

**УМОВИ ДОГОВОРУ КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ ВОДИЇВ ПІД ЧАС ЇХ РОБОЧОГО ВІДРЯДЖЕННЯ ЗА КОРДОН
«OPTIMAL DRIVER»**

ці умови діють з «14» червня 2023 року

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

Особа, що уклала договір добровільного комплексного страхування водіїв під час їх робочого відрядження за кордон, 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, розуміючи значення своїх дій та діючи добровільно, відповідно до «Правил добровільного страхування медичних витрат АТ «СК «ІНГО» (нова редакція) від 01.06.2023 р., «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, уклали Договір комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон про наступне:

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ:

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

1.2. вироби 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;

1.3. 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;

1.4. 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;

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

1.6. 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;

1.7. 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. Страховик не несе зобов'язань, якщо на дату укладання Договору Застрахована особа мала статус інваліда I та II групи.
- 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;

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

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

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

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

1.12. 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;

1.13. 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;

1.14. нещасний випадок - зовнішня, короточасна (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, аневризми, пухлини, функціональна недостатність органів, вроджені аномалії органів;

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

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

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

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

1.19. 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;

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

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

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

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

1.24. страхова премія (страховий платіж) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором;

1.25. 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**));

1.26. 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;

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

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

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

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

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

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

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

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

3. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. Страховими випадками визнаються такі події:

- 3.1.1. понесення медичних витрат внаслідок раптового захворювання Страхувальника/Застрахованої особи або нещасного випадку, що стався зі Страхувальником/Застрахованою особою;
- 3.1.2. понесення витрат, пов'язаних зі смертю Страхувальника/Застрахованої особи, яка настала внаслідок хвороби або нещасного випадку;
- 3.1.3. смерть Страхувальника/Застрахованої особи, що настала внаслідок нещасного випадку;
- 3.1.4. постійна повна або часткова втрата працездатності (інвалідність) Страхувальника/Застрахованої особи, що сталася внаслідок нещасного випадку;
- 3.1.5. тимчасова втрата працездатності Страхувальника/Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

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

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

4. УМОВИ 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, укладеного на умовах програми «OPTIMAL Driver», в межах страхової суми або окремо встановлених лімітів відповідальності Страховик відшкодовує витрати на:

- 4.1.1. швидку невідкладну медичну допомогу, включаючи проведення первинних діагностичних заходів та тестування, 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 (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- гіпс, биндаж.

У випадку, якщо Застрахована особа отримує послуги невідкладної стаціонарної допомоги, узгоджені із Асистуючою компанією та/або Страховиком, та під час перебування у стаціонарі закінчився період покриття (період дії страхового захисту), який встановлений Договором страхування, Страховик залишає за собою право оплачувати послуги лікування Застрахованої особи в стаціонарі за кордоном, за виключенням стаціонарного лікування внаслідок інфікування вірусом COVID-19, та репатріації Застрахованої особи строком до 7 (семи) діб після закінчення строку дії Договору страхування, якщо це необхідно за медичними показаннями в межах 3 000 (три тисячі) євро/дол. США;

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 витратних матеріалів, необхідні для лікування, засоби фіксації, а саме гіпс, биндаж та ортез при переломах, з урахуванням пп.7.2.46. Договору. Консультаційні послуги лікаря при гострих респіраторних та вірусних захворюваннях, крім у межах ліміту 50,00 (п'ятдесят) євро для кожного страхового випадку;

На умовах пп.4.1.2., пп.4.1.3. лікування первинного захворювання або загострення хронічного захворювання 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;

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

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

4.1.6. транспортування Страхувальника/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 Страхувальник/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 поганой транспортної доступності або великої віддаленості від медичної установи та попередньо узгоджується із Страховиком;

4.1.7. транспортування Страхувальника/Застрахованої особи до місця постійного проживання або до найближчої медичної установи за місцем постійного проживання з метою подальшого лікування, включаючи медичний супровід, якщо необхідність присутності супроводжуючої особи підтверджується висновками лікарів, 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 в межах 10% (десяти відсотків) від страхової суми за одним страховим випадком. При цьому Страховик відшкодовує витрати на оформлення документів, витрати на транспортування та проїзд економічним класом супроводжуючої особи до місця його попереднього постійного проживання, якщо медичний супровід надавався;

4.1.8. 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;

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

- оформлення документів на підготовку тіла до транспортування/кремації/поховання;
- транспортні витрати на репатріацію;
- процедуру кремації або, за додатковим письмовим погодженням із родичами померлої Застрахованої особи, 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).

5. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

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

5.1.1. За випадком, зазначеним в пп.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.

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

5.1.1.2. 75% від страхової суми за програмою страхування у разі встановлення інвалідності 2 групи;

5.1.1.3. 50% від страхової суми за програмою страхування у разі встановлення інвалідності 3 групи;

5.1.2. За випадком, зазначеним в пп. 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 відшкодування матеріального збитку внаслідок часткового пошкодження або знищення майна третьої особи – в межах 30% (тридцяти відсотків) від

страхової суми зі страхування цивільної відповідальності, включаючи ліміт відповідальності у розмірі 1% (одного відсотку) від страхової суми у разі ненавмисного пошкодження взятого в прокат спортивного інвентарю (лижне спорядження, дайверське обладнання тощо);

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

6.1.3. У разі необхідності залучення перекладача або адвоката для захисту прав Страхувальника/Застрахованої особи в судовому процесі з адміністративних або цивільних справ, Страховик відшкодовує їх послуги в наступних лімітах:

6.1.4. на послуги перекладача – у межах 10% (десяти відсотків) від страхової суми зі страхування цивільної відповідальності;

6.1.5. на послуги адвоката – у межах 10% (десяти відсотків) від страхової суми зі страхування цивільної відповідальності.

7. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

7.1. Події, передбачені у пп.3.1.1-пп.3.1.5., не визнаються страховими випадками, якщо вони відбулися внаслідок:

7.1.1. 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;

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 Страхувальника/Застрахованої особи;

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

7.1.5. 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;

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. 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.

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 Страхувальника/Застрахованої особи;
- 7.2.2. відновлення погіршеного стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, які пов'язані з наслідками хвороби або її ускладненнями (загостренням) хвороби, які Страхувальник/Застрахована особа отримував/-ла 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 плазмозаміни, діалізу та гемодіалізу;
- 7.2.7. отримання Страхувальником/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 Страхувальнику/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 додатків (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 хвороб ендокринної системи, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла пов'язану з захворюванням на хвороби ендокринної системи;
- 7.2.20. лікування та діагностику вірусу імунодефіциту, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла пов'язану з захворюваннями на вірус імунодефіциту;
- 7.2.21. 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;
- 7.2.22. лікування та діагностику вірусних гепатитів, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла пов'язану з наслідками захворювання на вірусний гепатит;
- 7.2.23. лікування та діагностику будь-яких форм туберкульозу, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла пов'язану з наслідками захворювання на туберкульоз;
- 7.2.24. консультації, обстеження і лікування будь-яких захворювань та розладів органів слуху, видалення сірчаних пробок;
- 7.2.25. придбання виробів медичного призначення для заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенти, набори для емболізації, деартерилізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези, фіксатори та обладнання для остеосинтезу, ортези за виключенням переломів);
- 7.2.26. послуги, які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування;
- 7.2.27. побічні дії лікарських засобів, харчових добавок;
- 7.2.28. 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;
- 7.2.29. пластичну хірургію та протезування;
- 7.2.30. витрати на стоматологічне лікування, крім випадків надання невідкладної стоматологічної допомоги при гострому зубному болю або нещасному випадку;
- 7.2.31. планові консультації, обстеження і лікування під час перебігу вагітності, незалежно від терміну вагітності, або її ускладнень, крім випадків, коли медична допомога Застрахованій особі необхідна за життєвими показаннями. При цьому відповідний стан Застрахованої особи повинен бути підтверджений медичним висновком. У будь-якому разі витрати на допомогу при пологах і післяпологовому догляді за дитиною не покриваються;
- 7.2.32. 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;
- 7.2.33. діагностику та лікування безпліддя;
- 7.2.34. витрати на процедури по запобіганню вагітності та штучне запліднення, витрати на лікування станів, пов'язаних із порушенням менструального циклу;
- 7.2.35. надання послуг медичною установою, або особою, що не має відповідної ліцензії;
- 7.2.36. 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 проведення курсу лікування на бальнеологічних або лікувальних курортах, у санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку або інших подібних установах;
- 7.2.37. надання додаткового комфорту, а саме телевізору, телефону, кондиціонеру та інше;
- 7.2.38. придбання, ремонт та профілактика медичного обладнання (інгалятор, слуховий апарат, милиці, окуляри, термометр, контактні лінзи);
- 7.2.39. витрати, понесені після повернення Страхувальника/Застрахованої особи у країну постійного проживання;
- 7.2.40. догляд за хворим Страхувальником/Застрахованою особою, родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи вони є професійними медичними працівниками;

- 7.2.41. проведення дезінфекції, вакцинації, лікарських експертиз, лабораторних і діагностичних досліджень, не пов'язаних з нещасним випадком або раптовим захворюванням;
- 7.2.42. шкоду, заподіяну Страхувальнику/Застрахованій особі внаслідок професійної помилки лікаря або іншої особи, що надавала послуги Страхувальнику/Застрахованій особі;
- 7.2.43. непрямі збитки, а також збитки, заподіяні майну Страхувальника/Застрахованої особи;
- 7.2.44. 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;
- 7.2.45. 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;
- 7.2.46. медичні обстеження, огляди, консультації лікаря з метою контролю ефективності призначеного лікування, а також перев'язки в межах продовження лікування, зняття гіпсу та швів;
- 7.2.47. медичні, адміністративні послуги, якщо подорож здійснювалась з метою їх отримання;
- 7.2.48. стаціонарне та амбулаторне лікування, транспортування та витрати на репатріацію, коли вони не узгоджені зі Страховиком або Контакт-центром;
- 7.2.49. ритуальні послуги з поховання в Україні або країні громадянином якої він є;
- 7.2.50. діагностику та лікування травм, отриманих на території гірськолижного курорту;
- 7.2.51. витрати на лікування в барокамері;
- 7.2.52. кесонною хворобою, декомпресійною хворобою;
- 7.2.53. будь-які витрати, що не є невідкладними з медичної точки зору;
- 7.2.54. витрати пов'язані з лікуванням хвороб або травм, які піддаються місцевому лікуванню і не перешкоджають продовженню подорожі Застрахованої особи, у тому числі ушкодження м'язів, верхніх тканин шкіри, що не потребують невідкладної медичної допомоги (синці, мозолі, подряпини);
- 7.2.55. витрати, пов'язані з лікуванням гострих респіраторних та вірусних захворювань без наявності гіпертермічного синдрому (температура від 38 С та вище) та наявність ознак дихальної недостатності II та III ступеня;
- 7.2.56. збитки, що не підтверджені документально;
- 7.2.57. збитки, які настали після завершення періоду покриття (період дії страхового захисту).
- 7.3.** 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 12 умов Договору, або надала недостовірні дані стосовно страхового випадку.

8. СТРАХОВА СУМА ТА СТРАХОВА ПРЕМІЯ

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

8.1.1. Якщо територія страхування включає території держав-членів ЄС, то мінімальна страхова сума має дорівнювати 30 000 євро.

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

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

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

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

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

8.4.1. 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.

9. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Договір може укладатися на строк перебування Страхувальника/Застрахованої особи за межами України, але не більше, ніж один рік, якщо інше не передбачено Договором. Строк дії договору зазначається в Договорі.

9.2. Якщо Договір передбачає багаторазові поїздки Страхувальника/Застрахованої особи за кордон впродовж встановленого в Договорі строку дії договору або поїздки з невизначеними строками, датами початку та завершення, то Договір діє лише ту кількість днів, яка встановлена в Договорі як «Період покриття».

9.3. Якщо Договір передбачає багаторазові поїздки або поїздки з невизначеними строками Страхувальника/Застрахованої особи за кордон впродовж встановленого Договором строку дії, то при кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів проведених Страхувальником/Застрахованою особою на території дії Договору. Кількість днів перебування Страхувальника/Застрахованої особи за кордоном визначається згідно з відмітками прикордонних служб в паспорті громадянина України для виїзду за кордон Страхувальника/Застрахованої особи.

9.3.1. в межах строку дії Договору страхування може встановлюватися період покриття (період дії страхового захисту) перебування Застрахованої особи закордоном. Першим днем перебування за кордоном рахується день проходження Страхувальником/Застрахованою особою державного кордону України під час виїзду із України, а останнім днем перебування – день перетину державного кордону України під час виїзду в Україну. Період покриття (період дії страхового захисту) перебування за кордоном не може перевищувати строк страхування

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

9.5. 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 пп.8.4. та закінчується в момент перетину Страхувальником/Застрахованою особою державного кордону України під час повернення в Україну, але не пізніше вказаної в Договорі дати закінчення строку дії Договору страхування.

9.6. У межах Договору територія перебування Страхувальника/Застрахованої особи з урахуванням обмежень за пп.1.25. визначається як країни Європи, за виключенням території Росії та Білорусі, та Азії

9.7. Страхова премія відповідно визначається згідно з чинними тарифами.

10. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. Договір страхування укладається в електронній формі відповідно норм Закону України «Про електронну комерцію» шляхом акцептування Умов договору страхування та підписання Сертифікату.

10.2. Для укладення договору страхування особа, попередньо ознайомившись з Умовами страхування, Правилами та інформацією про фінансову послугу на WEB сторінці Страховика в мережі «Internet», обирає бажані умови страхування та зазначає інформацію про себе (п.12.7.), а також іншу інформацію, необхідну для укладення договору страхування, в тому числі інформацію, необхідну для ідентифікації, верифікації Страхувальника шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором та підтверджує надання згоди на обробку власних персональних даних.

10.3. Здійснення всіх вищевказаних дій є Заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти договір страхування.

10.4. Страховик, на підставі отриманої через інформаційно-телекомунікаційну систему Заяви на страхування, формує комерційну пропозицію укласти договір страхування (надалі – Пропозиція) та надсилає її Страхувальнику у вигляді електронного повідомлення в інформаційно-телекомунікаційних системах. Пропозиція дійсна до вказаної в ній дати.

10.5. Безумовним прийняттям (акцептом) Страхувальником умов Пропозиції вважається вчинення сукупності дій:

а) підписання Сертифікату електронним підписом одноразовим ідентифікатором;

б) сплата страхового платежу у передбачені строки і розміри на IBAN рахунок Страховика. Датою оплати страхового платежу вважається дата надходження коштів на поточний рахунок Страховика;

10.6. Для підписання Сертифікату Страхувальнику надсилається одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону чи електронну адресу. Перед підписанням Сертифікату Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність. Для підписання Сертифікату Страхувальник вводить отриманий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці на WEB сторінці в мережі «Internet» та активує/підтверджує його введення. В результаті цього електронний підпис Страхувальника додається до Сертифікату. Підписаний Сертифікат надсилається на вказану Страхувальником адресу електронної пошти.

10.7. Для укладання Договору страхування необхідно вказати:

10.7.1. 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 або паспортний документ іноземця (серія, номер), реєстраційний номер облікової картки платника податків (РНОКПП) (індивідуальний податковий номер (ІПН)) Страхувальника, адресу, контактний телефон Страхувальника, адресу електронної пошти;

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

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

10.7.4. територію дії Договору;

10.7.5. мету поїздки;

10.7.6. сферу передбачуваної діяльності, якщо Страхувальник/Застрахована особа виїжджає за кордон у відрядження або з метою працевлаштування;

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

10.7.8. розмір страхової суми.

10.8. При укладанні Договору страхування багажу, якщо страхова сума більша або дорівнює еквівалент 1 000 (одна тисяча) євро/дол. США Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний/-на оформити Перелік предметів багажу, що заявляється на страхування, задекларувати вартість спортивного інвентарю.

10.9. Укладанням Договору страхування Страхувальник/Застрахована особа звільняє лікарів організацій закладів охорони здоров'я в країні постійного проживання та за її межами від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком у частині, що стосується страхового випадку.

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

10.11. Договір комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон за пп.3.1.9. (страхування фінансових витрат, пов'язаних з вимушеною відмовою від поїздки), укладається:

10.11.1. виключно разом із добровільним страхуванням медичних витрат (пп.3.1.1., пп.3.1.2.) або із добровільним страхуванням медичних витрат та іншими видами страхування, що включені в умови комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон (страхування від нещасного випадку, страхуванням багажу, страхуванням відповідальності перед третіми особами);

10.11.2. не раніше ніж за 180 (сто вісімдесят) календарних днів, але не пізніше ніж за 10 (десять) календарних днів до дати початку поїздки.

10.12. Сторони домовились, що для укладення (підписання) Договору страхування та в межах виконання цього Договору, документи (в тому числі первинні) укладаються в електронній формі шляхом обміну між Сторонами за допомогою сервісів електронного документообігу відповідно норм Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг».

10.13. При оформленні Договору страхування (зі всіма невід'ємними частинами) та інших документів у електронній формі Сторони домовились дотримуватись наступних вимог:

10.13.1. Здійснювати обмін електронними документами за допомогою сервісів електронного документообігу, в тому числі, але не виключно, за допомогою сервісу «ВЧАСНО» (<https://vchasno.ua/>), та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу з застосування кваліфікованих електронних підписів уповноважених осіб та/або простих електронних підписів Сторін.

10.13.2. Договір страхування (зі всіма невід'ємними частинами) та інші документи на виконання умов Договору страхування, оформлені в електронному вигляді, є електронними документами (далі по тексту читати, як електронні документи), інформація в яких зафіксована у вигляді електронних даних, та які містять всі реквізити аналогічних паперових документів. При цьому, слова “укласти”, “підписати”, “надати”, “передати”, “вручити”, які зустрічаються в тексті Договору страхування (додатках до нього), при використанні КЕП, простого електронного підпису передбачають, що такий документ буде укладений/ підписаний/ переданий/ наданий/ вручений через Сервіс документообігу.

10.13.3. Відповідно до норм Закону України «Про електронні довірчі послуги» електронні документи підписуються уповноваженими особами Сторін їх кваліфікованими електронними підписами чи простим електронним підписом.

10.13.4. Кожна зі Сторін для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси.

10.13.5. Строки створення і надсилання електронних документів відповідають строкам, що встановлені цим Договором страхування для створення і надсилання документів у паперовій формі.

10.13.6. Кожна зі Сторін самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього електронного кваліфікованого підпису.

10.13.7. Якщо Стороною направлено електронний документ, який не підписано у строки, що встановлені Договором, або ж відхилено із зауваженнями, електронний документ вважається таким, що не прийнятий Сторонами.

10.13.8. У випадку виникнення технічних проблем у будь-якої зі Сторін Договору страхування, Сторони вправі у будь-який момент призупинити оформлення електронних документів та повернутись до оформлення первинних документів у паперовій формі. Сторона, у якої виникли технічні проблеми, повідомляє іншу Сторону у будь-який зручний спосіб. У разі призупинення оформлення електронних документів, Сторони створюють і підписують їх в паперовій формі в порядку, передбаченому Договором страхування. Після усунення технічних проблем Сторони можуть повернутись до використання електронних документів.

11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

11.1. Страхувальник має право:

11.1.1. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку;

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

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

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

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

11.2. Страхувальник зобов'язаний:

11.2.1. під час укладання Договору надати Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, в тому числі інформацію для коректного визначення групи ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

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

11.2.3. негайно повідомити Страховика про настання страхового випадку (Розділ 12);

11.2.4. повідомити Страховика про інші укладені договори страхування щодо предмету Договору, надавши копію іншого Договору страхування;

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

11.2.6. при настанні страхового випадку надати Страховику письмову заяву на отримання страхової виплати, додавши до неї Договір, а також документи та відомості, передбачені у Розділі 12, необхідні для встановлення причин, характеру страхового випадку та його зв'язку з наслідками;

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

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

11.2.9. виконувати всі розпорядження фахівців Контакт-центру;

11.2.10. 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.

11.3. Страховик має право:

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

11.3.2. достроково припинити дію Договору з дотриманням умови пп. 15.2., пп.15.3., пп.15.4.2., пп.18.16.;

11.3.3. висунути зворотні вимоги до Страхувальника на суму виплаченого страхового відшкодування, якщо після виплати виникли обставини, зазначені у пп.11.2.10.;

11.3.4. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках невиконання Страхувальником/Застрахованою особою умов пп.11.2. та Розділу 12;

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

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

11.5. Страховик зобов'язаний:

11.5.1. ознайомити Страхувальника з Договором, правилами та умовами страхування, в т.ч. з умовами пп.9.5. та Розділу 14;

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

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

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

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

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

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

12.1.1. номер Договору;

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

12.1.3. строк дії Договору;

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

12.1.5. причину звернення.

Витрати на телефонні переговори з Контакт-центром відшкодовуються Страховиком Страхувальнику/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, Страхувальнику/Застрахованій особі буде організовано надання медичної допомоги та інших послуг на передбачених Договором страхування умовах.

12.2.1. Якщо Страхувальник/Застрахована особа з об'єктивних причин (стан здоров'я, відсутність фізичної можливості зателефонувати) не змогла зв'язатися із

Контакт-центром до надання їй послуг, передбачених умовами Договору страхування, вона зобов'язана протягом 24-х годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, сповістити Контакт-центр про її настання і узгодити надання та умови оплати необхідних послуг.

12.2.2. Якщо Страхувальник/Застрахована особа протягом 24-х годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, не повідомила Контакт-центр про настання події не маючи на це поважних причин, Страховик на власний розсуд приймає рішення щодо компенсації Страхувальнику/Застрахованій особі лікування в сумі, що не перевищує: 200 (двісті) євро/дол. США при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах, та 500 (п'ятсот) євро/дол. США при лікуванні в умовах стаціонару.

При цьому виплата страхового відшкодування Страхувальнику/Застрахованій особі в якості компенсації самостійно витрачених коштів здійснюється в гривнях за встановленим курсом Національного банку України на дату звернення до медичної установи або до відповідного компетентного органу стосовно настання страхового випадку.

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

12.3.1. копію паспорта/ID картки громадянина України;

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 з відміткою прикордонних служб про перетин кордону 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 Страхувальник/Застрахована особа не звернулася до Контакт-центру, якщо таке мало місце. При цьому виплата страхового відшкодування Страхувальнику/Застрахованій особі в якості компенсації самостійно витрачених коштів здійснюється в гривнях за курсом НБУ на дату звернення до медичної установи або до відповідного компетентного органу стосовно настання страхового випадку;

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 Страхувальником/Застрахованою особою витрат, що відшкодовуються відповідно до умов цього договору.

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

12.4.1. оригінал Договору (для звірки даних), паспорт /ID картка громадянина України. Номери мають співпадати із номером паспорту /ID картки громадянина України, вказаного у медичних документах;

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, рахунок лабораторії з розбивкою по датах та найменуванням та результати аналізів;

12.4.5. до документів за пп.12.4.1. – 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 виписку (квитанція) про перерахування вартості медичних послуг;

12.4.6. при транспортуванні за медичними показаннями (за пп.4.1.6.) 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;

12.4.7. документи, що підтверджують витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи (за пп.4.1.9. Договору):

- оригінали документів, що підтверджують оплату за надання транспорту, в тому числі спеціалізованого, яким здійснювалась репатріація (медична евакуація);
- оригінали фінансових документів із зазначенням виду послуги – у випадку оплати процедур оформлення документів, підготовку тіла, поховання за кордоном;

12.4.8. документи, що підтверджують витрати на проїзд до країни постійного проживання (за пп.4.1.7. Договору);

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

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

12.5.1. у разі тимчасової втрати працездатності - 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 Страхувальника/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. 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, або в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

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.

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 (пп. 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 Страхувальнику/Застрахованій особі, згідно з умовами Договору страхування;

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

13.2.3. спадкоємцям Страхувальника/Застрахованої особи або Вигодонабувачу у разі надання ними документів, що підтверджують понесення витрат, що пов'язані із смертю Страхувальника/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 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 Розділі 12;

- 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 Страхувальником Страховику останнього з всіх необхідних документів, зазначених в Розділі 12;
- 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 Страхувальника/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 Страхувальнику/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 Страхувальник/Застрахована особа:
- 14.1.1. не повідомив/-ла або несвоєчасно повідомив/-ла про факт настання страхового випадку (пп.12.1.) або створив/-ла Страховику перешкоду у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 14.1.2. надав/-ла 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 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. отримав/-ла повне відшкодування витрат від особи, винної у їх заподіянні;
- 14.1.4. надав/-ла Страховику документи із завідомо недостовірною інформацією про стан свого здоров'я та надані медичні послуги;
- 14.1.5. не надав/-ла Страховику всі необхідні документи, передбачені в Розділі 12 або інші документи, які підтверджують факт, причини й обставини настання страхового випадку;
- 14.1.6. поніс/понесла витрати у зв'язку із страховим випадком на території, не зазначеній у Договорі, окрім випадків транспортування постраждалого Страхувальника/Застрахованої особи;
- 14.1.7. не виконала обов'язки, передбачені Розділом 11.
- 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. Страхувальник/Застрахована особа не виконував/-ла 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) передує даті укладання Договору страхування.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 15.1.** Дія Договору припиняється у разі:
- 15.1.1. закінчення строку його дії;
- 15.1.2. перетину державного кордону України Страхувальником/Застрахованою особою до 24.00 годин дати, зазначеної в Договорі як дата закінчення дії Договору;

- 15.1.3. виконання Страховиком зобов'язань за Договором у повному обсязі;
- 15.1.4. несплати Страхувальником страхової премії у встановлені Договором строки;
- 15.1.5. 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»;
- 15.1.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 15.1.7. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
- 15.1.8. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

15.2. Договір може бути достроково припинений у будь-який час за Дія цього Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика.

15.2.1. Про намір достроково припинити дію договору страхування, крім дострокового припинення з причин несплати страхового платежу, будь-яка Сторона зобов'язана письмово, або в електронній формі шляхом обміну інформацією та підписання документів в електронних сервісах за допомогою простого електронного підпису, має надати заяву про дострокове припинення дії договору, шаблон якої розміщено на офіційному веб сайті Страховика за адресою <https://ingo.ua/services> не пізніше ніж за 5 (п'ять) календарних день до дати припинення.

15.3. Дія договору страхування може бути достроково припиненою Страховиком у разі несплати Страхувальником страхового платежу чи його частини у строк, встановлений умовами Договору.

При цьому Страховик звільняється від обов'язку направлення Страхувальнику письмового повідомлення про дострокове припинення дії Договору.

письмовим повідомленням однієї зі Сторін (у тому числі у зв'язку з невиконанням іншою Стороною умов Договору) з дотриманням вимог чинного законодавства України.

15.4. При цьому повернення страхової премії здійснюється наступним чином:

15.4.1. у разі дострокового припинення дії Договору, за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення фактично оплаченого періоду покриття в межах строку дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 25% та фактично сплачених виплат страхових сум. В такому разі датою початку фактично оплаченого періоду покриття вважається дата початку дії Договору страхування. В разі зарахування, за заявою про дострокове припинення дії Договору, коштів, до повернення Страхувальнику, як сплати премії за іншими договорами страхування, Страховик не вираховує витрати на ведення справи.

У випадку, якщо на момент дострокового припинення дії цього Договору претензію Страхувальника щодо отримання страхового відшкодування внаслідок настання страхового випадку не врегульовано, повернення страхової премії не проводиться до моменту виплати або відмови у виплаті страхового відшкодування.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю; Якщо вимога Страхувальника пов'язана із виявленою технічною помилкою, перенесенням строків поїздки, зміною страхової суми, зміною страхового ризику, зміною даних Страхувальника або/чи Застрахованої особи тощо до початку строку його дії, і Страхувальник укладає новий Договір страхування, то Страховик зараховує страховий платіж за укладеним раніше Договором страхування в якості страхового платежу (частини страхового платежу) за новим Договором страхування повністю;

15.4.2. 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 фактично оплаченого періоду покриття в межах строку дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 25% та фактично сплачених виплат страхових сум. В такому разі датою початку фактично оплаченого періоду покриття вважається дата початку дії Договору страхування.

15.5. 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.

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

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.

17. СТРОКИ ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

17.1. 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.

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, регулюється Правилами та законодавством України.

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

18.3. Підписанням Договору страхування Страхувальник підтверджує, що:

- з Правилами та умовами страхування ознайомлений та згоден. Вся зазначена інформація та всі умови Договору та Правил зрозумілі;
- зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих визначень;
- зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування Страхувальників Страховика та/або на WEB-сторінці Страховика в мережі Internet, а також повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг що надаються Страховиком;
- укладення цього Договору не нав'язане Страхувальнику іншою особою;
- Договір не укладається під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства;
- на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку що передбачені частиною 2 статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових

послуг»;

- на виконання ст.ст. 6, 10,11, 14 та 20 Закону України «Про захист персональних даних» Страхувальник надає однозначну беззастережну згоду (дозвіл) на передачу, зберігання та обробку своїх персональних даних у письмовій та/або електронній формі, 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 установах в порядку передбаченому законодавством України;
- ознайомлений з правами визначеними в ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних»;
- Договір відповідає вимогам ст.11 і 18 Закону України «Про захист прав споживачів».

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

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

18.6. Підписанням Договору Страхувальник надає згоду Страховику на використання інформації, зазначеної пп.18.5., в тому числі записів телефонних розмов, іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків на умовах цього Договору у взаємовідносинах із фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, позовів, заяв), пов'язаних із виконанням Страхувальником, Страховиком зобов'язань за цим Договором.

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

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

18.9. Страховик є платником податку згідно підпункту 141.1.2 пункту 141.1 статті 141 Податкового кодексу України.

18.10. 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.

18.11. Страхувальник (в тому числі за наявності Вигодонабувач, додатково Застрахована особа, особа, яка діє від імені та за дорученням Страхувальника) засвідчує, що на виконання ст. 8, 12, 21 Закону України «Про захист персональних даних» повідомлений про збір персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних, наданих ним, права суб'єктів персональних даних, визначені цим Законом, мету збору персональних даних та осіб, яким можуть передатися персональні дані, з урахуванням вимог, визначених Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

18.12. Відповідно до частини третьої статті 207 ЦК України Сторони домовились, 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 як оригінальний підпис уповноваженої особи, скріплений печаткою Страховика. Відповідні зразки підпису та печатки наведені у розділі Договору, які містять реквізити Сторін.

18.13. 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, 01601Тел.: 0 800 505 240. Форма електронного звернення: nbu@bank.gov.ua

Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачівАдреса:

01001, м. Київ, вул. Б. Грінченка, 1 тел. (044) 279 12 70, (044) 278 84 60, <https://dpss.gov.ua/>

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

18.15. Сторони дійшли згоди використовувати корпоративну електронну пошту (домен ingo.ua) для надсилання/отримання будь-яких електронних повідомлень в межах дії Договору та при врегулюванні страхової події з використанням КЕП, та/або з використанням простого електронного підпису; копій документів (за поданням оригіналів у термін не пізніше закінчення дії Договору).

18.16. Усі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені одним із способів:

- на електронну адресу, зазначену Страхувальником в заяві при укладенні договору страхування;
- смс повідомленням за номером телефону, зазначеним при укладенні Договору;
- рекомендованим листом, за адресами, зазначеними при укладенні Договору;
- факсимільним зв'язком з підтвердженням про отримання;
- кур'єром за адресами, зазначеними при укладенні Договору, з оплатою послуг доставки стороною – відправником повідомлення;
- службами відправки електронних повідомлень за електронною адресою/посиланням, зазначеною відповідно умов даного Договору, заяви на страхування;
- аудіо звернень до Контакт-Центру Страховика та звернень представників Контакт-Центру до Страхувальника;
- шляхом доступу до сервісів обміну та підписання електронних первинних документів, з використанням електронного простого підпису фізичної особи. Інформація щодо Порядку доступу та посилання на сервіс обміну та підписання електронних первинних документів, надається Страхувальнику Контакт центром за телефонами, вказаними в Сертифікаті;
- копій документів за допомогою месенджерів в порядку та випадках погоджених Сторонам з наданням оригіналів документів до закінчення терміну дії Договору.

18.17. Відповідно до вимог Закону України "Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення" Страховик має право витребувати, а клієнт, представник клієнта зобов'язані подати інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, а також для виконання Страхувальником інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії.

19. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИСИ СТРАХОВИКА

Страховик: **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

IBAN 83305299000026508045000690 в АТ КБ "ПРИВАТБАНК"

Код ЄДРПОУ 16285602

Голова правління АТ «СК «ІНГО»



Гордієнко І.М.