

## ДОГОВІР КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЩО ВИЇЗДЖАЮТЬ ЗА КОРДОН ТА ПОДОРОЖУЮТЬ ПО УКРАЇНІ «GOLD Pivdenyi»

ці умови діють з «31» серпня 2020 р.

**АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНГО»**, іменована надалі Страховик (ліцензії ДКРРФП серії АВ №546587 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, що подала Заяву про приєднання (акцепт) до цього Договору і прийняла його умови (публічну пропозицію Страховика необмеженому колу осіб, шляхом підписання Договору, 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, уклали Договір комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон та подорожують по Україні «**GOLD Pivdenyi**» про наступне:

### 1. **ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ:**

1.1. **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;

1.2. **раптове захворювання (раптовий розлад здоров'я)** - несподіване погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, що виникло знезапечно та потребує невідкладного медичного втручання з подальшим лікуванням, в т.ч. в умовах цілодобового стаціонару. Не вважаються раптовим розладом здоров'я випадки хронічних та довготривалих захворювань, які мали місце до укладання Договору, крім випадків їх загострення, що можуть становити загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи;

1.3. **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;

1.4. **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;

1.5. **екстрена 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);

1.6. **невідкладний стан людини** - раптове погіршення здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин;

1.7. **Коктакт-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;

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

1.9. **третья особа** - будь-яка інша особа, крім Страховика, Страхувальника, Застрахованих осіб, Вигодонабувача;

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

1.11. **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/-ої виплат/-и 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;

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

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

1.14. **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;

1.15. **програма страхування** - встановлений Страховиком перелік страхових випадків та умов страхування;

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

1.17. **територія дії Договору/територія страхування** — географічний район/країна/група країн, який/-а вказаний/-а у Договорі та на який/-у розповсюджується дія Договору. Якщо Страхувальник/Застрахована особа вибуває з території страхування, дія страхового захисту припиняється. Якщо це зазначено Договором страхування, територією страхування є Україна;

1.18. **близькі родичі Застрахованої особи** - чоловік/дружина, діти, мати, батько, рідні брати або сестри Застрахованої особи;

1.19. **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;

1.20. **безумовна франшиза (далі – 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.

## 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

Предметом Договору є майнові інтереси Страхувальника/Застрахованої особи, 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).

## 3. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. Страховими випадками визнаються такі події:

3.1.1. понесення 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;

Події, передбачені п.п.3.1.1. - п.п.3.1.2., 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.

## 4. УМОВИ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

4.1. У разі настання страхового випадку згідно з умовами Договору страхування в межах страхової суми Страховик відшкодовує витрати на:

4.1.1. швидку невідкладну медичну допомогу каретою швидкої медичної допомоги в разі виникнення невідкладного стану в місці виникнення

надзвичайних обставин;

4.1.2. екстрену медичну допомогу в умовах стаціонару (в палаті стандартного типу), включаючи витрати на розміщення у лікарні, послуги лікаря, проведення операцій, діагностичних досліджень, оплату медикаментів та перев'язочних засобів, необхідних для лікування та засобів фіксації (гіпс, биндаж);

4.1.3. екстрену та невідкладну медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах, включаючи витрати на послуги лікаря, діагностичні дослідження, медикаменти та перев'язочні засоби, необхідні для лікування, засоби фіксації (гіпс, биндаж);

4.1.4. екстрену стоматологічну допомогу (знеболююче лікування та пов'язане з ним необхідне пломбування тільки природних (натуральних) зубів);

4.1.5. швидко невідкладну медичну допомогу вагітним жінкам до 5-го місяця вагітності включно у разі виникнення раптових ускладнень, які становлять загрозу для життя Застрахованої особи;

4.1.6. транспортування Страхувальника/Застрахованої особи, що здійснюється спеціалізованим медичним транспортним засобом, 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;

4.1.7. транспортування Страхувальника/Застрахованої особи, включаючи витрати на послуги особи, що супроводжує Страхувальника/Застраховану особу (якщо такий супровід рекомендований лікарем), до місця постійного проживання або до найближчої медичної установи за місцем постійного проживання у випадку відсутності в місці тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги. Транспортування здійснюється винятково у випадках, коли його необхідність підтверджується висновком лікаря Страховика на підставі документів від місцевого лікаря за умови відсутності медичних протипоказань;

4.1.8. транспортування Страхувальника/Застрахованої особи до місця постійного проживання або до найближчої медичної установи за місцем постійного проживання у випадку, коли витрати на перебування в стаціонарі за межами України можуть перевищити страхову суму, встановлену у Договорі. Транспортування здійснюється лише за умови відсутності медичних протипоказань;

4.1.9. проїзд економічним класом Страхувальника/Застрахованої особи до країни постійного проживання, якщо від'їзд не відбувся в день, зазначений у завчасно придбаних проїзних документах через перебування Страхувальника/Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні.

Страховик залишає за собою право вирахувати зі страхової виплати вартість заздалегідь придбаних Страхувальником/Застрахованою особою невикористаних проїзних документів. Способи транспортування Страхувальника/Застрахованої особи визначаються Страховиком з урахуванням медичних показань. При цьому Страховик не несе відповідальності у випадку недотримання перевізником розкладу руху;

4.1.10. організацію та оплату вартості по транспортуванню тіла (репатріації) Страхувальника/Застрахованої особи до місця його попереднього постійного проживання. Необхідною умовою для організації репатріації є надання родичами померлої Застрахованої особи заяви-підтвердження про готовність зустріти та забрати тіло після перетину державного кордону. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги;

4.1.11. телефонні переговори із Страховиком/Контакт-центром за умови надання документів, що підтверджують такі витрати.

4.2. Безумовна франшиза (власна участь Страхувальника/Застрахованої особи у відшкодуванні збитку) складає 100 (сто) євро по витратах на амбулаторно-поліклінічну допомогу та допомогу в умовах стаціонару за кожним страховим випадком та 100 (сто) євро по витратах на транспортування Страхувальника/Застрахованої особи (п.п.4.1.6.- п.п.4.1.10. Договору).

4.3. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п.п.3.1.1., п.п.3.1.2., Страховик відшкодовує витрати:

4.3.1. спеціалізованим службам, що надають послуги, згідно з умовами Договору страхування Страхувальнику/Застрахованій особі в країні її тимчасового перебування;

4.3.2. Страхувальнику/Застрахованій особі у разі надання останньою документів, що підтверджують понесення ним витрат;

4.3.3. спадкоємцям Страхувальника/Застрахованої особи або Вигодонабувачу у разі надання ними документів, що підтверджують понесення витрат, пов'язаних зі смертю Застрахованої особи.

## 5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

5.1. Події, передбачені у п.п.3.1.1.-п.п.3.1.2., не визнаються страховими випадками, якщо вони відбулися внаслідок:

5.1.1. 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;

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

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

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

5.1.5. 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;

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

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

5.1.8. 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;

5.1.9. професійних занять Страхувальником/Застрахованою особою спортом, якщо при визначенні страхового платежу за Договором не був застосований відповідний корегувальний коефіцієнт;

5.1.10. 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.

5.2. За подіями, передбаченими в п.п.3.1.1.- п.п.3.1.2., Страховик не відшкодовує витрати на:

5.2.1. лікування хронічних захворювань, а також захворювань, про існування яких було відомо до моменту укладання Договору, незалежно від того, чи здійснювалося по них лікування;

5.2.2. 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;

5.2.3. лікування доброякісних та злоякісних новоутворень;

- 5.2.4. припинення та лікування судомних станів, нервових (крім невритів) та психічних захворювань, неврозів та травматичних ушкоджень, пов'язаних з ними;
- 5.2.5. отримання Страхувальником/Застрахованою особою медичних послуг, не пов'язаних зраптовим захворюванням або нещасним випадком;
- 5.2.6. профілактичні заходи та загальні медичні огляди;
- 5.2.7. діагностичні маніпуляції (у тому числі консультації та лабораторні дослідження), що не мають відношення до раптового захворювання або нещасного випадку;
- 5.2.8. консультації, обстеження і операції на серці та судинах, у тому числі на ангиографію, ангиопластику і шунтування;
- 5.2.9. 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;
- 5.2.10. консультації, обстеження і лікування будь-яких алергічних реакцій та захворювань (в тому числі викликаних контактом з представниками флори та фауни), грибкових та дерматологічних хвороб та укусів комах. Якщо при обстеженні Страхувальнику/Застрахованій особі буде встановлений відповідний діагноз, то він самостійно має оплатити це обстеження, подальші консультації, діагностику та лікування;
- 5.2.11. лікування будь-яких розладів здоров'я чи ускладнень, що відбулися внаслідок невиконання рекомендацій лікаря, що проводить лікування Застрахованої особи;
- 5.2.12. лікування захворювань, пов'язаних з масовими епідеміями або пандеміями та потребують вживання комплексу карантинних заходів;
- 5.2.13. лікування будь-яких форм туберкульозу;
- 5.2.14. лікування хвороб ендокринної системи;
- 5.2.15. лікування вірусу імунодефіциту;
- 5.2.16. лікування гострої та хронічної форми променевої хвороби;
- 5.2.17. лікування вірусних гепатитів;
- 5.2.18. консультації, обстеження і лікування будь-яких захворювань та розладів органів слуху (в тому числі отитів), видалення сірних пробок;
- 5.2.19. придбання засобів медичного призначення для заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенди, набори для емболізації, деартерілізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези, ортези, фіксатори та обладнання для остеосинтезу);
- 5.2.20. послуги, які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування;
- 5.2.21. побічні дії лікарських засобів, харчових добавок;
- 5.2.22. 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 (за винятком кандидозних вульво-вагинітів та баланопостатів, якщо вони не входять до складу змішаної інфекції), а також витрати, що виникли у зв'язку з будь-якими наслідками або проявами (у тому числі і смертю) від ВІЛ-інфекції;
- 5.2.23. пластичну хірургію та протезування;
- 5.2.24. надання стоматологічної допомоги, за винятком знеболюючого лікування та необхідного тимчасового пломбування, пов'язаного з ним, тільки природних (натуральних) зубів;
- 5.2.25. консультації, обстеження і лікування під час перебігу 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;

- 5.2.26. 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;
- 5.2.27. надання послуг медичною установою, або особою, що не має відповідної ліцензії;
- 5.2.28. лікування методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та інше, на проведення курсу лікування на бальнеологічних або лікувальних курортах, у санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку або інших подібних установах;
- 5.2.29. надання додаткового комфорту, а саме телевізору, телефону, кондиціонеру та інше;
- 5.2.30. витрати, понесені після повернення Страхувальника/Застрахованої особи у країну постійного проживання, якщо інше не зазначено в Договорі;
- 5.2.31. догляд за хворим Страхувальником/Застрахованою особою, родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи вони є професійними медичними працівниками;
- 5.2.32. проведення дезінфекції, вакцинації, лікарських експертиз, лабораторних і діагностичних досліджень, не пов'язаних з нещасним випадком або раптовим захворюванням;
- 5.2.33. шкоду, заподіяну Страхувальнику/Застрахованій особі внаслідок професійної помилки лікаря або іншої особи, що надавала послуги Страхувальнику/Застрахованій особі;
- 5.2.34. непрямі збитки, а також збитки, заподіяні майну Страхувальника/Застрахованої особи;
- 5.2.35. 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;
- 5.2.36. витрати, що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показаннями), що вона сама чи в супроводі іншої особи, може повернутися до постійного місця проживання;
- 5.2.37. витрати на медичні, адміністративні послуги, якщо подорож здійснювалась з метою їх отримання;
- 5.2.38. витрати на стаціонарне та амбулаторне лікування, транспортування та витрати на репатріацію, коли вони не узгоджені зі Страховиком або Контакт-центром;
- 5.2.39. ритуальні послуги.

5.3. 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 10 умов Договору, або надала недостовірні дані стосовно страхового випадку.

## **6. СТРАХОВА СУМА ТА СТРАХОВА ПРЕМІЯ**

6.1. 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 предмет договору страхування не покривається страховим захистом.

6.2. 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 грошова сума 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.

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

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

6.5. У разі несплати страхової премії 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 вважаються страховими та не підлягають відшкодуванню.

#### **7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

7.1. Договір укладається на строк перебування Страхувальника/Застрахованої особи за межами України, але не більше, ніж один рік, якщо інше не передбачено Договором.

7.2. Якщо Договір передбачає багаторазові поїздки Страхувальника/Застрахованої особи за кордон впродовж встановленого в Договорі періоду, то дія Договору поширюється лише на кількість днів, встановлену в Договорі.

7.3. Кількість днів перебування Страхувальника/Застрахованої особи за кордоном визначається згідно з відмітками прикордонних служб в закордонному паспорті Страхувальника/Застрахованої особи.

7.4. Договір не діє в країні постійного проживання Страхувальника/Застрахованої особи і/або громадянином якої він/вона є.

7.5. 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.6.4.

7.6. У межах Договору територія перебування Страхувальника/Застрахованої особи – Весь світ.

#### **8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

8.1. 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.

8.2. Для укладання Договору страхування необхідно вказати:

8.2.1. прізвище, ім'я, по батькові українською мовою та в латинській транскрипції (як у закордонному паспорті), дату народження Страхувальника/Застрахованої особи, закордонний паспорт (серія, номер), цивільний паспорт (серія, номер) та ідентифікаційний номер платника податку Страхувальника, адресу, контактний телефон Страхувальника;

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

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

8.2.4. територію дії Договору;

8.2.5. мету поїздки;

8.2.6. професію та сферу передбачуваної діяльності, якщо Страхувальник/Застрахована особа виїжджає за кордон для роботи;

8.2.7. вид спорту або тип спортивних змагань, у яких передбачається участь Страхувальника/Застрахованої особи;

8.2.8. розмір страхової суми.

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

8.4. 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.

#### **9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

9.1. Страхувальник має право:

9.1.1. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку;

- 9.1.2. достроково припинити дію Договору, в т.ч. відносно окремої Застрахованої особи;
- 9.1.3. призначати Вигодонабувача для отримання страхової виплати та замінити його іншою особою до настання страхового випадку;
- 9.1.4. отримати копію (дублікат) Договору у разі його втрати;
- 9.1.5. застрахувати додаткову кількість осіб або припинити дію Договору відносно певної застрахованої особи. При цьому Страховик здійснює перерахунок страхової премії на підставі чинних тарифів.
- 9.2. Страхувальник зобов'язаний:
  - 9.2.1. 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;
  - 9.2.2. своєчасно та повністю вносити страхові платежі у термін та у розмірі, встановленому у Договорі;
  - 9.2.3. протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин повідомити Страховика про настання страхового випадку;
  - 9.2.4. повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету Договору;
  - 9.2.5. вживати заходи для запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
  - 9.2.6. 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.10.4.1-п.п.10.5.11., необхідні для встановлення причин, характеру страхового випадку та його зв'язку з наслідками;
  - 9.2.7. надати Страховику можливість обстеження Страхувальника/Застрахованої особи з метою з'ясування стану його здоров'я;
  - 9.2.8. надати Страховику інформацію про особу, з вини якої Страхувальник/Застрахована особа поніс (понесла) витрати, що відшкодовуються за Договором;
  - 9.2.9. виконувати всі розпорядження фахівців Контакт-центру;
  - 9.2.10. 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.
- 9.3. Страховик має право:
  - 9.3.1. перевіряти надану Страхувальником/Застрахованою особою інформацію, а також виконання Страхувальником/Застрахованою особою умов Договору страхування;
  - 9.3.2. достроково припинити дію Договору згідно з Розділом 133;
  - 9.3.3. висунути зворотні вимоги до Страхувальника на суму виплаченого страхового відшкодування, якщо після виплати виникли обставини, зазначені у п.п.9.2.10.;
  - 9.3.4. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках невиконання Страхувальником/Застрахованою особою умов п.9.2. та Розділу9;
  - 9.3.5. перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою щодо обставин настання страхового випадку;
  - 9.3.6. самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.
- 9.4. Страховик зобов'язаний:
  - 9.4.1. ознайомити Страхувальника з Договором, правилами та умовами страхування;
  - 9.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів для оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
  - 9.4.3. 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;



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

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

9.4.6. 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.

#### **10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ**

10.1. 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 (до Асистуючої компанії) для отримання інформації щодо подальших дій та повідомити оператору Контакт-центру таку інформацію:

- номер Договору;
- прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- строк дії Договору;
- місцезнаходження, номер контактного телефону;
- причину звернення.

Витрати на телефонні переговори з Контакт-центром відшкодовуються Страховиком Страхувальнику/Застрахованій особі за умови надання документів, що підтверджують такі витрати;

10.1.1. у разі неможливості зв'язатися з Контакт-центром Страховика, самостійно звернутися до найближчої медичної установи, надавши персоналу медичної установи Договір страхування. Якщо сума за надані медичні послуги перевищує еквівалент 500 (п'ятсот) євро/дол.США, Страхувальник/Застрахована особа повинна звернутися до Контакт-центру Страховика та узгодити ці витрати. У разі невиконання цієї умови Страховик має право відмовити або частково відмовити у виплаті страхового відшкодування. Доведення факту неможливості зв'язатися з Контакт-центром Страховика покладається на Страхувальника/Застраховану особу або особу, яка надала медичні послуги. 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 настання страхового випадку;

10.1.2. повідомити Контакт-центр про перебування в стаціонарі (госпіталізації) протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту госпіталізації. Виплата страхового відшкодування здійснюється виключно якщо Страхувальник/Застрахована особа або його довірена особа своєчасно повідомила Контакт-центр про факт перебування в стаціонарі до/під час лікувального процесу.

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

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

10.2. 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:

10.2.1. повідомити Страховика протягом 24 (десяти) днів з моменту настання такого випадку або з моменту усунення обставин, що перешкоджали своєчасному повідомленню про настання такого випадку;

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

- 10.2.3. надати Страховикові або його представникові вільний доступ до інформації, що пов'язана зі страховим випадком або подією, яка має ознаки страхового випадку;
- 10.2.4. вжити заходів з метою запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 10.2.5. надати Страховику можливість з'ясувати стан здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи;
- 10.2.6. надати Страховику інформацію про особу, з вини якої Страхувальник/ Застрахована особа поніс (понесла) витрати, що відшкодовуються за Договором.

Неможливість виконання вимог п.п.10.2.1. та п.п.10.2.2. має бути обґрунтована Страховику письмово.

10.3. З метою зменшення розміру збитку за згодою або з ініціативи Страхувальника/Застрахованої особи необхідна медична допомога може бути надана в Україні. Транспортування здійснюється лише за умови відсутності медичних протипоказань.

10.4. У разі настання страхового випадку, в тому числі, якщо Страхувальник/Застрахована особа самостійно понесла витрати, пов'язані із страховим випадком, в межах суми, зазначеної в п.п.10.1.1., вона повинна протягом 15-ти (п'ятнадцяти) календарних днів після повернення до місця постійного проживання надати Страховику письмову заяву з детальним описом обставин інциденту і такі документи:

- 10.4.1. копії внутрішнього паспорта громадянина України. У разі подорожі з дітьми - копію їх свідоцтва про народження/документа про опікунство, всиновлення (удочеріння);
- 10.4.2. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номеру;
- 10.4.3. копію закордонного паспорта з відміткою прикордонних служб про перетин кордону;
- 10.4.4. оригінал Договору страхування;
- 10.4.5. 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 отримання узгоджених з Контакт-центром медичних послуг.

10.5. У разі настання страхового випадку за ризиками, вказаними в п.п.3.1.1.– п.п.3.1.2., Страховику додатково надаються такі документи:

- 10.5.1. оригінал Договору;
- 10.5.2. оригінал довідки-рахунка з медичної установи із зазначенням прізвища пацієнта, діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, з переліком наданих послуг та розбивкою їх по датах і вартості з підсумковою сумою до сплати;
- 10.5.3. оригінали рецептів, виписаних лікарем у зв'язку з даним захворюванням, і зазначенням вартості кожного придбаного медикаменту;
- 10.5.4. оригінал документа, виданого лікарем на проходження лабораторних досліджень, і рахунок лабораторії з розбивкою по датах, найменуванням і вартості наданих послуг;
- 10.5.5. документи, що підтверджують факт оплати лікування, лікарських засобів та інших послуг, оплата яких передбачена Договором та умовами страхування (фіскальний чек, квитанція з мокрим відбитком печатки про оплату або банківську виплату (квитанція) про перерахування вартості медичних послуг);
- 10.5.6. оригінал медичного висновку, виданий фахівцями медичного закладу, про необхідність оперативних втручань за життєвими показниками;
- 10.5.7. документи, що підтверджують оплату вартості телефонних переговорів Застрахованої особи з Контакт-центром або Страховиком із зазначенням номерів телефонів, дати дзвінків, тривалості, вартості;
- 10.5.8. оригінали виписаних перевізником рахунків із зазначенням маршруту перевезення та його вартості, виписаних на бланках або з відповідним мокрим відбитком печатки чи фіскальний чек у разі, коли Застрахована особа за життєвими показниками 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 карети швидкої допомоги або таксі;

10.5.9. документи, що підтверджують витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи.

10.5.10. у разі смерті Страхувальника/Застрахованої особи - копію свідоцтва про смерть та копію свідоцтва про право на спадщину;

10.5.11. у випадку поховання тіла Застрахованої особи в країні за місцем смерті - документи, що підтверджують витрати на ритуальні послуги з поховання.

10.6. Заява і документи, зазначені в п.10.4.-п.10.5.11., мають бути надані з обов'язковим додаванням перекладів оригіналів документів, складених мовами, відмінними від української, англійської та російської мов.

## **11. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

11.1. Рішення про страхову виплату приймається Страховиком на підставі документів, визначених в п.10.4.-п.10.5.11., протягом 15 (п'ятнадцяти) банківських днів з моменту подання Страхувальником/Застрахованою особою вказаного повного пакету документів.

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

11.2.1. 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.10.4. – п. 10.5.11.;

11.2.2. якщо органами внутрішніх справ ведеться розслідування обставин, які спричинили настання страхового випадку, – до закінчення розслідування;

11.2.3. якщо за фактом настання страхового випадку порушена кримінальна справа проти осіб, винних в настанні страхового випадку, – до закінчення розслідування або винесення судом відповідного рішення (припинення або призупинення цієї справи), але не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з всіх необхідних документів, зазначених в п.10.4. – п. 10.5.11.;

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

11.3. Страхова виплата здійснюється за погодженням сторін у готівковій або безготівковій формі з урахуванням вимог чинного законодавства. У разі здійснення страхової виплати у безготівковій формі банківські витрати несе Страховик.

11.4. У разі смерті Страхувальника/Застрахованої особи право на отримання страхової виплати переходить до Вигодонабувача чи спадкоємця/- ів Застрахованої особи, визначених відповідно до законодавства.

11.5. Страхова виплата здійснюється в національній грошовій одиниці України за встановленим курсом Національного банку України на дату настання страхового випадку.

11.6. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту прийняття рішення про здійснення страхової виплати п.11.1.

11.7. 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.

11.8. Страхові виплати здійснюються Страхувальнику, якщо він є Застрахованою особою/Вигодонабувачем, а у разі його смерті – законним спадкоємцем, якщо в Договорі не визначено Вигодонабувача.

## **12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

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

- 12.1.1. не повідомив/-ла або несвоєчасно повідомив/-ла про факт настання страхового випадку (п.10.1.) або створив/-ла Страховику перешкоду у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 12.1.2. надав/-ла свідомо неправдиві відомості про предмет Договору або факт настання страхового випадку;
- 12.1.3. отримав/-ла повне відшкодування витрат від особи, винної у їх заподіянні;
- 12.1.4. надав/-ла Страховику документи із завідомо недостовірною інформацією про стан свого здоров'я та надані медичні послуги;
- 12.1.5. не надав/-ла Страховику всі необхідні документи, передбачені п.10.4.- п. 10.5.11.;
- 12.1.6. не виконав/-ла обов'язків, передбачених п.9.2.;
- 12.1.7. поніс/понесла витрати у зв'язку із страховим випадком на території, не зазначеній у Договорі, окрім випадків транспортування постраждалого Страхувальника/Застрахованої особи.
- 12.2. Страховик повністю або частково звільняється від здійснення страхової виплати, якщо:
  - 12.2.1. мали місце події, передбачені у Розділі 5;
  - 12.2.2. 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;
  - 12.2.3. Страхувальник/Застрахована особа не виконував (ла) розпорядження або рекомендації Страховика/Контакт-центру щодо дій у разі настання страхового випадку.

### **13. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 13.1. Дія Договору припиняється у разі:
  - 13.1.1. закінчення строку його дії;
  - 13.1.2. перетину державного кордону України Страхувальником/Застрахованою особою до 24.00 годин дати, зазначеної в Договорі як дата закінчення дії Договору;
  - 13.1.3. виконання Страховиком зобов'язань за Договором у повному обсязі;
  - 13.1.4. несплати Страхувальником страхової премії у встановлені Договором строки;
  - 13.1.5. 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»;
  - 13.1.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
  - 13.1.7. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
  - 13.1.8. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 13.2. 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:
  - 13.2.1. 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;
  - 13.2.2. 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.

13.3. Страхова премія не повертається у випадку вимушеної відмови Страхувальника/Застрахованої особи від поїздки, при наявності у останнього дійсної візи на поїздку, якщо Страхувальник/Застрахована особа заявляє про свій невиїзд після закінчення строку дії Договору.

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

#### **14. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН**

14.1. 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.

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

14.3. 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.

14.4. 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.

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

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

14.7. 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) чинним законодавством України.

#### **15. СТРОКИ ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

15.1. 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.

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

#### **16. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ**

16.1. Все, що не знайшло відображення в Договорі страхування, регулюється Правилами страхування та діючим законодавством.

16.2. У разі виникнення розбіжностей між умовами Договору страхування та Правилами пріоритет має Договір страхування. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що приєднався до публічного Договору комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон та подорожують по Україні «**GOLD Pivdenyi**».

16.3. На виконання ст. 6, 10, 11, 14 та 20 Закону України «Про захист персональних даних» підписанням Договору Страхувальник/Застрахована

надає однозначну беззастережну згоду (дозвіл) на передачу, зберігання та обробку його/ її 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 засвідчує, що ознайомлений з правами, визначеними ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних».

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

16.5. 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.

16.6. Відповідно до частини третьої статті 207 ЦК України Сторони домовилися, що використання факсимільного відтворення підпису уповноваженої особи та печатки Страховика за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, або іншого аналога власноручного підпису та печатки, визнається Страхувальником оригінальним підписом уповноваженої особи, скріпленим печаткою Страховика. Відповідні зразки підпису та печатки наведені у розділі Договору та додатків до нього, які містять реквізити Сторін.

16.7. 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: [nbu@bank.gov.ua](mailto:nbu@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](http://www.consumer.gov.ua)

16.8. 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.

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

**17. 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](mailto:office@ingo.ua)

ІВАН UA393206490000026503052600903 в ФКВ "ПРИВАТБАНК"

МФО 320649

код ЄДРПОУ 16285602

**Голова правління**

**АТ «СК «ІНГО»**



**Гордієнко І.М.**