиків та/або стану алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння Застрахованої особи;

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

7.1.5. керування 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;

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

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

7.1.8. 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;

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

7.1.10. підйому в гори на висоту вище ніж 4 500 м над рівнем моря, в тому числі в якості працівника гірничо-рятивних бригад/частин (рятувальника);

7.1.11. грубої необережності 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 Застрахована особа:

- передбачав можливість настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), але легковажно розраховував на те, що вони невідбудуться;

- 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.

7.2. За подіями, передбаченими в пп.3.1.1. - пп.3.1.5., Страховик не відшкодовує витрати на:

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

7.2.2. відновлення погіршеного стану здоров'я Застрахованої особи, які пов'язані з наслідками хвороби або її ускладненнями (загостренням) хвороби, які Застрахована особа отримувала до початку періоду страхування;

7.2.3. діагностику та лікування доброякісних та злоякісних новоутворень, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла пов'язану з доброякісними та злоякісними утвореннями;

7.2.4. лікування та діагностику судомних станів, неврологічних (крім невритів) та психічних захворювань, неврозів та травматичних ушкоджень, пов'язаних з ними (за винятком заходів, спрямованих на переривання актуального нападу та загальні реанімаційні заходи (за потреби));

7.2.5. діагностику та лікування аутоімунних захворювань, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію пов'язану з аутоімунними захворюваннями;

7.2.6. проведення процедур плазмоферезу, діалізу та гемодіалізу;

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

7.2.8. профілактичні заходи, імунізація, проведення профілактичних вакцинацій (окрім першої вакцини проти правця та сказу), лікувальних експертиз щеплення та загальні медичні огляди;

7.2.9. оформлення медичних довідок та свідоцтв, рецептів;

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

7.2.11. консультації, обстеження і операції на серці та судинах, пов'язані із накладанням анастомозів, шунтів, пластикою дефектів клапанів та перегородок, ангіографією, ангіопластиком за допомогою стенту (стентування);

7.2.12. витрати, які пов'язані із курсом лікування, який розпочався до і триває під час дії Договору страхування, або якщо подорож була здійснена, не зважаючи на існування медичних протипоказань щодо подорожі;

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

7.2.14. консультації, обстеження і лікування будь-яких алергічних реакцій та захворювань, крім випадків, які несуть загрозу життю Застрахованої особи (набряку Квінке, анафілактичного шоку);

7.2.15. 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 малярії та лихоманки Денге); паразитарні захворювання, амебіаз, лямбліоз;

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

7.2.17. лікування та діагностику захворювань, пов'язаних з масовими епідеміями або пандеміями та потребують вживання комплексу карантинних заходів (крім заходів, проведення яких спричинено коронавірусом SARS-CoV-2 (далі — COVID-19) з урахуванням пп.7.2.18.;

7.2.18. первинні діагностичні заходи та тестування, проведення яких спричинено COVID-19, в разі, якщо такі процедури дали негативний результат;

7.2.19. лікування та діагностику будь-яких форм туберкульозу, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла пов'язану з будь-якою формою туберкульозу;

7.2.20. лікування та діагностику хвороб ендокринної системи, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла пов'язану з захворюванням на хвороби ендокринної системи;

7.2.21. лікування та діагностику вірусу імунодефіциту, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла пов'язану з захворюваннями на вірус імунодефіциту;

7.2.22. лікування та діагностику гострої та хронічної форми променевої хвороби, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла пов'язану з наслідками захворювання на променеву хворобу;

7.2.23. лікування та діагностику вірусних гепатитів, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла пов'язану з наслідками захворювання на вірусний гепатит;

7.2.24. консультації, обстеження і лікування будь-яких захворювань та розладів органів слуху, видалення сірчаних пробок;

7.2.25. послуги, які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування;

7.2.26. побічні дії лікарських засобів, харчових добавок;

7.2.27. діагностику, лікування, медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла пов'язану з наслідками 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;

7.2.28. пластичну хірургію та протезування;

7.2.29. витрати на стоматологічне лікування, крім випадків надання невідкладної стоматологічної допомоги при гострому зубному болю або нещасному випадку;

7.2.30. 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 непокриваються;

7.2.31. проведення абортів, крім випадків, коли операція виконана з метою рятування життя Застрахованої особи. При цьому відповідний стан Застрахованої особи має бути підтверджено медичним висновком;

7.2.32. діагностику та лікування безпліддя;

7.2.33. витрати на процедури по запобіганню вагітності та штучне запліднення, витрати на

лікування станів, пов'язаних із з порушенням менструального циклу; надання послуг медичною установою, або особою, що не має відповідної ліцензії;

7.2.34. 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 відновлювальної терапії, реабілітації, фізіотерапії або курсу лікування на бальнеологічних або лікувальних курортах, у санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку або інших подібних установах;

7.2.35. надання додаткового комфорту, а саме телевізору, телефону, кондиціонеру та інше;

7.2.36. придбання, ремонт та профілактика медичного обладнання (інгалятор, слуховий апарат, милиці, окуляри, термометр, контактні лінзи);

7.2.37. витрати, понесені після повернення Застрахованої особи у країну постійного проживання;

7.2.38. догляд за хворим Застрахованою особою, родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи вони є професійними медичними працівниками;

7.2.39. проведення дезінфекції, вакцинації, лікарських експертиз, лабораторних і діагностичних досліджень, не пов'язаних з нещасним випадком або раптовим захворюванням;

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

7.2.41. непрямі збитки, а також збитки. Заподіяні майну Застрахованої особи;

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

7.2.43. 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;

7.2.44. медичні обстеження, огляди, консультації лікаря з метою контролю ефективності призначеного лікування, а також перев'язки в межах продовження лікування, зняття гіпсу та швів;

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

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

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

7.2.48. витрати на лікування в барокамері; , в т.ч. кесонної (декомпресійної) хвороби;

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

7.2.50. витрати пов'язані з лікуванням 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, мозолі, подряпини);

7.2.51. витрати, пов'язані з лікуванням гострих респіраторних та вірусних захворювань без наявності гіпертермічного синдрому (температура від 38 С та вище) та наявності ознак дихальної недостатності II та III ступеня;

7.2.52. збитки, що не підтверджені документально.

7.2.53. збитки, які настали після завершення періоду покриття (період дії страхового захисту).

7.3. За подіями, вказаними в пп.3.1.б., Страховик не відшкодовує витрати на:

7.3.1. збитки, що не підтверджені документально;

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

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

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

7.3.5. моральну (немайнову) шкоду;

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

7.4. Страховик не несе відповідальності за страхові випадки, вказані в Розділі 3 та має право

відмовити у страховій виплаті, якщо Застрахована особа не виконала вимог Розділу 14 умов Генерального Договору, або надала недостовірні дані стосовно страхового випадку.

8. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ ТА СТРАХОВА ПРЕМІЯ

8.1. Розмір страхової премії встановлюється в залежності від строку страхування.

8.2. Страхова премія вноситься Страхувальником одноразовим платежем за весь строк дії Договору страхування до дати початку дії Договору:

8.2.1. Договір набуває чинності (початок дії) з 00.00 год. дати початку дії Договору, але не раніше дня наступного за днем надходження страхової премії в повному обсязі, зазначеному в Договорі/Сертифікаті, на поточний рахунок чи до каси Страховика. 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.

8.3. Розмір та валюта страхової суми встановлюється окремо за кожним ризиком на весь період дії Договору та вказується в Картці Застрахованої особи у відповідній графі.

8.4. Страхова сума зменшується на розмір страхових виплат, сплачених Страховиком за медичні та інші послуги, надані 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.

8.5. Розмір страхової премії встановлюється в залежності строку страхування і вказується на кожну Застраховану особу у відповідній Картці у Національній валюті України з застосуванням офіційного курсу Національного Банку України на дату оформлення відповідної Картки.

8.6. Розмір страхової премії на кожну Застраховану особу вказаний в Додатку №3 до цього Договору.

8.7. Оплата страхової премії може здійснюватись Застрахованою особою виключно одноразовим платежем за весь період страхування та має бути сплачена до початку дії страхового захисту на рахунок Страхувальника або Страховика.

8.8. Страхувальник, що отримав від Застрахованих осіб страхові премії (страхові платежі), перераховує ці кошти на розрахунковий рахунок Страховика за кожен звітний період згідно відповідного Звіту протягом 5 (п'яти) робочих днів) з дати його надання.

8.9. Звіт про укладені Картки та розміри отриманих страхових платежів складається Страхувальником та надається Страховику щодавно з дати набрання чинності цього Договору. Форма Звіту наведена в Додатку №2 до Договору.

8.10. Звіт щодо Застрахованих осіб за конкретний звітний період (декаду) (далі – Звіт) надається у двох примірниках, підписаний з боку Страхувальника. У Звіті повинні бути зазначені усі необхідні відомості про Застраховану особу: прізвище, ім'я та по батькові Застрахованої особи, її адреса, телефон, дата народження, номер та серія закордонного паспорту, програма страхування, дата початку та закінчення дії страхового захисту щодо такої Застрахованої особи, місце дії Договору щодо такої Застрахованої особи, страхова сума, страховий тариф, страховий платіж за цією Застрахованою особою та страховий платіж за всіма Застрахованими особами, інші відомості за згодою Сторін.

8.11. Сплата страхових платежів здійснюється Страхувальником/Застрахованою особою безготівково шляхом перерахування на рахунок Страховика без надання Страховиком окремих рахунків на оплату.

8.12. Призначення платежу при сплаті Застрахованою особою зазначається наступного змісту:

«Страхова премія за полісом страхування серія __, № _____, від __ _____ __ (ім'я та прізвище особи на латині) застрахованої особи, реєстраційний номер облікової картки платника податків фізичної особи (ідентифікаційний код).

8.13. У разі несплати страхової премії за Карткою Застрахованої особи, остання набуває чинності з дати, наступної за днем сплати страхової премії. При цьому період, за який не було сплачено страхову премію, зараховується в загальний термін дії цієї Картки. Усі випадки, що відбулися до

сплати страхової премії, не вважаються страховими та не підлягають відшкодуванню.

9. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ У ВІДНОШЕННІ ДО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

9.1. Цей Договір страхування, укладений строком на 1 (один) календарний рік, набуває чинності з моменту його підписання Сторонами і діє до «27» грудня 2022 р. включно.

9.2. Договір вважається пролонгованим на наступний період (термін), якщо Сторони не мають взаємних претензій одна до одної і до дати припинення дії Договору письмово не повідомили про свій намір припинення його дії.

9.3. Договір не діє в країні постійного проживання Застрахованої особи, громадянином якої він/вона є.

9.4. На підтвердження укладання Договору страхування відносно кожної окремої Застрахованої особи останній видається Картка Застрахованої особи за відповідним номером, в якій вказується:

9.4.1. строк перебування Застрахованої особи (осіб) в подорожі з урахуванням положень п.9.5. цього Договору;

9.4.2. прізвище та ім'я, номер загранпаспорту, дата народження кожної Застрахованої особи.

9.5. Картка Застрахованої особи може видаватись на строк перебування Застрахованої особи в подорожі (в тому числі за межами України), але не більше, ніж один рік. Строк дії Картки зазначається в Картці.

9.6. Страховий захист починається з моменту проходження 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) та закінчується в момент перетину Застрахованою особою державного кордону України під час повернення в Україну, але не пізніше вказаної в Картці дати закінчення строку дії.

9.7. Страхова премія визначається згідно з чинними тарифами та зазначається в Додатку №3 до цього Генерального договору.

10. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ЩОДО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

10.1. Про намір та згоду отримати страховий захист Застрахована особа повідомляє заявою у письмовій або усній формі (листом, телефаксом або телефоном) Страховика (його агента або брокера) про свій намір укласти Договір.

10.2. Для укладання Договору страхування в заяві необхідно вказати:

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

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

10.3. Під час укладання Договору страхування у відношенні до Застрахованої особи остання зобов'язана повідомити Страховика про всі відомі їй обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику.

10.4. Укладанням Договору страхування у відношенні до Застрахованої особи звільняє лікарів організацій закладів охорони здоров'я від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком у частині, що стосується страхового випадку.

11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

11.1. Страхувальник має право:

11.1.1. ініціювати внесення змін до Договору страхування та/або достроково припинити дію Договору у врахуванням вимог Розділу 15 Договору;

11.1.2. за згодою Застрахованої особи призначати Вигодонабувача для отримання страхової виплати та замінити його іншою особою до настання страхового випадку;

11.1.3. застрахувати додаткову кількість осіб або за Заявою Застрахованої особи припинити дію Картки Застрахованої особи Картки відносно певної Застрахованої особи. При цьому Страховик здійснює перерахунок страхової премії на підставі чинних тарифів;

11.1.4. отримати копію (дублікат) Договору у разі його втрати.

11.2. Страхувальник зобов'язаний:

11.2.1. при укладанні Договору страхування та Картки Застрахованої особи (карток Застрахованих осіб) 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;

11.2.2. своєчасно та повністю вносити страхові платежі у строки та у розмірі, встановлені Договором;

11.2.3. протягом строків, визначених Договором та Карткою письмово повідомити Страховика про настання страхового випадку;

11.2.4. повідомити Страховика про інші чинні Договори страхування щодо певної Застрахованої особи та предмету Договору;

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

11.2.6. не пізніше двох робочих днів, після отримання страхових платежів від Застрахованих осіб, перерахувати ці кошти на розрахунковий рахунок Страховика;

11.2.7. щодаки надавати Страховику звіт про укладені Картки та розміри отриманих страхових платежів згідно форми, встановленої Додатком №2 до цього Договору;

11.2.8. на підставі поданих Застрахованими особами (їх представниками) офіційних документів або засвідчених в установленому порядку їх копій здійснювати ідентифікацію та верифікацію Застрахованих осіб, згідно до статті 9 «Ідентифікація, верифікація та вивчення клієнтів» Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

11.3. Страховик має право:

11.3.1. перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також виконання Застрахованою особою умов Договору;

11.3.2. достроково припинити дію Договору, керуючись умовами Розділу 15 Договору;

11.3.3. пред'явити зворотні вимоги до Застрахованої особи на суму здійсненої страхової виплати, якщо після виплати виявились обставини, що існували на момент здійснення страхової виплати та, згідно з чинним законодавством України, повністю або частково позбавляють Страхувальника права на отримання страхової виплати;

11.3.4. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках невиконання Застрахованою особою умов п.11.2. та Розділу 12 Договору;

11.3.5. перевіряти інформацію, надану Застрахованою особою, щодо обставин настання страхового випадку;

11.3.6. самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку у.

11.4. Страховик зобов'язаний:

11.4.1. ознайомити Застраховану особу з умовами Договору страхування та Правилами страхування;

11.4.2. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення

страхової виплати;

11.4.3. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами страхування;

11.4.4. відшкодувати витрати, понесені Застрахованою особою у разі настання страхового випадку, щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено Договором;

11.4.5. тримати в таємниці відомості про Застраховану особу та її майновий стан, стан її здоров'я за винятком випадків, передбачених законодавством України;

11.4.6. направити офіційний запит туроператору для визначення або підтвердження розміру реально понесених витрат Застрахованою особою та їх відповідність дійсним договорам, укладеним між туроператором та транспортною компанією, консульством, готелями та іншими підрядниками та субпідрядниками, що надають туристичні та супутні послуги, згідно з умовами договору про надання туристичних послуг.

12. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

12.1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, в т.ч. при виникненні у Застрахованій особі потреби в отриманні медичних послуг та (або) додаткових послуг 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:

12.1.1. номер Картки Застрахованої особи;

12.1.2. прізвище, ім'я Застрахованої особи;

12.1.3. строк дії Договору;

12.1.4. місцезнаходження Застрахованої особи (країна, місто тощо), номер контактного телефону;

12.1.5. причину звернення.

Витрати на телефонні переговори з Контакт-центром відшкодовуються Страховиком Застрахованій особі за умови надання документів, що підтверджують такі витрати (роздруківка від оператора);

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

12.2.1. Якщо 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.

12.2.2. Якщо 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 на власний розсуд приймає рішення щодо компенсації 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 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.

12.3. У разі настання страхового випадку, якщо 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 Страховнику такі документи:

12.3.1. копію паспорта/ID картки громадянина України/паспортного документа іноземця;

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

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

12.3.4. копію паспорта громадянина України для виїзду за кордон/паспортного документа іноземця з відміткою прикордонних служб про перетин кордону; у разі відсутності відміток про перетин кордону – документи, які підтверджують факт знаходження Застрахованої особи закордоном - оригінал довідки з Державної прикордонної служби України про перетин кордону за підписом уповноваженої особи, також квитки (авіа-, з/д-, авто, посадковий талон, реєстраційна картка готелю і т.п.);

12.3.5. заяву на отримання страхової виплати/виплату відшкодування понесених витрат із зазначенням дати та номеру звернення до Контакт-центру або з обґрунтуванням причин, через які Застрахована особа не звернулася до Контакт-центру, якщо таке мало місце. При цьому виплата страхового відшкодування 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;

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

12.3.7. документи, що підтверджують оплату Застрахованою особою витрат, що відшкодовуються відповідно до умов цього договору.

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

12.4.1. оригінал Договору (для звірки даних);

12.4.2. 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;

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

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

12.4.5. до документів за пп.12.4.2. – пп.12.4.4. 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 виплату (квитанція) про перерахування вартості медичних послуг);

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

12.4.7. при транспортуванні за медичними показаннями (за пп.4.1.6., пп.4.1.7. 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;

12.4.8. документи, що підтверджують витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи (за пп.4.1.8. Договору);

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

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

12.4.11.документи, що підтверджують витрати на пошук, рятування, евакуацію Застрахованої особи (за пп.4.1.10. Договору);

12.4.12.документи, що підтверджують оплату вартості телефонних переговорів Застрахованої особи з Контакт-центром або Страховиком із зазначенням номерів телефонів, дати дзвінків, тривалості, вартості (за пп.4.1.11. Договору);

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

12.5.1. у разі тілесного ушкодження Застрахованої особи - довідка медичної установи;

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

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

12.5.4. копія медичного висновку про причину смерті;

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

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

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

12.6.1.документ, що посвідчує особу потерпілого;

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

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

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

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

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

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

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

12.6.5.Додатково у разі загибелі (знищенні) або краді (пропажі) взятого в прокат (оренду) майна, в тому числі гірськолижного спортивного інвентарю (п.6.1.3.):

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

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

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

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

12.7.Страховик має право запросити інші можливі документи, ніж зазначені у Розділі 12, що мають відношення до страхового випадку, що дозволяють з'ясувати причину і розмір збитків.

12.8. Заява і документи, зазначені в Розділі 12, мають бути надані з обов'язковим додаванням перекладів оригіналів документів, складених мовами, відмінними від української, англійської та російської мов, завірених печаткою бюро перекладів.

13. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

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

13.2. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту прийняття рішення про здійснення страхової виплати (п. 13.1.) за погодженням сторін у готівковій або безготівковій формі з урахуванням вимог чинного законодавства:

13.2.1. спеціалізованим службам, що організують та надають послуги Застрахованій особі, згідно з умовами Договору страхування;

13.2.2. 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;

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

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

13.3.1. якщо він має сумніви в обґрунтованості вимог Застрахованої особи на отримання страхової виплати – до отримання необхідних доказів, але не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Застрахованою особою Страховику останнього з усіх необхідних документів, зазначених в Розділі 12 Генерального договору;

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

13.3.3. якщо у зв'язку із настанням 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 Застрахованою особою Страховику останнього з усіх необхідних документів, зазначених в Розділі 12, Генерального договору;

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

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

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

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

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

14.1.1. не повідомила або несвоєчасно повідомила про факт настання страхового випадку (п.12.1.) або не надала документальне підтвердження об'єктивних причин, що перешкождали повідомленню або створив/-ла Страховику перешкоду у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

14.1.2. надала свідомо неправдиві відомості про предмет Договору страхування, стан Здоров'я на момент укладення договору або під час дії Договору (наявність/встановлення I та II групи інвалідності, «дитини-інвалід» або страждала/страждає такими захворюваннями: пухлина головного

мозку, пухлини спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), гострий некротичний енцефаліт, психічно хворі, хворі на СНІД) або факт настання страхового випадку;;

14.1.3.отримала повне відшкодування витрат від особи, винної у їх заподіянні;

14.1.4.надала Страховику документи із завідомо недостовірною інформацією про стан свого здоров'я та надані медичні послуги;

14.1.5.не надала Страховику всі необхідні документи, передбачені Розділом 12 або інші документи, які підтверджують факт, причини й обставини настання страхового випадку;

14.1.6.не виконала зобов'язань, передбачених у п. 11.2 умов цього Генерального договору страхування;

14.1.7.не співпадає номер паспорту /ID картки громадянина України із номером паспорту /ID картки громадянина України, вказаного у медичних документах.

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

14.2.1.мали місце події, передбачені у Розділі 7;

14.2.2.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;

14.2.3.Застрахована особа не виконувала розпорядження або рекомендації Страховика/Контакт-центру щодо дій у разі настання страхового випадку;

14.2.4.дата перетину державного кордону (визначається за відмітками в паспорті громадянина України для виїзду за кордон) переує даті оформлення Картки Застрахованої особи;

14.2.5.витрати, понесені Застрахованою особою, не передбачені умовами Договору страхування;

14.2.6.випадок, трапився в країні постійного проживання на законних підставах Застрахованої особи і/або в країні громадянином якої вона є.

15. УМОВИ ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Зміни та доповнення до Договору протягом періоду його дії вносяться за взаємною згодою Сторін на підставі письмової заяви однієї зі Сторін шляхом укладення додаткової угоди до Договору або переукладенням Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною.

15.2. Додаткова угода є невід'ємною частиною Договору й складається в кількості примірників Договору.

15.3. Якщо будь-яка зі Сторін Договору не згодна на внесення змін до умов Договору, в той же строк вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

15.4. З моменту отримання заяви однією зі Сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії, Договір продовжує діяти на попередніх умовах.

15.5. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

15.5.1. Закінчення строку дії Договору;

15.5.2. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

15.5.3. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи;

15.5.4. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

15.5.5. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

15.6. Дію Договору може бути припинено на вимогу Страхувальника або Страховика. У такому випадку сторона, яка вимагає дострокового припинення дії Договору направляє іншій стороні відповідне повідомлення не менш ніж за 60 (шістдесят) календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору. Таке дострокове припинення дії Договору вважатиметься відповідно до ч.3 ст.651 ЦК України односторонньою відмовою від Договору.

15.7. Страховик зобов'язаний врегулювати та здійснити страхові виплати або надати обґрунтовану відмову, у таких виплатах, усіх зазначених у Звітах Страхувальника Картках Застрахованих осіб, навіть після закінчення строку дії цього Договору, при умові сплати по ним

страхової премії Страхувальником Страховику в повному обсязі.

15.8. Дія Договору страхування відносно Застрахованої особи припиняється у разі:

15.8.1. закінчення строку дії;

15.8.2. перетину державного кордону України Застрахованою особою до 24.00 годин дати, зазначеної в Картці, як дата закінчення дії договору, якщо територією перебування за Договором не є Україна;

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

15.8.4. несплати Застрахованою особою страхової премії у встановлені Договором строки;

15.8.5. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Застрахованої особи або втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених ст. 22, 23 і 24 Закону України "Про страхування";

15.8.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

15.8.7. прийняття судового рішення про визнання Картки недійсним;

15.8.8. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

15.9. Дію Договору може бути достроково припинено 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 таким чином:

15.9.1. 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 25% (двадцять п'ять відсотків) та фактично сплачених виплат страхових сум. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю;

15.9.2. у разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 25% (двадцять п'ять відсотків) та фактично здійснених страхових виплат.

15.10. Страхова премія не повертається у разі вимушеної відмови Застрахованої особи від поїздки за наявності в останнього дійсної візи на поїздку за кордон, якщо Застрахований заявляє про свій невиїзд після закінчення строку дії Договору страхування.

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

15.12. За припинення Договору з метою внесення змін щодо строків страхування, країни перебування тощо, Страховик має право утримати 10% (десять відсотків) від сплаченої страхової премії, окрім випадків, коли зміни в Договір страхування мають бути внесені внаслідок помилки Страховика.

16. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

16.1. 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.

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

16.3. 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.

16.4. 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.

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

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

16.7. 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.

16.8. У разі розбіжностей умов цього Договору та Правил страхування перевагу мають умови цього Договору.

Юридичну силу має текст Договору, викладений українською мовою. Договір страхування не набуває чинності без підписів сторін договору – Страховика (агента Страховика) та Страхувальника.

16.9. Даний Договір укладено у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному для кожної із Сторін.

16.10. Зміни та/або доповнення до даного Договору складаються у вигляді додатків до цього Договору. Всі додатки до цього Договору в разі підписання їх уповноваженими представниками та скріплення печатками Сторін є невід'ємною частиною цього Договору.

16.11. Жодна із Сторін не має права передавати свої права та обов'язки за даним Договором третій стороні без письмової згоди іншої Сторони.

17. СТРОКИ ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

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

18. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

18.1. Все, що не знайшло відображення в договорі страхування, регулюється Правилами страхування та діючим законодавством. У разі виникнення розбіжностей між умовами Договору страхування та Правилами пріоритет має Договір страхування.

18.2. На виконання ст. 6, 10, 11, 14 та 20 Закону України «Про захист персональних даних» підписанням Договору Застрахована особа 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 Застрахованої особи 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. Страхувальник засвічує, що суб'єкт персональних даних – Застрахована особа - ознайомлена з правами визначеними ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних».

18.3. Підписуючи Договір, Страхувальник підтверджує, що Страховик надав усю необхідну інформацію щодо надання ним послуг зі страхування та вартості цих послуг.

18.4. Невід'ємними частинами цього Договору є:

18.5. Додаток №1 –Картка Застрахованої особи (шаблон).

18.6. Додаток №2 – Звіт про укладені договори страхування щодо застрахованих осіб (шаблон)

18.7. Додаток №3 – Страхові тарифи та підвищувальні коефіцієнти.

18.8. 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:

Національний Банк України

Для подання письмових звернень: вул.Інститутська, 11-Б, м.Київ-8, 01601

тел: 0 800 505 240,

Форма електронного звернення: pbu@bank.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

18.9. 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.

18.10. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що з Правилами страхування ознайомився та погодився.

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

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

19. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИСИ СТОРІН

АТ «СК «ІНГО»

Адреса:

01054, Україна, м. Київ,

вул. Бульварно-Кудрявська, 33

UA39380805000000000265002085

в АТ «Райффайзен банк Аваль» м. Києва

код ЄДРПОУ 16285602

тел/факс: 490 2744, 490 2748

ТОВ «САНТ ВАЛЕНТИН»

Адреса:

04053, Україна, м. Київ,

вул. Олесь Гончара 25 оф.4

UA193204780000026008001585614

в ПАТ «УКРГАЗБАНК»

код ЄДРПОУ 0039019

тел/факс: 486-7121, 486-7170

(підпис)

М П

«28» грудня 2021 р.



/Шевченко В.В./

(підпис)

М П

«28» грудня 2021 р.



/ Стаучан Л.О./