

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ КОМПЛЕКСНОГО СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ  
«КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ПОДОРОЖУЮТЬ ПО УКРАЇНІ  
ТА/АБО ВІЙЇДЖАЮТЬ ЗА КОРДОН (ШЛЯХОМ ПЕРЕТИНУ ДЕРЖАВНИХ КОРДОНІВ  
УКРАЇНИ) ТА/АБО ПРИБУВАЮТЬ В УКРАЇНУ АБО ІНШУ КРАЇНУ НА ТИМЧАСОВЕ ПЕ-  
РЕБУВАННЯ (ШЛЯХОМ ПЕРЕТИНУ ДЕРЖАВНИХ КОРДОНІВ КРАЇНИ)»**

**Введено в дію Наказом № 80 від 28.06.2024**

Ці Загальні умови комплексного страхування осіб, які подорожують по Україні та/або виїжджають за кордон (шляхом перетину державних кордонів України) та/або прибувають в Україну або іншу країну на тимчасове перебування (шляхом перетину державних кордонів країни) (надалі – Загальні умови) складені на підставі та у відповідності до вимог діючого законодавства України, Закону України «Про страхування», нормативно-правових актів Національного банку України та визначаються на підставі внутрішніх політик з андеррайтингу та з розроблення, впровадження страхових продуктів АТ «СК «ІНГО».

Ці Загальні умови розроблені відповідно до характеристик та класифікаційних ознак:

- Клас страхування – 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі»
- Клас страхування – 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»
- Клас страхування – 13 «Страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12)»;
- Клас страхування – 7 «Страхування майна, що перевозиться [включаючи вантаж, багаж (вантажобагаж)»
- Клас страхування – 16 «Страхування інших фінансових ризиків (крім визначених класами 14, 15)»

Відповідно до цих Загальних умов Акціонерне товариство «Страхова компанія «ІНГО» укладає Договори комплексного страхування осіб, які подорожують по Україні та/або виїжджають за кордон (шляхом перетину державних кордонів України) та/або прибувають в Україну або іншу країну на тимчасове перебування (шляхом перетину державних кордонів країни) (надалі – Договір страхування).

Загальні умови страхового продукту є основою для укладення Договору страхування (його складовою частиною), враховуючи потреби клієнта в страхуванні з урахуванням складності продукту, особливостей та специфіки.

Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг Страхового покриття (включно з визначеними ознаками, причинами та/або умовами настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана Страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами, на підставі яких укладається такий Договір страхування. При застосуванні уточнень (конкретизацій) умови Договору страхування можуть містити відповідні застереження про такі індивідуальні уточнення.

Страховий продукт, передбачений цими Загальними умовами, не є Стандартним страховим продуктом. Страховик не розробляє, не затверджує та не надає Страхувальнику уніфікований (стандартизований) документ, що містить загальну інформацію про Стандартний продукт.

Цей страховий продукт за правовою природою та типом страхових продуктів є продуктом з індивідуальними умовами, розробленими для Страхувальників з врахуванням їх потреб у страхуванні, який пропонується Страховиком, орієнтуючись на гнучкість індивідуальних умов та сервісів з індивідуальним андеррайтинговим котируванням.

Страховий продукт передбачений для задоволення потреб у комплексному страхуванні фізичних осіб, які подорожують або прибувають в країну на тимчасове перебування відповідно до цих Загальних умов страхування та інших зацікавлених осіб, що мають страховий інтерес на умовах, передбачених Договором страхування.

Загальні умови надаються Страхувальнику в паперовій або електронній формі, зокрема зокрема засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на вебсайті Страховика, та/або шляхом надання доступу до такої інформації через особистий кабінет клієнта чи програмний застосунок, або в інший спосіб за домовленістю.

Компанія не пропонує цей Страховий продукт разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, але є складовою одного пакета страхування.

Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов договорів страхування, складає 60%.

# 1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

Поняття, які вживаються в Договорі страхування, мають наступні визначення:

1.1.. Асистуюча компанія – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає Асистуючі послуги Страхувальникам/Застрахованим особам або іншим особам, визначеним Договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування;

1.2. Асистуюча послуга – послуги, які відповідно до умов Договору страхування можуть надаватися безпосередньо Страховиком (структурним підрозділом), асистуючою компанією або іншою особою на підставі відповідного договору та можуть включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором страхування, та/або осіб, що надають послуги в разі настання Страхового випадку, організацію та контроль надання таких послуг, а також виконання асистуючою компанією або іншою особою, яка надає такі послуги, інших дій, у тому числі оплату вартості таких послуг відповідно до умов договору зі Страховиком.

1.3. Безумовна франшиза (Франшиза) – передбачена Договором частина збитків, що не відшкодовується Страховиком при настанні страхового випадку та вираховується при здійсненні страхової виплати. Франшиза може бути по конкретному Медичному закладі, Програмі страхування, групі послуг.

1.4. Вигодонабувач – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства;

1.5. Вироби медичного призначення (медичні вироби) - будь-який інструмент, апарат, прилад, пристрій, програмне забезпечення, матеріал або інший виріб, призначені для діагностики, лікування, профілактики організму людини та (або) забезпечення таких процесів.

1.6. Вперше виявлене/діагностоване захворювання – Захворювання, що було вперше в житті діагностовано у Страхувальника/Застрахованої особи протягом терміну дії Договору.

1.7. Гостре захворювання - це раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю.

1.8. Гострий стан - патологічний стан людини, коли на фоні відносного благополуччя (людина здорова або має Хронічне (-ні) захворювання в стадії Ремісії) можливе Захворювання проявляється погіршенням життєвих показників та часто, але не обов'язково, больовим синдромом, про що ця особа виражає суб'єктивні скарги. Під «погіршенням життєвих показників» тут розуміється, серед іншого, наступні стани:

- підвищення температури тіла вище фізіологічної норми
- порушення свідомості, що виявляється сплутаністю мислення, незв'язною мовою, непритомністю та запамороченням
- підвищення артеріального тиску та ЧСС (частота серцевих скорочень) вище фізіологічної норми
- порушення цілісності шкіри та органів, кровотеча
- гостре порушення травлення (блювання, діарея), сечовиділення (гостра затримка сечі),
- різке порушення нормального для цієї особи функціонування органів та/або систем (нетипові виділення, зміна кольору, об'єму).

Визначення гостроти, стадії патологічного процесу здійснює виключно лікар після первинної консультації та на підставі зафіксованого письмово діагнозу відбувається ідентифікація випадку як страхового.

1.9. Договір страхування (або Договір) – письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання Страхового випадку відшкодувати завданий збиток у межах Страхової суми Страхувальнику чи іншій особі, визначеній Страхувальником, або на користь якої укладено Договір, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі у визначені терміни та виконувати інші умови Договору.

1.10. Загострення хронічного захворювання - це період перебігу Хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого посилюються суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви Хвороби, які потребують лікування до повернення у період Ремісії, яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю та вимагає медичної допомоги.

1.11. Заклад охорони здоров'я (далі Медичний заклад та/або Заклад з медичного обслуговування) - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує Медичне обслуговування на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації.

- 1.12. Застрахована особа - фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором, а також яка може набувати прав та обов'язків за Договором страхування.
- 1.13. Захворювання (хвороба) - будь-яке порушення нормальної життєдіяльності організму, обумовлене функціональними і (або) морфологічними змінами, діагностовано і підтверджене медичними документами. Захворюванням вважаються всі пошкодження і наслідки, що виникають у зв'язку з одним і тим же діагнозом, а також всі хвороби з однієї причини або пов'язаних причин. Якщо хвороба обумовлена тією ж причиною, з якої виникло попереднє захворювання, або пов'язаною з нею причиною, захворювання вважається продовженням попереднього, але не окремим захворюванням.
- 1.14. Кваліфікований електронний підпис (КЕП) - удосконалений електронний підпис, що створюється з використанням засобу кваліфікованого електронного підпису і базується на кваліфікованому сертифікаті електронного підпису.
- 1.15. Курорт - освоєна природна територія на землях оздоровчого призначення, що має природні лікувальні ресурси, необхідні для їх експлуатації будівлі та споруди з об'єктами інфраструктури, використовується з метою лікування, медичної реабілітації, профілактики захворювань та для рекреації і підлягає особливій охороні;
- 1.16. Лікарський засіб - будь-яка речовина або комбінація речовин (фармакологічний засіб), дозволена до застосування в Україні уповноваженим на це органом у встановленому порядку, призначена для діагностики, лікування або профілактики Захворювань у людей.
- 1.17. Ліміт відповідальності (ліміт) - визначені у Договорі страхування межі Страхової суми з відповідальності Страховика за окремим Об'єктом страхування, групою Об'єктів страхування, Страховим ризиком або Страховим випадком, групою Страхових ризиків та/або Страхових випадків тощо.
- 1.18. Медико-соціальний статус особи з обмеженнями повсякденного функціонування (Медико-соціальний статус) - особа з підтвердженням стійкого обмеження життєдіяльності та встановленим статусом "особа з інвалідністю" або "дитина з інвалідністю". Залежно від ступеня стійкого розладу функцій організму, зумовленого Захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, та можливого обмеження життєдіяльності при взаємодії із зовнішнім середовищем внаслідок втрати здоров'я особі, визнаній особою з інвалідністю, встановлюється перша, друга чи третя група інвалідності.
- 1.19. Медичне обслуговування - діяльність Закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням.
- 1.20. Невідкладна допомога - медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 0 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 (двадцяти чотирьох).
- 1.21. Невідкладний стан людини - раптове погіршення фізичного або психічного 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.
- 1.22. Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування, подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до заподіяння шкоди здоров'ю Застрахованої особи у вигляді:
- травматичного пошкодження; поранення, зокрема внаслідок аварії, дорожньо-транспортної події, протиправних дій третіх осіб; падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи; випадкового гострого отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами, за винятком харчової токсикоінфекції (сальмонельозу, дизентерії), ліками, захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом); розривів (поранення органів або їх вилучення внаслідок невірних медичних маніпуляцій); утоплення; опіків; теплового удару; ураження блискавкою або електричним струмом; обмороження, переохолодження (за виключенням простудного захворювання); асфіксії внаслідок попадання сторонніх тіл або рідин у дихальні шляхи; нападу та укусів тварин, зокрема змій, отруйних комах.
- 1.23. Предмет Договору страхування - передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.

1.24. Програма страхового продукту (Програма страхування) – строкові, вартісні та територіальні складові Страхового покриття, що пропонуються та обрані Страхувальником у межах цього Страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні Страхової виплати, розміром Страхової суми та/або ліміту (-ів) відповідальності, Страхової премії або Страхового тарифу, видом та розміром Франшизи.

1.25. Ремісія - період Хронічного захворювання, який наступив спонтанно або внаслідок лікування, для якого характерно стихання / зменшення суб'єктивних скарг та об'єктивних клінічних проявів Хвороби, покращення функціонального стану організму та якості життя Застрахованої особи.

1.26. Розрахунковий документ - документ встановленої форми та змісту на повну суму проведеної операції, створений у паперовій та/або електронній формі (зокрема, але не виключно, з відтворюванням на дисплеї реєстратора розрахункових операцій чи дисплеї пристрою, на якому встановлений програмний реєстратор розрахункових операцій QR-коду, який дозволяє здійснювати його зчитування та ідентифікацію з розрахунковим документом за структурою даних, що в ньому міститься, та/або надсиланням електронного розрахункового документа на надану адресу електронної пошти або абонентський номер особі, яка отримала послуги).

1.27. Стандартний страховий продукт - стандартні (типові) умови, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

1.28. Страхова виплата (Страхове відшкодування) - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання Страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства.

1.29. Страхова премія (Страховий внесок, Страховий платіж, авансова Страхова премія) - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування до початку дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачене.

1.30. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести Страхову виплату в разі настання Страхового випадку.

1.31. Страхове покриття - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування.

1.32. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування.

1.33. Страховий інтерес - матеріальна заінтересованість та/або потреба Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов'язаних зі здоров'ям Страхувальника/Застрахованої особи.

1.34. Страховий продукт - умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування) в отриманні страхової послуги.

1.35. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

1.36. Страховий тариф – ставка Страхової премії з одиниці Страхової суми за визначений строк Страхового покриття, який розраховується актуарним методом та залежить від частоти настання Страхового ризику, кількості вибраних Страхових ризиків та розміру Страхової суми.

1.37. Страховик – Акціонерне товариство «Страхова компанія «ІНГО», яке є стороною Договору страхування.

1.38. Страхувальник – юридичні особи (підприємства, організації і установи незалежно від форми власності) та фізичні особи (суб'єкти підприємницької діяльності, дієздатні громадяни), які уклали зі Страховиком Договір страхування.

1.39. Строк страхового покриття - період, протягом якого діє Страхове покриття та в разі настання Страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити Страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов Договору або законодавства.

1.40. Строк дії договору страхування (або Строк дії) - встановлюється за згодою Страховика і Страхувальника та зазначається в Договорі страхування.

1.41. Територія страхування – визначений Договором географічний район (селище, село, місто, район, область, країна), в межах якого діє Договір страхування. (географічна зона), на яку поширюється Страхове покриття за Договором страхування, а також обмеження щодо конкретних територій, на які Страхове покриття не поширюється.

1.42. Терористичний акт - злочинне діяння у формі застосування зброї, учинення вибуху, підпалу чи інших дій, відповідальність за які передбачена статтею 258 Кримінального кодексу України. У разі, коли терористична діяльність супроводжується вчиненням злочинів, передбачених статтями 112, 147, 258 - 260, 443, 444, а також іншими статтями Кримінального кодексу України, відповідальність за їх учинення настає відповідно до Кримінального кодексу України.

1.43. Удосконалений електронний підпис (УЕП), що базується на кваліфікованому сертифікаті електронного підпису - удосконалений електронний підпис, що створюється з використанням кваліфікованого сертифіката електронного підпису, виданого кваліфікованим надавачем електронних довірчих послуг, та не містить відомостей про те, що особистий ключ зберігається в засобі кваліфікованого електронного підпису

1.44. Хронічне захворювання - Захворювання, що поступово виникло самостійно або з різних причин перейшло з Гострого захворювання та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто без симптомів та повільним перебігом з періодами загострення та Ремісії або без таких періодів.

Усі інші страхові терміни, яким не надається визначення в цих Загальних умовах, тлумачаться відповідно до Закону України "Про страхування".

## **2.УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ**

### **2.1. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ**

2.1.1. За цими Загальними умовами Договором страхування визначається конкретний об'єкт страхування в межах класів страхування продукту, з яким пов'язані страхові інтереси Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування) за продуктом страхування.

2.1.2. Об'єкт страхування визначається за кожним класом страхування Загальних умов страхового продукту:

2.1.2.1. В частині класу страхування – 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі»: є життя, здоров'я, працездатність Страхувальника/Застрахованої особи, заподіяння шкоди яким спричинило/може спричинити витрати Страхувальника/Застрахованої особи на медичні, медико-транспортні, транспортні послуги, понесені Страхувальником/Застрахованою особою під час подорожі або тимчасового перебування на території, вказаній в Договорі страхування (далі – медичні та інші витрати)

2.1.2.2. В частині класу страхування – 1 «Страхування від нещасного випадку (в тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»: є життя, здоров'я та працездатність Страхувальника/Застрахованої особи, які можуть бути порушені внаслідок настання нещасного випадку, який стався зі Страхувальником/Застрахованою особою під час подорожі або тимчасового перебування на території, вказаній в Договорі страхування (далі – нещасний випадок);

2.1.2.3. В частині класу страхування – 13 «Страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12)» є відповідальність, пов'язана з зобов'язанням відшкодувати шкоду життю та здоров'ю або майну третьої особи, нанесену Страхувальником/Застрахованою особою з необережності (факт пошкодження майна з необережності фіксується компетентними органами) під час перебування на території дії договору, вказаній в Договорі, (далі – відповідальність);

2.1.2.4. В частині класу страхування – 7 «Страхування майна, що перевозиться [включаючи вантаж, багаж (вантажобагаж)]: є майно на праві володіння, користування та розпорядження Страхувальника/Застрахованої особи під час подорожі (далі – багаж)

2.1.2.5. В частині класу страхування – 16 «Страхування інших фінансових ризиків (крім визначених класами 14, 15)» є фінансові збитки Страхувальника внаслідок вимушеної відмови від поїздки, або у зв'язку зі зміною строків поїздки з причин, які не залежать від волевиявлення Страхувальника/Застрахованої особи (далі – відміна подорожі).

2.1.3. Не підлягають страхуванню:

В частині Класу страхування 18 та Класу страхування 1:

2.1.3.1. особи, які мають встановлену інвалідність 1 або 2 групи, статус "дитина-інвалід";

2.1.3.2. особа, яка має хоча б один із перелічених встановлених діагнозів:

- токсичний гепатит,
- хронічний гепатит В, С, D, E, F,
- цироз печінки,
- хронічна ниркова недостатність,

- інсульт,
- злоякісні новоутворення,

Якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник/Застрахована особа повідомив Страховика завідомо неправдиві відомості, або приховав відомості про обставини, зазначених в п.2.1.3.1.-п.2.1.3.2., Страховик має право ініціювати визнання Договору страхування недійсним, як такого, що укладений під впливом помилки та припинити надання послуг з страхового захисту.

В частині класу страхування 7:

2.1.3.3. перераховані предмети чи групи предметів: гроші, коштовності, цінні папери, дисконтні та банківські картки; парфумерні та косметичні вироби; коштовні метали в зливках, коштовні та напівкоштовні камені без оправ; антикварні та унікальні вироби, витвори мистецтва і предмети колекцій; проїзні документи, паспорти та будь-які інші види документів; слайди, фотознімки, фільмокопії, рукописи, плани, схеми, малюнки, моделі, ділові папери; будь-які види протезів, контактні лінзи; годинники (наручні та кишенькові); тварини; рослини та насіння; засоби авто-, мото-, велотранспорту, повітряні та водні засоби транспорту, а також додаткове обладнання, комплектуючі та аксесуари, запасні частини до них; предмети релігійного культу

## 2.2. СТРАХОВА СУМА, ПОРЯДОК ЇЇ ВИЗНАЧЕННЯ

2.2.1. Розмір страхової суми визначається за згодою Сторін Договору страхування окремо за кожним класом страхування на весь період дії Договору та вказується в Договорі страхування у відповідній графі.

2.2.2. Якщо територія страхування включає території держав-членів ЄС, то мінімальна страхова сума за класами страхування 2 та 18 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.

2.2.3. страхова сума (Ліміт відповідальності) може встановлюватись Сторонами за:

### Окремим

- Об'єктом страхування (Застрахована особа)
- Страховим ризиком
- Страховим випадком

### Групою

- страхових випадків
- Страхових ризиків

### Вцілому за:

- Договором страхування
- Усіма Об'єктами страхування (загальна страхова сума)

2.2.4. 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.

## 2.3. СТРАХОВА ПРЕМІЯ

2.3.1. Розмір страхової премії встановлюється в залежності від розміру страхової суми, програми страхування, строку страхування, території (зони) перебування Страхувальника/Застрахованої особи та інших умов Договору і визначається за кожним класом страхування.

2.3.2. Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику страхову премію, як плату за страхування одноразовим платежем за весь строк дії Договору страхування до дати початку дії Договору.

2.3.3. Розмір страхової премії, порядок та строки її сплати визначаються Договором страхування.

2.3.4. Розмір страхової премії протягом дії Договору страхування може бути змінений за згодою Сторін у таких випадках:

2.3.4.1. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, Страхувальник може вимагати від Страховика відповідного зменшення розміру страхової премії;

2.3.4.2. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, Страховик може ініціювати збільшення розміру страхової премії без зміни розміру страхової суми.

## **2.4. ТЕРИТОРІЯ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ**

2.4.1. Територія страхового покриття зазначається в Договорі страхування.

2.4.2. Договір не діє в країні постійного проживання на законних підставах Страхувальника/Застрахованої особи і/або в країні, громадянином якої він/вона є (за виключенням коли Договір страхування укладений на умовах окремих програм страхування).

2.4.3. Територія дії Договору страхування може мати обмеження щодо конкретних територій (областей, міст тощо), на які страхове покриття не поширюється.

## **2.5. СТРОК ДІЇ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ**

2.5.1. Строк страхового захисту встановлюється за згодою Сторін і зазначається в Договорі страхування.

2.5.2. Договір може укладатися на строк перебування Страхувальника/Застрахованої особи за межами на території вказаній в Договорі як Територія дії Договору страхування, але не більше, ніж один рік.

2.5.3. Якщо Договір передбачає декілька подорожей Страхувальника/Застрахованої особи впродовж встановленого в Договорі строку дії договору або подорож з невизначеними строками, датами початку та завершення, на момент укладення Договору страхування, то Договір діє лише ту кількість днів, яка встановлена в Договорі як «Строк страхового захисту».

2.5.4. Якщо індивідуальні умови Договору страхування передбачають декілька подорожей Страхувальника/Застрахованої особи або подорож з невизначеними строками, датами початку та завершення, на момент укладення Договору страхування, впродовж встановленого Договором строку страхового покриття, то при кожному виїзді у подорож строк 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/паспортному документі іноземця для виїзду за кордон Страхувальника/Застрахованої особи.

2.5.4.1. В межах строку дії Договору страхування може встановлюватися строк страхового захисту перебування Застрахованої особи на території дії Договору.

## **2.6. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ ТА СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.**

2.6.1. Перелік страхових ризиків визначається за згодою Сторін, виходячи з потреби Клієнта, та зазначається в Договорі страхування.

2.6.2. Страховими випадками визнаються такі події протягом строку страхового покриття :

2.6.2.1. витрати, пов'язані з наданням медичної допомоги внаслідок раптового захворювання Страхувальника/Застрахованої особи або нещасного випадку, що стався зі Страхувальником/Застрахованою особою;

2.6.2.2. витрати, пов'язані з організацію транспортування та оплату вартості транспортування тіла (репатріації) Страхувальника/Застрахованої особи до місця його попереднього постійного проживання, внаслідок хвороби або нещасного випадку в межах індивідуальних умов страхового захисту за Договором страхування відповідно до цих загальних умов страхового продукту , в т.ч. витрати на:

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

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

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

2.6.2.5. тимчасова втрата працездатності Страхувальника/Застрахованої особи (для непрацюючого Страхувальника/Застрахованої особи, зокрема пенсіонера по віку -тимчасове порушення здоров'я) вна-

слідок нещасного випадку; Події, передбачені пп. 2.6.2.1. - пп. 2.6.2.5., 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 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.

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

2.6.2.7. крадіжка, зникнення, повна загибель або часткове пошкодження багажу з будь-якої причини з урахуванням умов п.7.1. цих Загальних умов страхування. При цьому, багаж включає особисті речі Застрахованої особи, що перевозяться нею під час поїздки, як здані на зберігання транспортній організації, так і ручна поклажа;

2.6.2.8. затримка доставки багажу (особисті речі Застрахованої особи, що перевозяться нею під час поїздки, як здані на зберігання транспортній організації, так і ручна поклажа) з вини перевізника;

2.6.2.9. неможливість здійснення запланованої та заздалегідь оплаченої закордонної поїздки або зміна строків подорожі внаслідок:

2.6.2.9.1. раптового захворювання Страхувальника/Застрахованої особи, що виникла до початку поїздки і вимагає лікування в умовах цілодобового стаціонару, що перешкоджає здійсненню передбачуваної поїздки;

2.6.2.9.2. смерті Страхувальника/Застрахованої особи або близького родича, що виникла до початку поїздки або раптового захворювання, що передбачає лікування в умовах цілодобового стаціонару, нещасного випадку або смерті, що сталися з одним із найближчих родичів Страхувальника/Застрахованої особи і вимагає дострокового повернення Страхувальника/Застрахованої особи із поїздки;

2.6.2.9.3. нещасного випадку, який стався зі Страхувальником /Застрахованою особою до початку поїздки;

2.6.2.9.4. пошкодження або знищення нерухомого майна або його частини, що належить Страхувальнику/Застрахованій особі (знищення понад 70 % майна), що суттєво впливає на фінансове становище Страхувальника/Застрахованої особи, або відповідно до законодавства України, ці обставини вимагають особистої присутності Страхувальника/Застрахованої особи в місці його/її постійного проживання та унеможливають здійснення нею закордонної подорожі/ поїздки;

2.6.2.9.5. набрання чинності рішенням суду щодо заборони виїзду за кордон Страхувальника/Застрахованої особи після укладання Договору;

2.6.2.9.6. отримання повідомлення про призов Страхувальника/Застрахованої особи у збройні сили України для проходження військової/альтернативної служби або для участі у військових зборах після укладання Договору страхування та про що Страхувальнику/Застрахованій особі не було відомо до укладання Договору страхування;

2.6.2.9.7. неотримання дозвільних документів для перетину кордону іншої держави (зарубіжної поїздки) Страхувальником/Застрахованою особою за умови своєчасної подачі документів на оформлення дозвільного документа, оформлених відповідно до вимог Консульства (Посольства) країни тимчасового перебування за умов відсутності раніше отриманої відмови у видачі дозволу (візи) в країну (країни) передбачуваної поїздки Страхувальника/Застрахованої особи, зокрема в усі країни Шенгенської зони;

2.6.2.9.8. отримання Страхувальником/Застрахованою особою судової повістки, згідно з якою вона повинна брати участь у судових засіданнях, або рішення органів внутрішніх справ про обмеження прав Страхувальника/Застрахованої особи в частині свободи її пересування у зв'язку із розпочатим кримінальним провадженням, яке унеможливило здійснення нею закордонної подорожі/ поїздки;

2.6.2.10. фінансові збитки Страхувальника/Застрахованої особи, пов'язані з відміною чи перериванням подорожі, що є наслідком фактичного настання наступних подій:

2.6.2.10.1. затримка авіарейсу (подорожі) більше ніж на 6 (шість) годин, що сталася з вини перевізника, або в зв'язку з крадіжкою або втратою паспорту/проїзних документів, або у зв'язку з карантинном на території тимчасового перебування, або внаслідок природних катаклізмів;

2.6.2.10.2. затримка понад добу або скасування авіарейсу до місця запланованої подорожі з вини авіаперевізника або внаслідок природних катаклізмів або у зв'язку із закриттям кордонів країни та/або інших карантинних обмежень;

2.6.2.10.3. затримка доставки багажу (особисті речі Застрахованої особи, що перевозяться нею під час поїздки, як здані на зберігання транспортній організації, так і ручна поклажа) більше ніж на 4 (чотири) години понад нормативний час очікування багажу у аеропорту прибуття;

2.6.2.10.4. втрата багажу (особисті речі Застрахованої особи, що перевозяться нею під час поїздки, як



здані на зберігання транспортній організації, так і ручна поклажа), його пошкодження або знищення в період, коли авіап перевізник відповідав за перевезення багажу;

2.6.2.10.5. втрата або викрадення закордонного паспорту, паспортного документу іноземця та/або проїзного документу та/або банківської платіжної картки Страхувальника/Застрахованої особи та/або посвідчення водія, свідоцтва, про реєстрацію транспортного засобу, що належить Страхувальнику/Застрахованій особі на правах власності, повного господарського володіння, оперативного управління або на інших законних підставах;

2.6.2.10.6. перебування на вимушеній обсервації, якщо на території дії Договору (території страхування) введено карантинні заходи та інші карантинні обмеження.

2.6.3. За Договором страхування, укладеному на підставі цих Загальних умов, відшкодуванню підлягають збитки, понесені Страхувальником внаслідок настання події, на випадок якої проводиться страхування:

В частині Класу страхування 18 – «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі»

2.6.3.1. У разі настання страхового випадку, зазначеного в пп.2.6.1.1.- 2.6.1.2., згідно з умовами Договору страхування в межах страхової суми або окремо встановлених лімітів відповідальності Страховик відшкодовує витрати на:

2.6.3.1.1. швидку невідкладну медичну допомогу, зокрема проведення первинних діагностичних заходів та тестування, каретою швидкої медичної допомоги або за згодою Страховика іншим альтернативним транспортом у разі виникнення невідкладного стану в місці виникнення надзвичайних обставин;

2.6.3.1.2. екстрену медичну допомогу в умовах стаціонару (в палаті стандартного типу), зокрема 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, бандаж).

2.6.3.1.3. перебування в медичному закладі (без забезпечення харчуванням) супроводжуючої особи разом із дитиною віком до 6 (шести) років включно. Максимальний вік дитини може бути змінений з урахуванням вимог діючого законодавства країни перебування.

2.6.3.1.4. екстрену та невідкладну медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах, зокрема витрати на послуги лікаря, діагностичні дослідження, зокрема дослідження в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу, медикаменти та вироби медичного призначення, необхідні для лікування, засоби фіксації, а саме гіпс, бандаж та ортез при переломах, крім випадків, передбачених виключеннями.

2.6.3.1.5. невідкладну стоматологічну допомогу;

2.6.3.1.6. невідкладну медичну допомогу у разі виникнення раптових ускладнень вагітності, коли медична допомога Застрахованій особі необхідна за життєвими показаннями. При цьому відповідний стан Застрахованої особи повинен бути підтверджений медичним висновком, крім випадків, передбачених виключеннями.

2.6.3.1.7. 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 поганої транспортної доступності або великої віддаленості від медичної установи, та попередньо узгоджується із Страховиком;

2.6.3.1.8. медичну евакуацію транспортним засобом, що рекомендований лікарем, рекомендація якого викладена письмово у відповідних медичних документах, зокрема витрати на медичний супровід до місця постійного проживання Страхувальника/Застрахованої особи або до найближчої медичної установи за місцем проживання з метою подальшого лікування за умови відсутності в місці тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги, або за наявності медичних рекомендацій, наданих лікарем або медичною установою про можливість продовження лікування за місцем проживання. При цьому Страховик відшкодовує витрати на оформлення документів, транспортні витрати на медичну евакуацію та проїзд економічним класом супроводжуючої особи до місця його попереднього постійного проживання, якщо медичний супровід надавався. Медична евакуація здійснюється винятково у випадках, коли її необхідність підтверджується виснов-

ком лікаря за умови відсутності медичних протипоказань. Витрати на медичну евакуацію сплачуються в межах встановленої в Договорі страхування страхової суми;

2.6.3.1.9. транспортування Страхувальника/Застрахованої особи до місця постійного проживання або до найближчої медичної установи за місцем постійного проживання з метою подальшого лікування, зокрема медичний супровід, якщо необхідність присутності супроводжувачої 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 заперечень лікуючого лікаря або медичної установи. При цьому Страховик відшкодовує витрати на оформлення документів, витрати на транспортування та проїзд економічним класом супроводжувачої особи до місця його попереднього постійного проживання, якщо медичний супровід надався;

2.6.3.1.10. транспортування Страхувальника/Застрахованої особи до місця розташування найближчої барокамери, якщо страховий випадок стався під час занять дайвінгом, крім випадків, передбачених виключеннями.

2.6.3.1.11. 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 рекомендацій, наданих лікуючим лікарем або медичною установою. При цьому Страховик не несе відповідальності у випадку недотримання перевізником розкладу руху;

2.6.3.1.12. проживання Страхувальника/Застрахованої особи в готелі, якщо від'їзд не відбувся вчасно через настання страхового випадку, внаслідок якого Страхувальник/Застрахована особа перебувала на стаціонарному лікуванні - в межах 80 (вісімдесяти) євро/дол. США на добу до 5 (п'яти) діб включно;

2.6.3.1.13. проїзд економічним класом до країни постійного проживання дітей (до 16 років включно), які перебувають разом із Страхувальником/Застрахованою особою, якщо останній перебуває на лікуванні в умовах стаціонару. У разі необхідності Страховик оплачує супровід дітей;

2.6.3.1.13.1. проживання в готелі дітей (до 16 років включно) Страхувальника/Застрахованої особи, якщо від'їзд Страхувальника/Застрахованої особи не може відбутися через настання страхового випадку, що потребує стаціонарного лікування, а від'їзд дітей до місця постійного проживання самостійно заборонений законами країни перебування - в межах 80 (вісімдесяти) євро/дол. США на добу до 5 (п'яти) діб включно після закінчення заздалегідь оплаченого періоду;

2.6.3.1.14. проїзд із країни постійного проживання та повернення в країну постійного проживання економічним класом одного близького родича Страхувальника/Застрахованої особи, якщо період госпіталізації останнього в країні тимчасового перебування перевищує 10 (десять) діб;

2.6.3.1.14.1. погоджені зі Страховиком витрати на проживання в готелі одного родича Страхувальника/Застрахованої особи, якщо період госпіталізації останнього в країні тимчасового перебування перевищує 10 (десять) діб - в межах 80 євро/дол. США на добу до 5 (п'яти) діб включно;

2.6.3.1.15. організацію транспортування та оплати вартості транспортування 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 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);

2.6.3.1.16. пошуково-рятувальні роботи у випадках раптового захворювання або нещасного випадку Страхувальника/Застрахованої особи;

В частині Класу страхування – 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»

2.6.3.2. За випадками, зазначеними в пп. 2.6.1.3. - пп. 2.6.1.5., розміри страхових виплат визначаються наступним чином:

2.6.3.2.1. За випадком, зазначеним в пп. 2.6.1.5., 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 № 1 до цих Загальних умов), залежно від тяжкості травми.

2.6.3.2.2. За випадком, зазначеним в пп. 2.6.1.4., розмір страхової виплати визначається у розмірі:

2.6.3.2.2.1. 100% від страхової суми за програмою страхування у разі встановлення інвалідності 1 групи;

2.6.3.2.2.2. 75% від страхової суми за програмою страхування у разі встановлення інвалідності 2 групи;

2.6.3.2.2.3. 50% від страхової суми за програмою страхування у разі встановлення інвалідності 3 групи.

2.6.3.2.3. За випадком, зазначеним в пп. 2.6.1.3, розмір страхової виплати визначається в розмірі 100% від страхової суми.

В частині Класу страхування – 13 «Страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12)»;

2.6.4.1. За випадками, зазначеними в пп. 2.6.1.6, в межах страхової суми встановлені такі ліміти відповідальності Страховика:

2.6.4.1.1. на відшкодування матеріального збитку внаслідок часткового пошкодження або знищення майна третьої особи – в межах 30% (тридцяти відсотків) від страхової суми зі страхування цивільної відповідальності, зокрема ліміт відповідальності у розмірі 1% (одного відсотку) від страхової суми у разі ненавмисного пошкодження взятого в прокат спортивного інвентарю (лижне спорядження, дайверське обладнання тощо);

2.6.4.1.2. 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;

В частині Класу страхування – 7 «Страхування майна, що перевозиться [включаючи вантаж, багаж (вантажобагаж)»

2.6.5.1. За випадками, зазначеними в пп. 2.6.1.7-2.6.1.8., страхове відшкодування виплачується:

2.6.5.1.1. у разі повної загибелі всього або частини багажу – у розмірі його дійсної вартості, яка визначена в Заяві Страхувальника/Застрахованої особи із зазначенням переліку речей, ідентифікуючих ознак речей (марка, модель, серійний номер тощо) за винятком залишкової вартості пошкодженого багажу, але не більше страхової суми. Багаж вважається повністю знищеним (повна загибель багажу), якщо витрати на ремонт з урахуванням зносу разом із залишковою вартістю перевищують дійсну вартість багажу. Із суми страхового відшкодування віднімається франшиза, передбачена Договором страхування;

2.6.5.1.2. у разі викрадення, повної або часткової пропажі багажу – у розмірі його дійсної вартості, яка визначена в Заяві Страхувальника/Застрахованої особи із зазначенням переліку речей, ідентифікуючих ознак речей (марка, модель, серійний номер, тощо), за винятком залишкової вартості багажу, що залишилася в межах розміру страхової суми.

2.6.5.1.3. при пошкодженні всього або частини – у розмірі фактично понесених витрат на ремонт. Застрахований багаж вважається пошкодженим, якщо витрати на ремонт разом із залишковою вартістю не перевищують дійсну вартість (встановленою відповідним експертним висновком, довідкою аеропорту, будь-якого іншого перевізника, довідкою компетентних органів тощо) неушкодженого багажу. Розмір збитку визначається по кожному предмету окремо. Загальна сума виплат не може перевищувати розмір страхової суми, встановленої в Договорі страхування.

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

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

2.6.5.1.6. У разі, якщо втрачений або пошкоджений багаж було передано перевізнику як багаж з метою здійснення перевезення або перебував з пасажиром (ручна поклажа), страхове відшкодування сплачується як додаток до виплат перевізника, відшкодованих ним відповідно до умов перевезення, і тільки після отримання таких виплат Страхувальником/Застрахованою особою та надання Страховику підтверджених фінансових документів про таке відшкодування перевізником.

2.6.5.1.7 У разі затримки багажу з вини перевізника, за умови, що такий багаж здавався перевізнику як багаж з метою здійснення перевезення, більше ніж на 3 години Страховик в межах 100 (ста) євро/дол. США відшкодовує витрати на придбання предметів першої необхідності (зубна щітка, зубна

паста, серветки, рушники, мило, спеціальні засоби гігієни для немовлят та жінок, одноразові засоби гоління).

2.6.5.1.8. У разі втрати (крадіжки) окремих предметів, що входять до складу комплексу, набору тощо, сума збитку визначається як різниця між вартістю цього комплексу, набору тощо і вартістю збережених предметів (встановленою відповідним експертним висновком, довідкою аеропорту, будь-якого іншого перевізника, довідкою компетентних органів тощо) .

2.6.5.2. Строк прийняття рішення щодо виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування складає 30 (тридцять) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з необхідних документів, зазначених в Розділі 14 Договору.

2.6.5.3. Страховим захистом покривається весь багаж Страхувальника/Застрахованої особи (особисті речі Застрахованої особи, що перевозяться нею під час поїздки, як здані на зберігання транспортній організації, так і ручна поклажа) в межах передбачених цим страховим продуктом та в межах страхової суми.

2.6.5.3.1. На хутрянні вироби, прикраси, переносні (портативні) аудіо-, фото-, кіно-, відео-, обчислювальні та програмні системи, друкуючі пристрої, гаджети тощо в т.ч. додаткове обладнання, комплектуючі, аксесуари та будь-яке приладдя до них, дія страхового покриття поширюється тільки у тих випадках, якщо:

- використовують їх тільки за прямим призначенням як особистий верхній одяг ;
- вживаються всі необхідні заходи для забезпечення їх цілісності та збереження;
- ці предмети знаходяться на зберіганні в камерах схову або інших спеціально відведених для цього місцях.

2.6.5.3.2. Страховий захист поширюється також на спортивний інвентар (зокрема лижне спорядження, дайверське обладнання), за умови використання його Страхувальником/Застрахованою особою за прямим призначенням під час занять спортом.

2.6.5.4. У разі крадіжки застрахованого майна з автомобіля (причепу) Страховик здійснює виплату страхового відшкодування за наявності документів (Платіжний документ (чек, квитанція) про оплату вартості автостоянки та або місця зупинки), що підтверджують те, що: - крадіжка відбулася в денний час з 6:00 до 22:00; - викрадені речі знаходились в зачиненому відсіку залишеного на автостоянці з контрольно-пропускним пунктом (багатоярусні, підземні автостоянки тощо) автомобіля (причепу). У цьому випадку страховим захистом не покриваються хутрянні вироби, прикраси, переносні (портативні) аудіо-, фото-, кіно-, відео-, обчислювальні та програмні системи, друкуючі пристрої тощо та будь-яке приладдя до них; - крадіжка відбулася під час зупинки не більше ніж на 3 години.

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

В частині Класу страхування – 16 «Страхування інших фінансових ризиків (крім визначених класами 14, 15)»

2.6.6.1. За випадками, зазначеними в пп. 2.6.1.9-2.6.1.19., в межах страхової суми за програмою страхування Страховиком відшкодовуються:

2.6.6.1.1. вартість невикористаних проїзних документів у випадку якщо Страхувальник/Застрахована особа не скористалася альтернативним варіантом перельоту до пункту призначення, запропонованим авіаперевізником;

2.6.6.1.2. вартість заброньованого в готелі номеру/апартаментів за умови підтвердження фактично понесених витрат на бронювання;

2.6.6.1.3. окремо за випадками, зазначеними в пп. 2.6.1.9.1..., пп. 2.6.1.9.3., пп. 2.6.1.9.4., підтвержені документами витрати на придбання нових проїзних квитків економічного класу. Витрати на придбання проїзних документів зараховуються до суми збитків в повному розмірі тільки за умови, що існуючий квиток заміни не підлягає. Якщо попередньо придбаний або заброньований із 100% передплатою квиток підлягає перебронюванню, то відшкодуванню підлягає тільки різниця у вартості квитків.

2.6.6.2. За випадками, зазначеними в пп. 2.6.1.10.1. – пп. 2.6.1.10.6., Страховиком у межах страхової суми за програмою страхування відшкодовуються витрати, погоджені Страховиком:

2.6.6.2.1. на проживання Страхувальника/Застрахованої особи в країні тимчасового перебування (в межах Території дії Договору) в межах 80 (вісімдесяти) євро/дол. США за добу до 5 (п'яти) діб включно;

2.6.6.2.2. на харчування в межах 50 (п'ятдесяти) євро/дол. США;

2.6.6.2.3. витрати на отримання тимчасових документів замість загублених або втрачених в межах 200 (двохсот) євро/дол. США.

2.6.6.2.4. За випадком зазначеним в пп. 2.6.1.10.6. на проживання Страхувальника/Застрахованої особи в країні тимчасового перебування (в межах Території дії Договору) в межах 400 (чотириста) євро/дол. США на 14 (чотирнадцять) діб включно; на харчування в межах 50 (п'ятдесяти) євро/дол. США;

2.6.7. До ризиків за класами страхування 18 та 1 додатково можуть застосовуватись групи ризиків, що враховують підвищення ступеню страхового ризику при заняттях спортом на професійному чи аматорському (любительському) рівні або за заняття екстремальними видами спорту або працевлаштування та трудову діяльність під час подорожі:

Група ризику SA (Спорт аматорський): заняття спортом на аматорському (любительському) рівні (в т.ч. участь у аматорських змаганнях), за виключенням занять екстремальними видами спорту та керування двоколісним транспортним засобом або перебування у якості пасажирів двоколісного транспортно-спортивного засобу (за виключенням велопоїздок). В межах Договору комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон, під заняттям спортом на аматорському (любительському) рівні розуміються нерегулярні (зокрема разово) заняття будь-яким видом спорту (в т.ч. під час відпочинку) або регулярні заняття спортом з відвідуванням спортивної секції, коли спорт не є основним видом діяльності Страхувальника (Застрахованої особи) або Страхувальник (Застрахована особа) приймає участь виключно у аматорських змаганнях або марафонах.

Група ризику SP (спорт професійний): заняття спортом на професійному рівні (в т.ч. участь у професійних змаганнях), за виключенням занять екстремальними видами спорту. В межах Договору комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон під заняттям спортом на професійному рівні розуміються регулярні заняття спортом, коли спорт є основним видом діяльності Страхувальника (Застрахованої особи) та коли Страхувальник (Застрахована особа) має спортивний розряд або звання Майстра спорту/Кандидата в майстри спорту або Страхувальник (Застрахована особа) приймає участь у змаганнях або марафонах.

Група ризику SE (спорт екстремальний): заняття екстремальними видами спорту (на аматорському та професійному рівні). В межах Договору комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон під екстремальними видами спорту розуміється альпінізм, гірський туризм (трекінг) на висоті від 2000 до 4500 метрів, маунтинбайк, спелеотуризм, дайвінг (підводне плавання) на глибині не більше ніж 15 метрів, сплав по річках (в т.ч. рафтинг, каякінг, сплав на катамаранах та ін.), спортивні стрибки у воду, полювання, риболовля у важкодоступних та віддалених місцевостях, поїздки на джипах, квадроциклах, мотоциклах та іншому транспорті поза дорогами загального користування, стрибки з висоти, в т.ч. з парашютом, роупджемінг у воду, польоти з використанням безмоторних засобів, польоти у якості пілота, участь у перегонах на транспортних засобах або тваринах (в т.ч. авто-мотораллі та дрифт).

Група ризику W1 (виконання робіт за наймом на посаді з помірним ризиком): виконання робіт за наймом на посадах: працівники зайняті в сфері обслуговування, торгівлі, громадського харчування та охорони здоров'я; водії транспортних засобів (в т.ч. далекобійники); працівники охорони (крім особистих охоронців); особи зайняті у сфері сільського господарства (в т.ч. у зборі врожаю); артисти балету або танцювальних ансамблів; механіки; особовий склад аеродромного обслуговування; особи, безпосередньо зайняті в сфері виробництва: легкова промисловість, целюлозно-паперова, машинобудівна та деревообробна промисловість.

Група ризику W2 (виконання робіт за наймом на посадах з підвищеним ризиком): виконання робіт за наймом на посадах: будівельники, в т.ч. зайняті на верхолазних роботах; співробітники служб безпеки; персональні охоронці; рятувальники на воді; пожежники; водолази; льотчики-випробувачі; артисти цирку; приборкувачі (дресирувальники) звірів; каскадери; особи, зайняті в розробці та видобутку корисних копалин; особи, які працюють з вибуховими та отруйними речовинами; професійні рибалки (на морях та океанах); професійні мисливці (на суші, річках та озерах).

2.6.8. Договором страхування (за згодою Сторін) можуть бути передбачені інші ймовірні та випадкові події, що можуть спричинити настання Страхового випадку, та які відповідають Страховому інтенсу.

### **3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ**

#### **3.1. Страхувальник зобов'язаний:**

3.1.1. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини і факти, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та протягом строку дії договору повідомляти Страховику про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

Основні критерії та вимоги до інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику:

- вік застрахованої особи;
- країна подорожі або країна тимчасового перебування особи;
- наявність у Застрахованої особи невиліковних та/або хронічних хвороб, в т.ч. доброякісних/злюкисних новоутворень, тощо

Страхувальник зобов'язаний також дати правдиві відповіді на усі поставлені йому Страховиком питання, та надати усю інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування зокрема про наявність страхового інтересу, зокрема у вигодонабувачів.

3.1.2. своєчасно та повністю вносити страхові платежі у термін та у розмірі, передбачені Договором страхування;

3.1.3. під час дії Договору страхування повідомляти Страховику про всі істотні зміни ступеню ризику за прийнятим на страхування об'єктом страхування;

3.1.4. при укладенні Договору страхування повідомити Страховику про інші чинні договори страхування щодо об'єкту страхування, що приймається на страхування;

3.1.5. негайно повідомити Страховику про настання страхового випадку та надавати інформацію щодо обставин його настання та діяти відповідно до положень Розділу 6 Загальних умов страхування;

3.1.6. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

3.1.7. для отримання страхового відшкодування при настанні страхового випадку надати Страховику письмову заяву на отримання страхової виплати, додавши до неї Договір, а також документи та відомості, передбачені Розділом 7 Загальних умов страхування, необхідні для встановлення причин, характеру страхового випадку та його зв'язку з наслідками;

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

3.1.9. після виплати страхового відшкодування забезпечити Страховику, право вимоги до особи, відповідальної за заподіяні збитки,

3.1.10. виконувати всі розпорядження фахівців Асистуючої компанії;

3.1.11. 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/Застрахованої особи права на отримання страхової виплати;

3.1.12. повернути отримане страхове відшкодування на підставі письмової вимоги Страховика, при ненаданні інформації відповідно до цих Загальних умов та Договору страхування про укладені договори страхування з іншими страховиками, при отриманні страхового відшкодування за цим страховим випадком від іншого страховика;

3.1.13. надавати інформацію Застрахованим особам про їх права та обов'язки, які передбачені Договором, Загальними умовами;

3.1.14. у випадку зміни впродовж дії Договору Медико-соціального статусу Застрахованої особи, сповістити про це Страховику в 15-тиденний термін, починаючи з дати встановлення відповідної групи інвалідності.

3.1.15. повідомити Застрахованій/-им особі/-ам про укладений на її (їх) користь Договір страхування відповідно до частин другої, третьої статті 90 Закону України «Про страхування».

3.1.16. виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством України.

### 3.2. Страхувальник має право:

3.2.1. при укладанні Договору страхування призначати громадян або юридичних осіб (Вигодонабувачів), які мають страховий інтерес, для отримання Страхового відшкодування, а також замінювати їх до настання Страхового випадку та у випадках, передбачених законодавством та умовами Договору страхування;

3.2.2. вимагати дотримання Страховиком умов договору страхування, зокрема дотримання конфіденційності відносно будь-якої інформації щодо цього договору;

3.2.3. достроково припинити дію Договору, в т.ч. відносно окремої Застрахованої особи, письмово повідомивши про це Страховику, у відповідності до статті 105 Закону України «Про страхування», законодавства України, цих Загальних умов;

3.2.4. протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин відмови у порядку, передбаченому Законом України «Про страхування», Розділом \_\_\_ цих Загальних умов страхування та Договором страхування отримати Страхове відшкодування при настанні Страхового випадку відповідно до цих Загальних умов та Договору страхування;

3.2.5. оскаржити в порядку, передбаченому законодавством, відмову Страховика у виплаті Страхового відшкодування або розмір Страхового відшкодування, виплаченого Страховиком;

3.2.6. ініціювати внесення змін та дострокове припинення дії Договору страхування з письмовим повідомленням Страховику про причини такого рішення, лише у випадках, передбачених чинним законодавством;

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

3.2.8. ініціювати укладання договору страхування щодо додаткових осіб. При цьому Страховик здійснює перерахунок страхової премії на підставі чинних тарифів.

3.2.9. користуватися іншими правами, передбаченими законодавством України.

### 3.3. Страховик зобов'язаний:

3.3.1. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, а також тримати в таємниці відомості про Застраховану особу, стан її здоров'я та її майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України;

3.3.2. ознайомити Страхувальника/Застраховану особу з Загальними умовами страхування, Інформаційним документом про страховий продукт, умовами договору страхування, правами та обов'язками Сторін договору, зокрема з правами та обов'язками Застрахованої особи, які вона набуває, та діями у разі настання події, яка має ознаки страхового випадку;

3.3.3. у строк передбачений Договором страхування, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

3.3.4. у разі настання страхового випадку скласти страховий акт із зазначенням суми страхової виплати та направити Страхувальнику/Застрахованій особі/Вигодонабувачу, або відмовити у страховій виплаті у строк, передбачений Договором страхування. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомити Страхувальнику/Застрахованій особі/Вигодонабувачу про відмову у страховій виплаті у строк, передбачений Договором страхування, з обґрунтуванням причин відмови;

3.3.5. при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування Страхувальнику/Застрахованій особі/Вигодонабувачу у строк, передбачений Договором страхування та/або Розділом 7 Загальних умов. Страховик несе відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом оплати Страхувальнику пені в розмірі подвійної облікової ставки НБУ за кожний день прострочення платежу, але не більше 10% (десяти відсотків) розміру простроченої виплати;

3.3.6. направити офіційний запит туроператору для визначення або підтвердження розміру 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 та розміру фактично відшкодованих та документально підтверджених витрат туроператором.

3.3.7. повідомити Страхувальнику про зміни своїх адрес (поштових, електронних), телефонів банківських реквізитів тощо;

3.3.8. виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством та Договором страхування.

### 3.4. Страховик має право:

3.4.1. При укладанні договору страхування запросити у Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки ризику;

3.4.2. перевіряти достовірність інформації та документи, що надані Страхувальником/Застрахованою особою;

3.4.3. перевіряти інформацію, надану Страхувальником, а також ініціювати внесення змін до умов Договору страхування, якщо в період його дії відбудеться зміна ступеня страхового ризику або обсягу відповідальності Страховика;

3.4.4. достроково припинити дію Договору страхування у відповідності до статті 105 Закону України «Про страхування», законодавству України, цих Загальних умов;

3.4.5. відстрочити прийняття рішення про виплату або про відмову у виплаті Страхового відшкодування на термін, визначений у Договорі страхування, у разі виникнення сумнівів щодо причин, обставин Страхового випадку і розміру збитків або якщо документи, необхідні для розгляду такої заяви про настання страхового випадку, неналежно оформлені або надані не в повному обсязі, із зазначенням недоліків, які необхідно усунути;

3.4.6. відмовити у виплаті Страхового відшкодування або зменшити його розмір, якщо Страхувальник не виконає будь-яких із перелічених у Договорі страхування/Загальних умовах страхового продукту своїх обов'язків;

3.4.7. робити запити відносно причин, обставин та наслідків страхового випадку, а також брати участь у роботі комісії з розслідування фактів настання страхових випадків; вимагати повернення Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем помилково перерахованого та/або безпідставно отриманого страхового відшкодування;

3.4.8. у разі, якщо за фактом страхового випадку порушена кримінальна справа, відстрочити страхову виплату до закриття, зупинення кримінальної справи;

3.4.9. висунути вимоги до Страхувальника на суму виплаченого страхового відшкодування, 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

3.4.10. вимагати повернення страхового відшкодування у випадку отримання Страхувальником, Вигодонабувачем компенсації від третіх осіб;

3.4.11. Отримувати та перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою щодо обставин настання страхового випадку;

3.4.12. самостійно з'ясувати причини та обставини настання випадку, що має ознаки страхового, проводити оцінку пошкодженого Майна і визначати розмір збитків. За необхідністю направляти в компетентні органи про надання інформації, що підтверджує факт та причини настання страхового випадку;

3.4.13. не надавати індивідуальну консультацію за продуктом страхування та/або надавати виключно на письмовий запит клієнта.

3.4.14. користуватися іншими правами, передбаченими законодавством України.

3.5. Застрахована особа за договором страхування набуває наступних обов'язків Страхувальника:

3.5.1. Обов'язків Страхувальника, визначених в пп 3.1.1. та пп. 3.1.3. - 3.1.13. цих Загальних умов;

3.5.2. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором та законодавством України

3.6. Застрахована особа набуває за договором страхування наступні права Страхувальника:

3.6.1. Прав Страхувальника, визначених в пп 3.2.2. , пп. 3.2.5. цих Загальних умов;

3.6.2. користуватися іншими правами, передбаченими законодавством України.

3.7. Дії або бездіяльність Застрахованої особи несе за собою такі ж самі наслідки як і дії або бездіяльність Страхувальника.

3.8. Сторони можуть використовувати корпоративну електронну пошту (домен ingo.ua) для надсилання/отримання будь-яких електронних повідомлень в межах дії Договору страхування 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 страхування).

3.9. Усі повідомлення між Страховиком та Страхувальником вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені одним із способів:

✓ на електронну адресу, зазначену Страхувальником в заяві при укладенні Договору страхування. При цьому Сторони погоджуються, що зазначення електронної адреси Страхувальника у заяві є його згода на отримання будь-якої інформації від Страховика, зокрема, виключно серед іншого, комерційні електронні повідомлення, надіслані з метою реалізації правовідносин у сфері електронної комерції та виконання умов Договору страхування;

✓ SMS-повідомленням за номером телефону, зазначеним при укладенні Договору страхування;

✓ рекомендованим листом, за адресами, зазначеними при укладенні Договору страхування;

✓ кур'єром за адресами, зазначеними при укладенні Договору страхування, з оплатою послуг доставки стороною – відправником повідомлення;

✓ службами відправки електронних повідомлень за електронною адресою/посиланням, зазначеною(-ним) відповідно до умов Договору страхування;

✓ аудіозвернень до Асистуючої компанії Страховика та звернень представників Асистуючої



компанії 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 Асистуючою компанією за телефонами, вказаними в Договорі страхування;

✓ копій документів за допомогою месенджерів в порядку та випадках, передбачених умовами Договору страхування з наданням оригіналів документів до закінчення терміну дії Договору страхування.

#### **4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ**

4.1. Будь-яка домовленість між Сторонами, що несе за собою нові зобов'язання, повинна бути письмово підтверджена Сторонами у вигляді Додаткової угоди до Договору страхування. Всі додатки до Договору страхування виступають як невід'ємна його частина,

4.2. Зміни в Договір страхування можуть бути внесені тільки за взаємною згодою Сторін у письмовому вигляді шляхом укладення додаткової угоди до Договору страхування.

4.3. Дія Договору страхування припиняється за згодою Сторін, а також у разі:

4.3.1. закінчення його дії;

4.3.2. закінчення строку страхового захисту ;

4.3.3. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

4.3.4. несплати Страхувальником страхової премії (або її частини) у терміни, встановлені в Договорі страхування. При цьому якщо чергова частина страхової премії не була оплачена в термін, встановлений Договором страхування, такий Договір страхування (а також зобов'язання Страховика щодо відшкодування збитків при настанні страхового випадку) вважається достроково припиненим (призупиненим) з 00.00 год. 14 (чотирнадцятого) календарного дня від дати, до якої повинна бути сплачена чергова частина страхової премії.

Страховик звільняється від обов'язків щодо виплати страхового відшкодування за події, на момент настання яких існувала прострочена заборгованість по сплаті страхової премії (або її частини). У випадку, якщо Страхувальник погашає прострочену заборгованість по оплаті страхової премії, дія Договору страхування поновлюється з 00.00 год. дня, наступного за днем погашення заборгованості;

4.3.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством;

4.3.6. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законодавством;

4.3.7. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

4.3.8. в інших випадках, передбачених законодавством.

4.4. 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 страхування, шаблон якої розміщено на офіційному вебсайті Страховика за адресою <https://ingo.ua/services> не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати припинення.

4.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому оплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення періоду страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким Договором страхування. У випадку, якщо на момент дострокового припинення дії Договору страхування претензія Страхувальника щодо отримання Страхового відшкодування внаслідок настання Страхового випадку не врегульована, повернення Страхової премії не проводиться до моменту виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю. У разі зарахування, за рішенням Страхувальника, коштів, що йому повертаються, як сплати премії за іншими договорами страхування, Страховик не вираховує витрати на ведення справи у розмірі 25% при перерахунку страхових платежів.

4.6. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхову

премію за період, що залишився до закінчення періоду страхування, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. У випадку, якщо на момент дострокового припинення дії Договору страхування претензія Страхувальника щодо отримання Страхового відшкодування внаслідок настання Страхового випадку не врегульована, повернення Страхової премії не проводиться до моменту виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування.

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

4.8. Договір страхування вважається недійсним, нікчемним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України, Закону України "Про страхування", інших випадків, передбачених законодавством.

4.9. Договір страхування визнається недійсним і не підлягає виконанню також у разі:

4.9.1. якщо його укладено після настання страхового випадку;

4.9.2. Страховиком доведено, що Договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;

4.9.3. інших випадків, передбачених законодавством.

## **5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

5.1. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім:

5.1.1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 (тридцять) календарних днів та/або строк дії страхового захисту, яких становить менше 30 (тридцять) календарних днів;

5.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором страхування.

5.2. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховику у письмовій (електронній) формі, за адресою:

[https://ingo.ua/cms/image/uploads/Zayava\\_na\\_vidmovu\\_vid\\_dogovoru\\_fiz\\_osobi\\_184383295b.docx?v=1707489598246](https://ingo.ua/cms/image/uploads/Zayava_na_vidmovu_vid_dogovoru_fiz_osobi_184383295b.docx?v=1707489598246).

5.3. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку в порядку та у строки, визначені цими Загальними умовами.

5.4. Страхова премія при відмові від Договору страхування повертається повністю виключно після надання Страховику документального підтвердження відсутності відповідних/ої позначки у документах, що дають право на виїзд (перетин кордону) та за умови, що є підтвердження факту надання/отримання страхового захисту, за яким Страховик має право ініціювати дострокове припинення договору страхування відповідно до цих Загальних умов страхового продукту в судовому порядку тощо.

## **6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

6.1. При настанні страхового випадку або події(й), що має ознаки страхового випадку (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 Асистуючою компанією та/або контакт-центром Страховика, зазначеним у Договорі для отримання інформації щодо подальших дій, та повідомити оператору Асистуючої компанії таку інформацію:

6.1.1. номер Договору;

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

6.1.3. строк дії Договору;

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

6.1.5. причину звернення.

6.2. Якщо телефонний дзвінок до Асистуючої компанії 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.

6.2.1. Якщо Страхувальник/Застрахована особа з об'єктивних причин (стан здоров'я, відсутність фізичної можливості зателефонувати) не змогла зв'язатися із Асистуючою компанією 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 Асистуючу компанію про її настання і узгодити надання та умови оплати необхідних послуг.

6.2.2. Якщо Страхувальник/Застрахована особа протягом 24-х годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, не повідомила Асистуючій компанії про настання події, не маючи на це поважних причин, Страховик має право розглянути страховий випадок в індивідуальному порядку та прийняти рішення щодо компенсації Страхувальнику/Застрахованій особі лікування в сумі, що не перевищує: 200 (двісті) євро/дол. США при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах, та в сумі, що не перевищує 500 (п'ятсот) євро/дол. США при лікуванні в умовах стаціонару у відповідності до Загальних умов страхового продукту. При цьому виплата страхового відшкодування Страхувальнику/Застрахованій особі в якості компенсації самостійно витрачених коштів здійснюється в національній валюті України за встановленим курсом Національного банку України на дату звернення до медичної установи або до відповідного компетентного органу стосовно настання страхового випадку.

## **7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ ВИПЛАТ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ**

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

7.2.Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту прийняття рішення про здійснення страхової виплати (пп. 7.1.) за погодженням сторін у готівковій або безготівковій формі з урахуванням вимог чинного законодавства:

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

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

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

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

7.3.1. якщо він має сумніви в обґрунтованості вимог Страхувальника на отримання страхової виплати – до отримання необхідних доказів, але не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з усіх необхідних документів, зазначених в п.7.6. – п.7.11.;

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

7.3.3. 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 усіх необхідних документів, зазначених в п. 7.6. – п.7.11;

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

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

7.5.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.

7.6.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 відшкодуван-

ня, вона повинна протягом 15-ти (п'ятнадцяти) календарних днів після повернення до місця постійного проживання надати Страховику такі документи:

7.6.1. копію паспорта/ID картки громадянина України/паспортного документа іноземця. Номери наданих документів мають співпадати із номером паспорту /ID картки громадянина України/паспорт іноземного громадянина, вказаного у медичних документах;

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

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

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

7.6.5. заяву на отримання страхової виплати/виплату відшкодування понесених витрат із зазначенням дати та номеру звернення до Асистуючої компанії або з обґрунтуванням причин, через які Страхувальник/Застрахована особа не звернулася до Асистуючої компанії, якщо таке мало місце. При цьому виплата страхового відшкодування Страхувальнику/Застрахованій особі в якості компенсації самостійно витрачених коштів здійснюється в національній валюті України за курсом НБУ на дату звернення до медичної установи або до відповідного компетентного органу стосовно настання страхового випадку;

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

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

7.6.8. Платіжні документи на оплату вартості медичних послуг та/або виписку банку з карткового рахунку про їх безготівкове перерахування.

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

7.7.1. оригінал Договору страхування (для звірки даних та умов Договору Страхувальника/Застрахованої особи).

7.7.2. 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;

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

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

7.7.5. до документів за пп.7.7.1. – пп.7.7.4. 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);

7.7.6. документи, що підтверджують оплату вартості телефонних переговорів Застрахованої особи з Асистуючою компанією або Страховиком із зазначенням номерів телефонів, дати дзвінків, тривалості, вартості (за пп. 2.6.2.1.15. цих Загальних умов страхування);

7.7.7. при транспортуванні за медичними показаннями (за пп.2.6.2.1.6. - пп.2.6.2.1.9., пп.2.6.2.2.6. - пп.2.6.2.2.8., пп.2.6.2.3.5. - пп.2.6.2.3.7., пп.2.6.2.4.7., пп.2.6.2.5.7., пп. 2.6.2.6.6., пп.2.6.2.7.6. - пп.2.6.2.7.7., Договору) оригінали виписаних перевізником рахунків із зазначенням маршруту перевезення та його вартості (на бланках або з відповідним штампом чи печаткою) та документи, що підтверджують факт оплати, коли Застрахована особа не мала можливості звернутися до Асистуючої компанії за організацією екстреної евакуації до найближчого медичного закладу чи найближчого лікаря в країні перебування і змушена була самостійно сплатити вартість транспортних послуг;

7.7.8. документи, що підтверджують витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи (за пп.2.6.2.1.14., пп.2.6.2.2.8., пп.2.6.2.3.7., пп.2.6.2.4.8., пп.2.6.2.5.9., пп.2.6.2.6.7., пп.2.6.2.7.9., Договору):

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

- оригінали фінансових документів із зазначенням виду послуги – у випадку оплати процедур

оформлення документів, підготовку тіла, поховання за кордоном;

7.7.9. документи, що підтверджують витрати на пошук, рятування, евакуацію Застрахованої особи (за пп.2.6.2.1.16., пп.2.6.2.2.9., Договору);

7.7.10. документи, що підтверджують витрати на проїзд до країни постійного проживання (за пп.2.6.2.1.10, пп.2.6.2.1.12., пп.2.6.2.1.13., пп.2.6.2.5.8., пп.2.6.2.7.8 Договору);

7.7.11. документи, що підтверджують витрати на проживання в готелі (за пп.2.6.2.1.11., пп.2.6.2.1.12.1., пп.2.6.2.1.13.1., Договору);

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

7.8. У разі настання страхового випадку за ризиками за Класом страхування 1 (страхування від нещасного випадку), Страховику додатково надаються такі документи:

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

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

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

7.8.4. копія медичного висновку про причину смерті;

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

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

7.9. У разі настання страхового випадку за ризиками за Класом страхування 13 (страхування відповідальності перед третіми особами) Страховику додатково надаються такі документи:

7.9.1. документ, що посвідчує особу потерпілого;

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

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

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

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

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

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

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

7.10. У разі настання страхового випадку за ризиками за Класом страхування 7 (крадіжки, пошкодження та/або затримки багажу) Страховику додатково надаються такі документи:

7.10.1. якщо багаж був переданий під відповідальність перевізника:

7.10.1.1. перелік предметів багажу, які втрачено, знищено, пошкоджено із зазначенням їх вартості, яка визначена в Заяві Страхувальника/Застрахованої особи із зазначенням переліку речей, ідентифікуючих ознак речей (марка, модель, серійний номер, тощо). Квиток для перевезення багажу та відповідні документи на придбання Страхувальником техніки, якщо така зазначена у Заяві Страхувальника/Застрахованої особи із зазначенням переліку речей;

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

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

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

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

7.10.1.6. копія рішення та/або довідки/листа перевізника про визнання багажу втраченим;

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

7.10.1.8. додатково у разі настання страхового випадку за пп. 2.6.1.8. документи, що підтверджують факт затримки багажу з вини перевізника (на бланку компанії-перевізника або з відповідним штампом чи печаткою та із зазначенням часу затримки або дати повернення багажу) та рахунки на придбання предметів першої необхідності;

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

- 7.10.2.1. належний перелік опису предметів багажу, який прийнято на зберігання та які втрачено, знищено, пошкоджено із зазначенням їх вартості;
- 7.10.2.2. документ, що підтверджує факт передачі багажу до камери схову готелю, пансіонату тощо;
- 7.10.2.3. офіційний документ від відповідальних осіб готелю, пансіонату тощо про факт настання страхового випадку (втрата, повну загибель або пошкодження багажу);
- 7.10.2.4. рапорт або інший офіційний документ, складений місцевими правоохоронними органами на підставі Заяви Страхувальника/Застрахованої особи про факт втрати, повної загибелі чи пошкодження багажу;
- 7.10.2.5. якщо багаж знаходився у зачиненому номері готелю, пансіонату, тощо або у зачиненому транспортному засобі, який обладнаний сигналізацією і залишений на зберігання на автостоянці що охороняється або в гаражі;
- 7.10.2.6. перелік предметів багажу, які втрачено, знищено, пошкоджено із зазначенням їх вартості, яка визначена в Заяві Страхувальника/Застрахованої особи із зазначенням переліку речей, ідентифікуючих ознак речей (марка, модель, серійний номер, тощо));
- 7.10.2.7. проїзний квиток на підставі якого Страхувальник/Застрахована особа подорожувала будь-яким видом транспорту, а багаж перевозився в якості ручної поклажі;
- 7.10.2.8. документ, що підтверджує факт проживання та/або оплати вартості такого проживання Застрахованої особи в готелі, пансіонаті тощо або зберігання транспортного засобу на стоянці або в гаражі на законних підставах;
- 7.10.2.9. офіційний належний документ від відповідальних осіб готелю, пансіонату, автостоянки, гаражу тощо про факт настання страхового випадку (втрата, повну загибель або пошкодження багажу);
- 7.10.2.10. рапорт або інший офіційний документ, складений місцевими правоохоронними органами на підставі Заяви Страхувальника/Застрахованої особи про факт втрати, повної загибелі чи пошкодження багажу.
- 7.10.2.11. інші документи на вимогу Страховика, які підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків.

7.11. У разі настання страхового випадку за ризиками за Класом страхування 16 (вимушеної відмови від поїздки або зміни термінів поїздки) Страховику додатково надаються такі документи:

- 7.11.2. оригінал договору з надання туристичних послуг, а також документи, що підтверджують оплату поїздки (квитанцію прибуткового касового ордера та/або касовий чек тощо);
- 7.11.3. документи, що підтверджують повернення туристичним агентством Страхувальнику/Застрахованій особі частини суми грошових коштів за договором з надання туристичних послуг (калькуляція повернення і розрахунковий документ);
- 7.11.4. документи, що підтверджують збитки Страхувальника/Застрахованої особи, понесені внаслідок застосованих штрафних санкцій, встановлених за скасування поїздки в договорі з надання туристичних послуг;
- 7.11.5. документи транспортної компанії, консульства, готелю й інших організацій, послугами яких Страхувальник/Застрахована особа скористалася або могла скористатися для організації поїздки за кордон, що підтверджують наявність реальних збитків Застрахованої особи, які не відшкодовані за рахунок третіх осіб (зокрема туроператором) у відповідності з умовами укладених між ними договорів з транспортною компанією, консульством, готелями та іншими підрядниками та субпідрядниками, що надають туристичні та супутні послуги, згідно з договором надання туристичних послуг;
- 7.11.6. документи та відомості, необхідні для встановлення характеру страхового випадку, а саме:
- у разі неможливості здійснити поїздку або зміни строків поїздки (зокрема дострокове повернення) внаслідок хвороби, травми або смерті Страхувальника/Застрахованої особи або його близьких родичів – довідка медичного закладу (стаціонару), нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть, документи, що підтверджують родинний зв'язок Страхувальника/Застрахованої особи та близького родича;
  - у разі неможливості здійснити поїздку або зміни строків поїздки (зокрема дострокове повернення) внаслідок пошкодження або знищення майна, що належить Страхувальнику/Застрахованій особі – довідки та/або інформаційні листи відповідних компетентних органів, що підтверджують факт понесення відповідних збитків;

- у разі неможливості здійснити поїздку внаслідок розгляду судової заборони або отримання судової повістки – завірена суддею повістка та/або постанова суду;
- у разі неможливості здійснити поїздку внаслідок виклику в військкомат – повістка, засвідчена в військкоматі;
- у разі відмови в отриманні дозволу на перетин кордону іноземної держави – документ, наданий прикордонною або іншою державною службою іноземної держави, до компетенції якої належить регулювання питань щодо перетину кордону фізичними особами - із зазначенням дати та причини відмови у перетині кордону та/або оригінал паспорта громадянина України для виїзду за кордон /паспортного документа іноземця зі штампом про відмову у видачі дозволу на перетин кордону;
- у разі настання подій, зазначених в пп. 2.6.1.10.1. – пп. 2.6.1.10.4. - оригінал довідки від авіаперевізника про факт затримки або скасування авіарейсу, затримки або втрати багажу, оригінали фінансових документів, що підтверджують витрати на харчування, пояснювальна записка від Страхувальника/Застрахованої особи із зазначенням причин, за яких він не скористався альтернативним маршрутом та можливістю перельоту до пункту призначення, запропонованим авіаперевізником;
- у разі настання події, передбаченої пп. 2.6.1.10.5. – оригінал довідки з поліції про факт втрати або викрадення, документи, що підтверджують витрати на отримання тимчасових документів замість загублених або втрачених;

7.12. Страховик має право запросити інші необхідні документи, що можуть мати відношення до страхового випадку та дозволяють з'ясувати причину і розмір збитків, зокрема документи для проведення ідентифікації /верифікації Страхувальника/Застрахованої особи.

7.13. 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 вилучити, а клієнт, представник клієнта зобов'язані подати інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії.

7.14. Заява і документи, зазначені у Розділі 14, мають бути надані з обов'язковим додаванням перекладів оригіналів документів, складених мовами, відмінними від української мови, завірених печаткою бюро перекладів, або в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

## **8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

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

8.1.1. не повідомив/-ла або несвоєчасно повідомив/-ла про настання страхового випадку (або обставин, які мають ознаки страхового випадку) без поважних на це причин або створила/-в Страховикові перешкоди у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

8.1.2. надав/-ла свідомо неправдиві відомості щодо об'єкту страхування, що приймається на страхування, про стан здоров'я Застрахованої особи на момент укладення договору або під час дії Договору (наявність/встановлення I та II групи інвалідності або наявність таких захворювань (як підтверджених так і тих, що поки не мають встановлений заключний діагноз лікаря, оскільки ще потребують певних діагностичних підтверджень): злоякісні новоутворення, 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;

8.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування зокрема, але не виключно, про наявність укладених договорів страхування з іншими страховиками щодо такого об'єкту страхування;

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

8.1.5. не надав/-ла Страховику всі необхідні документи, передбачені Розділом 7 цих Загальних умов страхування або інші документи, які підтверджують факт, причини й обставини настання страхового випадку;

8.1.6. не надав та/або несвоєчасно надав інформацію про зміну ступеня страхового ризику;

8.1.7. Страхувальник не виконав зобов'язань, передбачених у п. 3.1 цих Загальних умов страхування та/або Застрахована особа не виконала зобов'язань, передбачених у п. 3.5 цих Загальних умов страхування (в т.ч. порушення умов сплати страхової премії чи її чергової частини);

8.1.8. не співпадає номер паспорту громадянина України для виїзду за кордон /ID картки громадянина України / паспортного документа іноземця із номером паспорту /ID картки громадянина України/паспорт іноземного громадянина, вказаного у медичних документах, номер посвідки на постійне місце проживання;

8.1.9. поніс/понесла витрати у зв'язку із страховим випадком на території, не зазначеній у Договорі, окрім випадків транспортування постраждалого Страхувальника/Застрахованої особи у відповідності до Загальних умов страхового продукту;

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

8.2.1. мали місце події, передбачені у Розділі 10;

8.2.2. не погоджено зі Страховиком або Асистуючою компанією розмір витрат та всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг у разі настання страхового випадку;

8.2.3. Страхувальник/Застрахована особа не виконував/-ла розпорядження або рекомендації Страховика/Асистуючої компанії щодо дій у разі настання страхового випадку;

8.2.4. дата перетину державного кордону (визначається за відмітками в паспорті громадянина України для виїзду за кордон/паспортному документі іноземця) передусє дати укладання Договору страхування.

8.2.5. Страховик повідомляє про відмову у виплаті страхового відшкодування Страхувальника письмово з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття відповідного рішення.

## **9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

9.1. Перед укладенням Договору страхування Страховик або його представник забезпечує Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, Страховика та страхового посередника, якщо договір страхування укладається за його сприянням з урахуванням специфіки страхового продукту та потреб клієнта.

9.2. Договір страхування може укладатися шляхом приєднання у порядку, встановленому діючим законодавством.

9.3. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог законодавства України про мови, на підставі письмової або зробленої іншим чином заяви Страхувальника. При укладанні Договору страхування Страховик має право запросити всі необхідні документи щодо предмету та об'єкту Договору страхування та іншу інформацію, яка необхідна для встановлення ступеню ризику та укладання Договору страхування. Після укладання Договору страхування заява та інша інформація надана Страхувальником чи від його імені, вважаються невід'ємною частиною Договору страхування. Заповнена заява на страхування не зобов'язує Сторони укладати Договір страхування.

9.4. При укладанні Договору страхування або внесенні змін до нього Страхувальник у погоджений Сторонами спосіб надає Страховику інформацію та/або відповідні документи, передбачені нормами чинного законодавства для проведення Страховиком належної перевірки, ідентифікації та верифікації, вивчення Страхувальника та осіб, які мають право на отримання страхової виплати (Вигодонабувачів), ідентифікації кожного об'єкту страхування, що дає змогу однозначно встановити такий об'єкт та визначити страховий інтерес, повідомляє Страховика про обраний ним спосіб підписання Договору страхування.

9.5. При укладанні договору страхування Страхувальник зобов'язаний надати Страховику достовірну інформацію про інші чинні договори страхування щодо предмета та об'єкта договору страхування.

9.6. Документи для укладення (підписання) Договору страхування та в межах його виконання (зокрема первинні) можуть підписуватись/укладатись у формі паперового та/або електронного документа.

9.6.1. При укладенні Договору страхування у паперовій формі Сторони договору підписують Договір страхування власноручними підписами та скріплюють печатками в разі їх наявності. Страхувальнику надається примірник Договору страхування одразу після його підписання обома Сторонами.

9.6.2. Підписання Договору страхування у формі електронного документа може відбуватися з використанням Страхувальником електронного підпису одноразовим ідентифікатором та/або за допомогою підпису, вчиненого Сторонами/стороною у системі електронного документообігу (СЕД).



Такі договори укладаються з дотримання норм Законів України «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронну комерцію», «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги», Положення НБУ «Про використання електронного підпису та електронної печатки».

### **9.7. Процес укладення й підписання Договору страхування у формі електронного документу з використанням Страхувальником-фізичною особою електронного підпису одноразовим ідентифікатором.**

9.7.1. Договір страхування укладається дистанційно з використанням інформаційно-комунікаційної/их системи/м у формі електронного документа у порядку, передбаченому чинним законодавством України у сфері е-комерції.

9.7.2. Для укладення Договору страхування (індивідуальної частини) Страхувальник фізична особа, попередньо ознайомившись на сайті Страховика з Інформаційним документом про стандартний страховий продукт та Загальними умовами продукту, що є публічною частиною договору (оферти), вносить/вводить інформацію про себе та об'єкт страхування відповідно до усіх обов'язкових параметрів / полів електронної форми для формування пропозиції укласти електронний Договір страхування та здійснення належної перевірки, проведення ідентифікації та верифікації (у один із визначених п. 9.12. цих Загальних умов способом), надає згоду на обробку власних персональних даних, які можуть зазначатись умовами індивідуальної частини Договору страхування, а саме:

9.7.2.1. обирає/вибирає необхідні за його індивідуальною потребою у страхуванні умови страхового продукту та покриття, зокрема, але не виключно: вартість страхового покриття (розрахунок онлайн калькулятором), період страхування, територію покриття, розмір франшизи, розмір страхового тарифу, інші запитовані електронною формою/формуляром/заявою (далі форма) критерії умов;

9.7.2.2. прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дата народження, адреса, серію (за наявності) та номер паспорта або іншого документа, що посвідчує особу, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності);

9.7.2.3. зазначає/вводить інформацію для ідентифікації кожного об'єкту страхування, що дає змогу однозначно встановити такий об'єкт за критеріями форми;

9.7.2.4. якщо договором страхування зазначаються особи, які мають право на отримання страхової виплати (вигодонабувач застрахована особа), то Страхувальник зазначає/вводить інформацію для ідентифікації вигодонабувача, кожної застрахованої особи, що дає змогу встановити особу: прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), дату народження.

Інша інформація щодо ідентифікації застрахованої особи надається на вимогу страховика, зокрема: адреса, серія (за наявності) та номер паспорта або іншого документа, що посвідчує особу, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності).

9.7.2.5. зазначає/вводить інформацію про актуальний номер власного мобільного телефону, актуальну адресу електронної пошти для комунікації зі Страховиком.

Здійснення всіх вищевказаних дій, передбачених п.п. 9.7.2. цих Загальних умов, є Заявою Страхувальника Страховику, про його намір (акцепт) укласти Договір страхування (індивідуальну частину) шляхом приєднання до його Публічної частини (оферта) та Договору страхування в цілому.

9.7.3. Страховик на підставі отриманої через інформаційно-телекомунікаційну систему інформацію за формою формує Індивідуальну частину Договору страхування, в якій міститься посилання на публічну частину, та надсилає Страхувальнику Пропозицію (проект індивідуальної частини Договору страхування), яка дійсна для підписання/акцепту до зазначеної в ній дати.

9.7.4. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страхувальнику текстовим повідомленням у формі смс повідомлення на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону.

9.7.5. Для підписання Договору страхування Страхувальнику передається/надсилається на зазначену ним адресу електронної пошти або номер мобільного телефону, або іншим погодженим Сторонами способом лінк-посилання на веб-сторінку, яке має поле для вводу/внесення одноразового ідентифікатора до інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика.

9.7.6. Безумовним прийняттям (акцептом) Страхувальником умов Пропозиції вважається вчинення послідовності наступних дій:

9.7.6.1. підписання Страхувальником Договору страхування електронним підписом одноразовим ідентифікатором;

9.7.6.2. сплата страхового платежу, який здійснюється відповідно до умов Договору страхування, може бути реалізована у будь-який із способів, передбачених Пропозицією.

9.7.7. Перед підписанням Договору страхування (індивідуальної частини) одноразовим ідентифікатором, Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування

та підтвердити їх достовірність.

9.7.8. При зазначеному Сторони розуміють, що підписання Договору страхування зі сторони Страхувальника відбувається після введення отриманого ним одноразового ідентифікатора електронного підпису до інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика.

9.7.9. В результаті реалізації п.п. 9.7.4. - 9.7.8. електронний підпис одноразовим ідентифікатором Страхувальника, який прийняв пропозицію, додається (приєднується) до Договору страхування з боку Страхувальника, який прийняв пропозицію.

9.7.10. Після отримання примірника/ів, підписаного Страхувальником Договору страхування (індивідуальної частини), Уповноважена особа Страховика підписує індивідуальну частину Договору страхування кваліфікованим електронним підписом (КЕП)) із зазначенням кваліфікованої позначки часу та дати його укладення.

9.7.11. Підписаний Сторонами примірник Договору страхування (індивідуальної частини) надсилається Страхувальнику на зазначену ним електронну адресу для комунікації, протягом 24-х годин з моменту підписання кваліфікованим електронним підписом керівника та/або уповноваженої особи Страховика, але не пізніше початку строку його дії.

## **9.8. Процес укладення й підписання Договору страхування у формі електронного документа за допомогою СЕД для страхувальників юридичних та фізичних осіб.**

9.8.1. Для укладення Договору страхування у СЕД шляхом підписання Сторонами за допомогою КЕП/УЕП простим електронним підписом Страхувальника, останній, попередньо ознайомившись на сайті Страховика з Інформаційним документом про стандартний страховий продукт, Загальними умовами продукту, що є публічною частиною договору (оферти), надає Страховику або його представнику інформацію та/або відповідні належні документи, передбачені нормами чинного законодавства (п.9.4. цих Загальних умов) для проведення Страховиком належної перевірки, ідентифікації та верифікації Страхувальника та осіб (якщо вони ідентифіковані на момент укладення Договору страхування), які мають право на отримання страхової виплати (застраховані/на особи/ба, вигодонабувачі/ч), та повідомляє Страховику про обраний ним спосіб підписання Договору страхування.

9.8.2. Обмін електронними документами здійснюється за допомогою сервісів електронного документообігу, зокрема, але не виключно, за допомогою сервісу «ВЧАСНО» (<https://vchasno.ua/>), та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу із застосування кваліфікованих електронних підписів Сторін та/або удосконалених електронних підписів та/або простого електронного підпису Страхувальника, позначки дати та часу їх вчинення.

9.8.3. Договір страхування у формі електронного документа містить всі реквізити та умови аналогічного Договору страхування у формі паперового документа. При цьому, слова “укласти”, “підписати”, “надати”, “передати”, “вручити”, які зустрічаються в тексті Договору страхування (додатках до нього), при використанні КЕП,УЕП, простого електронного підпису передбачають, що такий документ буде укладений/ підписаний/ переданий/ наданий/ вручений через Сервіс документообігу.

9.8.4. Кожна зі Сторін Договору страхування для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси.

9.8.5. Строки створення і надсилання електронних документів відповідають строкам, що встановлені для створення і надсилання документів у письмовій формі.

9.8.6. Кожна зі Сторін Договору страхування самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього електронного підпису.

9.8.7. Договір страхування у вигляді електронного документа вважається укладеним з моменту накладення уповноваженим представником однієї зі Сторін останнього у часі електронного підпису (КЕП/УЕП з кваліфікованою позначкою часу) в інформаційно-комунікаційній системі, що використовується Сторонами. Договір страхування набирає чинності в порядку, передбаченому Договором страхування, і діє протягом строку дії, який зазначений в такому Договорі страхування.

9.8.8. Примірник Договору страхування вважається отриманим Стороною, якщо на оригінал електронного документа в інформаційно-комунікаційній системі, що використовується Сторонами, накладено електронні підписи (КЕП/УЕП з кваліфікованою позначкою часу) уповноваженими представниками обох Сторін.

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

9.8.10. У випадку виникнення технічних проблем/збоїв 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.

9.8.11. Сторона, у якій 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.

9.8.12. Після усунення технічних проблем Сторони за письмовим погодженням можуть повернутись до використання електронних документів.

9.9. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим полісом або сертифікатом, які є формою Договору страхування.

9.10. Інформаційний лист, Загальні умови, Договір страхування, Додатки та Додаткові угоди повинні розглядатися разом як один договір.

9.11. У випадку втрати діючого Договору страхування, укладеного у формі паперового документа, Страховик надає Страхувальнику дублікат.

9.12. Договором страхування може бути визначений один або декілька способів ідентифікації та верифікації Страхувальника, Вигодонабувача, Застрахованої особи [у випадках, передбачених Законом України “Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення”] з дотриманням вимог, визначених нормативно-правовими актами Національного банку України з питань здійснення установами фінансового моніторингу, який проводить Страховик або представник Страховика, з переліку наступних способів для укладення договору страхування у формі електронного документа та/або паперового:

9.12.1. Для Страхувальників-фізичних осіб:

1) отримання Страховиком копії ідентифікаційного документа та довідки про присвоєння РНОКПП, засвідчених КЕП особи/споживача ідентифікаційного документа за допомогою застосунку Державного підприємства “ДІА” напряму чи через агрегаторів, послуги яких використовуються як механізм укладення договорів;

2) отримання Страховиком через Систему BankID НБУ ідентифікаційних даних;

3) зчитування Страховиком ідентифікаційних даних із безконтактного електронного носія, імплантованого до ID-картки, збереження протоколу проведеної автентифікації під час здійснення процедури та здійснення фотофіксації особи з використанням методу розпізнавання реальності особи та особи з власним ідентифікаційним документом, а саме сторінки/сторони, що містить фото власника, з подальшим накладенням КЕП уповноваженим працівником установи та кваліфікованої електронної позначки часу на отриманий електронний документ, що містить фото.

9.12.2. Для Страхувальників-юридичних осіб:

1) отримання через застосунки Страховика від Страхувальника (представника Страхувальника) офіційних документів у вигляді належним чином засвідчених копій та у формі заповненого опитувальника Страховика, підписаного КЕП уповноваженою особою Страхувальника;

2) отримання Страховиком інформації від Страхувальника (представника Страхувальника) щодо ідентифікаційних даних з офіційних джерел або інших надійних джерел, визначених Національним Банком України, та у формі заповненого опитувальника (на сайті або в застосунку Страховика), підписаного КЕП уповноваженою особою Страхувальника;

3) отримання Страховиком у вигляді безоплатного доступу через портал електронних сервісів ідентифікаційних даних, що містяться в ЄДР, та стосуються державної реєстрації Страхувальника (представника Страхувальника) та отримання установчих документів юридичної особи шляхом їх пошуку за кодом доступу, наданим/введеним представником Страхувальника. Якщо в ЄДР немає установчих документів, то Страховик отримує їх у вигляді належним чином засвідченої копії зареєстрованого установчого документа та у формі заповненого опитувальника (на сайті або в застосунку Страховика), підписаного КЕП уповноваженою особою Страхувальника.

9.12.3. Для представників, підписантів юридичних осіб-Страхувальників:

1) використовуються способи верифікації аналогічні як для фізичних осіб;

2) отримання Страховиком необхідних ідентифікаційних даних у формі заповненого опитувальника, підписаного КЕП керівника Страхувальника-юридичної особи;

3) отримання Страховиком заповненого Страхувальником опитувальника (на сайті або в застосунку Страховика), підписаного КЕП уповноваженою особою Страхувальника.

9.13. Інформація, що надається відповідно до п. 9.12. стосовно ідентифікаційних даних, та офіційні документи мають бути чинними (дійсними, актуальними) на момент їх подання.

У разі настання суттєвих змін в діяльності Страхувальника або в іншій інформації, що надавалася

Страховику, або щодо втрати чинності/обміну ідентифікаційного документа, Страхувальник (представник Страхувальника) в обов'язковому порядку зобов'язаний сповістити та надати Страховику, через його застосунки або іншими визначеними договором страхування способами, інформацію щодо даних чинного документа та копії чинного документа не пізніше одного місяця з настання змін.

Страхувальник (представник Страхувальника) зобов'язаний надати на запит Страховика щодо з'ясування актуальності/чинності та актуалізації ідентифікаційних даних та офіційних документів, інформацію та документи самостійно або іншим способом, що визначений договором страхування.

## 10. ВИНЯТКИ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Події, передбачені у пп. 2.6.1.1. -пп. 2.6.1.10., не визнаються страховими випадками, якщо вони відбулися внаслідок:

10.1.1. 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;

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

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

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

10.1.5. 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;

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

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

10.1.8. 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;

10.1.9. у випадку, якщо Застрахована особа не надала інформацію щодо виконання будь-яких робіт за будь-яким цивільно-правовим договором, якщо при визначенні страхового платежу за Договором не було встановлено відповідну групу ризику «W1» або «W2» в «Групі ризику» в Договорі страхування або зазначено не відповідну групу ризику характеру робіт, які виконувала Застрахована особа;

10.1.10. занять Страхувальником/Застрахованою особою спортом на професійному рівні, якщо при визначенні страхового платежу за Договором та не було встановлено відповідну групу ризику «SP» в «Групі ризику» в Договорі страхування або зазначено не відповідну групу ризику характеру спорту, яким займалась Застрахована особа;

10.1.11. занять Страхувальником/Застрахованою особою спортом на аматорському (любительському) рівні, якщо при визначенні страхового платежу за Договором та не було встановлено відповідну групу ризику «SA» в «Групі ризику» в Договорі страхування або зазначено не відповідну групу ризику характеру спорту, яким займалась Застрахована особа;

10.1.12. занять Страхувальником/Застрахованою особою екстремальними видами спорту на аматорському чи професійному рівні, якщо при визначенні страхового платежу за Договором не було встановлено відповідну групу ризику «SE» в «Групі ризику» в Договорі страхування або зазначено не відповідну групу ризику характеру спорту, яким займалась Застрахована особа.

Додатково за пп.10.1.10. – пп.10.1.12. випадки вважаються страховими, незалежно від того, чи була сплачена додаткова премія, якщо вони сталися під час занять наступними видами спорту: шахи, шашки, городки, настільний теніс, настільний футбол, гольф, радіоспорт, туристичні подорожі зі спокійним ландшафтом, аквааеробіка, бадмінтон, прогулянка з катанням на велосипеді по місту або па-

рку, стрільба в тирі, пінг-понг, йога, танці, стрибки на батуті, крикет, більярд, а також під час прогулянок з катанням на конях, верблюдах, слонах.

10.1.13. підйому в гори на висоту вище ніж 4 500 м над рівнем моря, зокрема в якості працівника гірничо-рятувальних бригад/частин (рятувальника);

10.1.14. 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 розраховував/вважав на те, що вони не відбудуться, нехтуючи безпекою;

10.2. Додатково за ризиками, передбаченими в пп.2.6.1.1.- пп.2.6.1.5., Страховик не відшкодовує витрати на:

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

10.2.2. відновлення погіршеного стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, які пов'язані з наслідками хвороби або її ускладненнями (загостренням) хвороби, які Страхувальник/Застрахована особа отримувал/-ла до початку строку страхого захисту.

10.2.3. не відшкодовуються збитки у разі: діагностики та лікування доброякісних та злоякісних новоутворень, а також медичної евакуації, транспортування та репатріації тіла, пов'язаної з доброякісними та злоякісними утвореннями;

10.2.4. 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);

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

10.2.6. проведення процедур плазмозферезу, діалізу та гемодіалізу;

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

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

10.2.9. оформлення медичних довідок та свідоцтв, рецептів;

10.2.10. діагностичні маніпуляції (зокрема консультації та лабораторні дослідження), що не мають відношення до раптового захворювання або нещасного випадку.

10.2.11. 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);

10.2.12. 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;

10.2.13. 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;

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

10.2.15. захворювання шкіри та її додатків (зокрема 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;

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

10.2.17. 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.10.2.18.;

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

10.2.19. лікування та діагностику будь-яких форм туберкульозу, а також медичну евакуацію, транс-

- портування та репатріацію тіла, пов'язану з будь-якою формою туберкульозу;
- 10.2.20. лікування та діагностику хвороб ендокринної системи, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла, пов'язану з захворюванням на хвороби ендокринної системи;
- 10.2.21. лікування та діагностику вірусу імунодефіциту, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла, пов'язану з захворюваннями на вірус імунодефіциту;
- 10.2.22. лікування та діагностику гострої та хронічної форми променевої хвороби, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла, пов'язану з наслідками захворюванням на променево хворобу;
- 10.2.23. лікування та діагностику вірусних гепатитів, а також медичну евакуацію, транспортування та репатріацію тіла, пов'язану з наслідками захворювання на вірусний гепатит;
- 10.2.23. придбання виробів медичного призначення для заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенди, набори для емболізації, деартерилізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези, фіксатори та обладнання для остеосинтезу, ортези за виключенням переломів);
- 10.2.24. послуги, які можна відкласти до повернення з подорожі, зокрема проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування;
- 10.2.25. побічні дії лікарських засобів, харчових добавок;
- 10.2.26. 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 (зокрема і смертю) від ВІЛ-інфекції;
- 10.2.27. пластичну хірургію та протезування;
- 10.2.28. витрати на стоматологічне лікування, крім випадків надання невідкладної стоматологічної допомоги при гострому зубному болю або нещасному випадку;
- 10.2.29. 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 породіллею та новонародженою дитиною непокриваються;
- 10.2.30. 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;
- 10.2.31. діагностику та лікування безпліддя;
- 10.2.32. витрати на процедури по запобіганню вагітності та штучне запліднення, витрати на лікування станів, пов'язаних із порушенням менструального циклу;
- 10.2.33. надання послуг медичною установою або особою, що не має відповідної ліцензії;
- 10.2.34. лікування і обстеження методами мануальної терапії, нетрадиційні методи лікування, самолікування, рефлексотерапії (акупунктури), масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та іншими методами не доказової медицини, а також витрати на проведення відновлювальної терапії, реабілітації, фізіотерапії або курсу лікування на бальнеологічних або лікувальних курортах, у санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку або інших подібних установах;
- 10.2.35. забезпечення додаткового комфорту, а саме телевізору, телефону, кондиціонеру та інше;
- 10.2.36. придбання, ремонт та профілактика медичного обладнання (інгалятор, слуховий апарат, милиці, окуляри, термометр, контактні лінзи);
- 10.2.37. витрати, понесені після повернення Страхувальника/Застрахованої особи у країну постійного проживання;
- 10.2.38. догляд за хворим Страхувальником/Застрахованою особою, родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи вони є професійними медичними працівниками;
- 10.2.39. проведення дезінфекції, вакцинації, лікарських експертиз, лабораторних і діагностичних досліджень, не пов'язаних з нещасним випадком або раптовим захворюванням;
- 10.2.40. шкоду, заподіяну Страхувальнику/Застрахованій особі внаслідок професійної помилки лікаря або іншої особи, що надавала послуги Страхувальнику/Застрахованій особі;
- 10.2.41. непрямі збитки, а також збитки, заподіяні майну Страхувальника/Застрахованої особи, крім багажу Застрахованої особи, коли він застрахований згідно з умовами Розділу 7 Договору;
- 10.2.42. витрати, які виникли внаслідок добровільної відмови Страхувальника/Застрахованої особи від виконання рекомендацій лікаря або Асистуючої компанії Страховика, отриманих ним/нею у зв'язку із страховим випадком;

- 10.2.43. витрати, що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показаннями, зокрема коли лікар дає дозвіл на медичну евакуацію), що вона сама чи в супроводі іншої особи може повернутися до постійного місця проживання;
- 10.2.44. медичні обстеження, огляди, консультації лікаря з метою контролю ефективності призначеного лікування, а також перев'язки в межах продовження лікування, зняття гіпсу та швів;
- 10.2.45. медичні, адміністративні послуги, якщо подорож здійснювалась з метою їх отримання;
- 10.2.46. стаціонарне та амбулаторне лікування, транспортування та витрати на репатріацію, коли вони не узгоджені зі Страховиком або Асистуючою компанією;
- 10.2.47. ритуальні послуги з поховання тіла застрахованої особи в Україні або країні, громадянином якої він є;
- 10.2.48. витрати на лікування в барокамері, в т.ч. кесонної (декомпресійної) хвороби;
- 10.2.49. будь-які витрати за надані медичні послуги, що надані не за невідкладним медичним станом зочки зору;
- 10.2.50. витрати, пов'язані з лікуванням хвороб або травм, які не перешкоджають продовженню подорожі Застрахованої особи, зокрема ушкодження м'язів, верхніх тканин шкіри, що не потребують невідкладної медичної допомоги (синці, мозолі, подряпини);
- 10.2.51. збитки, що не підтверджені документально у відповідності до цих Загальних умов страхового продукту.
- 10.2.52. збитки, які настали після завершення строку страхового захисту.
- 10.3. Додатково за ризиком, вказаним в пп.2.6.1.7., не відшкодовуються збитки у разі:
- 10.3.1. конфіскації, реквізиції, арешту, націоналізації, заборони пересування, затримання чи знищення за наказом військової або цивільної влади, піратських дій;
- 10.3.2. будь-якого страйку, бунту чи громадських заворушень;
- 10.3.3. зносу, іржі, плісняви, знебарвлення та інших природних властивостей застрахованого майна;
- 10.3.4. псування майна комахами, хробаками, міллю або гризунами;
- 10.3.5. подряпин, лущення фарби, інших порушень зовнішнього вигляду майна, що не спричинили порушення його функцій.
- 10.4. За подіями, вказаними в пп.2.6.1.6., Страховик не відшкодовує витрати на:
- 10.4.1. збитки, що не підтверджені документально (Розрахункові документи, призначення лікаря, направлення лікаря тощо);
- 10.4.2. шкоду, заподіяну внаслідок дії непереборної сили або умислу потерпілої особи;
- 10.4.3. вимоги про відшкодування штрафних санкцій Страхувальником/Застрахованою особою;
- 10.4.4. шкоду, заподіяну об'єктам навколишнього природного середовища (зокрема екологічне забруднення);
- 10.4.5. моральну (немайнову) шкоду;
- 10.4.6. витрати, понесені Страхувальником/Застрахованою особою на врегулювання претензії потерпілої особи, не погоджені із Страховиком.
- 10.5. Страховик не несе відповідальності за страхові випадки, вказані в Розділі 3 та має право відмовити у страховій виплаті, якщо Страхувальник/Застрахована особа не виконала умов Розділу 6 Загальних умов страхування або надала недостовірні дані стосовно страхового випадку.
- 10.6. Договором страхування (за згодою Сторін) можуть бути передбачені інші винятки зі страхових випадків та обмеження страхування.

## 11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

11.1. У всіх питаннях, які не врегульовані Договором страхування, Страховик та Страхувальник керуються положеннями цих Загальних умов та чинним законодавством України. У випадку виникнення протиріч між положеннями Загальних умов і положеннями договору страхування пріоритетну силу мають положення Договору та додатків до нього.

11.2. Спори між сторонами Договору страхування щодо дотримання умов страхування вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відповідно до цих Загальних умов та Договору страхування.

11.3. На виконання ст.7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» 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, 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: вул. Б.Грінченка, 1, м.Київ, 01001

тел. (044) 279 12 70, (044) 278 84 60, <https://dpss.gov.ua/>

11.4. На виконання Постанови НБУ №175 від 20.12.2023 затверджена та оприлюднена на офіційному вебсайті АТ “СК “ІНГО” інформація про механізми захисту прав споживачів послуг АТ “СК “ІНГО”

[https://ingo.ua/cms/image/uploads/Povidomlennya\\_pro\\_zahist\\_prav\\_spozhyvachiv\\_Ingo\\_0712fa8682.docx?v=1707741988717](https://ingo.ua/cms/image/uploads/Povidomlennya_pro_zahist_prav_spozhyvachiv_Ingo_0712fa8682.docx?v=1707741988717), порядок розгляду претензій, скарг, заяв, запитів, пропозицій, які надходять до АТ “СК “ІНГО” від споживачів (громадян, страхувальників, застрахованих, третіх осіб тощо) [https://ingo.ua/cms/image/uploads/Dlya\\_podannya\\_skarg\\_af247f228a.doc?v=1707741940416](https://ingo.ua/cms/image/uploads/Dlya_podannya_skarg_af247f228a.doc?v=1707741940416)

11.5. За невиконання або неналежне виконання Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.

11.6. Страховик несе відповідальність за несвоєчасне здійснення страхового відшкодування шляхом сплати пені в розмірі подвійної облікової ставки НБУ, за кожний день прострочки, але не більше 10% від суми заборгованості.

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

11.8. 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 (зокрема, 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.

11.9. 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.

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

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

11.12. 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.

## **12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

12.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник повідомляє Страховика про таку подію за наступними контактними даними, вказаними у Договорі страхування (Контактні дані Страховика або Ассистанської компанії):

12.1.1. Контактні дані Страховика:

**+38 044 490 5747, +38 050 119 0147, +38 067 246 8007, факс: +38 044 490 2748 або e-mail: [cc@ingo.ua](mailto:cc@ingo.ua)**

12.1.2. Контактні дані Ассистанської компанії вказані в Договору страхування:

12.1.3. Контактними даними Ассистанської компанії згідно умов Договору страхування можуть бути:

12.1.3.1. Ensuria Україна:

**Телефон Україна 24/7 / Ukrainian line 24/7: +38 044 39 000 10**

**Міжнародна лінія 24/7 / International line 24/7: +1 929 480 9559**

**e-mail: [care@ensuria.com](mailto:care@ensuria.com)**



12.1.3.2. ТОВ «Савітар Україна»

**Телефон Україна 24/7 Ukrainian line 24/7 (багатоканальна лінія для дзвінків по Україні та з-за кордону. Дзвінки та повідомлення тарифікуються згідно з тарифами вашого мобільного оператора.) +38 044 358 28 28**

**Телефон Україна 24/7 Ukrainian line 24/7 (дзвінки по території України безкоштовні)  
0 800 354 354**

**e-mail:Travel@savitarua.com**

### **13. ІНШІ УМОВИ**

13.1. Ці Загальні умови починають свою дію з 01.07.2024.

13.2. Строк дії цих Загальних умов не обмежений.

13.3. Зміни до Загальних умов вносяться шляхом викладення їх у новій редакції, яка розробляється, затверджується та зберігається таким же чином, як і нові загальні умови страхового продукту.

13.3.1. Із введенням в дію нової редакції загальних умов страхового продукту, попередня редакція таких загальних умов припиняє дію. Нові договори страхування за страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції загальних умов.

13.3.2. Договір страхування, укладений за попередньою редакцією загальних умов страхового продукту, продовжує діяти на загальних умовах, відповідно до яких він був укладений до закінчення строку його дії.

## ТАБЛИЦЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ПРИ ПОСТІЙНІЙ ВТРАТІ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ В РЕЗУЛЬТАТІ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

### ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

**Параграф 1.** У разі отримання Застрахованою особою декількох пошкоджень або каліцтв, перерахованих в різних розділах таблиці, загальний розмір страхової виплати розраховується шляхом підсумовування розмірів виплати по різних розділах.

**Параграф 2.** У разі отримання Застрахованою особою декількох пошкоджень або каліцтв, перерахованих у різних статтях одного розділу, розмір страхової виплати за однією статтею розраховується незалежно від розміру страхової виплати за іншими статтями.

**Параграф 3.** У разі отримання Застрахованою особою ушкоджень або каліцтв (у т.ч. однієї кінцівки) за декількома пунктами, перерахованим в одній статті, страхова виплати проводиться тільки по пункту, що враховує найбільш тяжке ушкодження (більший відсоток виплати). У разі проведення Застрахованій особі декількох операцій, обумовлених отриманою травмою або каліцтвом, зазначених в одній статті, виплата здійснюється за операцію, яка передбачає найбільший відсоток виплати.

<b>ТАБЛИЦЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ПРИ ПОСТІЙНІЙ ВТРАТІ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ</b>		
--	--	--

Стаття	Характер ушкодження	Розмір страхової виплати, % від страхової суми
	<b>Кістки черепа, нервова система</b>	
1.	Пошкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що спричинило: а) астеничний синдром, дистонію, енцефалопатію у дітей віком до 16 років б) арахноїдит, енцефаліт, арахноенцефаліт в) епілепсію г) верхній або нижній монопарез (парез однієї верхньої або нижньої кінцівки) д) гемі- або парапарез (парез обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парез правих чи лівих кінцівок), амнезію (втрату пам'яті) е) моноплегію (параліч однієї кінцівки) ж) тетрапарез (парез верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, слабоумство (деменцію) з) гемі-, пара- або тетраплегія, афазію (втрату мови), декортикації, порушення функції тазових органів	5  10 15 30 40 60 70 100
	Примітки: 1. Страхова сума у зв'язку з наслідками травми нервової системи, зазначеними в ст.1, виплачується по одному з підпунктів, що враховує найбільш важкі наслідки травми, в тому разі, якщо вони встановлені лікувально-профілактичним закладом не раніше 3 місяців з дня травми і підтверджені довідкою цієї установи. 2. При зниженні гостроти зору або зниженні слуху в результаті черепно-мозкової травми страхова сума виплачується з урахуванням цієї травми і вказаних ускладнень за відповідними статтями шляхом підсумовування.	
	<b>Органи зору</b>	
2.	Пошкодження ока (очей), що спричинило за собою повну втрату зору єдиного ока або обох очей, що володіли зором не нижче 0,01	100

3.	<p>Зниження гостроти зору (див. табл. розмірів страхових виплат при зниженні гостроти зору)</p> <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Рішення про виплату страхової суми у зв'язку із зниженням в результаті травми гостроти зору та іншими наслідками приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців з дня травми. Після закінчення цього терміну застрахований направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (з урахуванням корекції) та інших наслідків перенесеного ушкодження.</li> <li>Якщо відомості про гостроту зору пошкодженого ока до травми відсутні, то умовно слід вважати, що вона була такою ж, як неушкодженого. Однак, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижче, ніж пошкодженого, умовно слід вважати, що гострота зору пошкодженого ока дорівнювала 1,0.</li> <li>Якщо внаслідок травми були пошкоджені обидва ока і відомості про їх зір до травми відсутні, слід умовно вважати, що гострота зору їх становила 1,0.</li> <li>У тому випадку, якщо у зв'язку з посттравматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталік або застосована коригуюча лінза, страхова сума виплачується з урахуванням гостроти зору після операції, але не раніше, ніж через 2 місяці.</li> </ol>	
<b>Органи слуху</b>		
4.	<p>Пошкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>шепітна мова на відстані від 1 до 3 м</li> <li>шепітна мова - до 1 м</li> <li>повна глухота (розмовна мова - 0)</li> </ol> <p>Примітки:</p> <p>Рішення про виплату страхової суми у зв'язку із зниженням в результаті травми слуху приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців з дня травми. Після закінчення цього терміну застрахований направляється до ЛОР-фахівця для визначення наслідків перенесеного ушкодження.</p>	<p>5</p> <p>15</p> <p>25</p>
<b>Дихальна система</b>		
5.	<p>Пошкодження грудної клітини та її органів, що спричинило:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>легеневу недостатність (після закінчення 3 місяців з дня травми)</li> <li>видалення частки, частини легені</li> <li>видалення однієї легені</li> </ol> <p>Примітки.</p> <p>При виплаті страхової суми за ст.5 (b, c) ст.5а не застосовується.</p>	<p>10</p> <p>40</p> <p>60</p>
6.	<p>Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитоподібного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, які спричинили:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>осиплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 3 місяців після травми</li> <li>втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 6 місяців після травми</li> </ol> <p>Примітки.</p> <p>У тому випадку, якщо страхувальник у своїй заяві вказав, що травма спричинила порушення функції гортані або трахеї, необхідно отримати висновок спеціаліста після закінчення 3 місяців після травми. Раніше цього терміну страхова сума не виплачується.</p>	<p>10</p> <p>20</p>
<b>Серцево-судинна система</b>		
7.	<p>Пошкодження серця, його оболонок та магістральних судин, спричинили серцево-судинну недостатність:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I ступеня</li> </ol>	<p>10</p>

	<p>b) II - III ступеня</p> <p>Примітки. Якщо в довідці ф. № 195 не зазначена ступінь серцево-судинної недостатності, страхова сума виплачується по ст.7а.</p>	25
8.	<p>Ушкодження великих периферичних судин, що спричинили судинну недостатність</p> <p>Примітки: 1. До великих магістральних судин слід відносити: аорту, легеневу, безіменну, сонні артерії, внутрішні яремні вени, верхню і нижню порожнисті вени, ворітну вену, а також магістральні судини, що забезпечують кровообіг внутрішніх органів. До великих периферичних судин слід відносити: підключичні, пахвові, плечові, ліктьові і променеві артерії, клубові, стегнові, підколінні, передні і задні великогомілкової артерії; плечоголовні, підключичні, пахвові, стегнові і підколінні вени. 2. Якщо страхувальник у своїй заяві вказав, що травма спричинила за собою порушення функції серцево-судинної системи, необхідно отримати висновок спеціаліста. 3. Страхова сума за ст.7, 8 виплачується, якщо зазначені в цих статтях ускладнення травми будуть встановлені в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 3 місяців після травми і підтверджені довідкою цієї установи.</p>	20
<b>Органи травлення</b>		
9.	<p>Пошкодження щелепи, що призвело до відсутності:</p> <p>a) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка)</p> <p>b) щелепи</p>	<p>40</p> <p>80</p>
10.	<p>Пошкодження язика, що спричинило:</p> <p>a) відсутність кінчика язика</p> <p>b) відсутність дистальної третини язика</p> <p>c) відсутність язика на рівні середньої третини</p> <p>d) відсутність язика на рівні кореня або повна відсутність язика</p>	<p>10</p> <p>15</p> <p>30</p> <p>60</p>
11.	<p>Пошкодження (поранення, розрив, опік) стравоходу, що спричинило:</p> <p>a) звуження стравоходу</p> <p>b) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу</p> <p>Примітки. Відсоток страхової суми, що підлягає виплаті за ст.11, визначається не раніше ніж через 6 місяців з дня травми.</p>	<p>40</p> <p>100</p>
12.	<p>Пошкодження (розрив, опік, поранення) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що спричинило:</p> <p>a) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит</p> <p>b) рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечника, анального отвору</p> <p>c) спайкову хворобу, стан після операції з приводу спайкової непрохідності</p> <p>d) кишкова нориця, кишково-піхвова нориця, нориця підшлункової залози</p> <p>e) неприродний задній прохід (колостома)</p> <p>Примітки: 1. При ускладненнях травми, передбачених у підпунктах "a", "b", "c", страхова сума виплачується за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченні 3 місяців після травми, а передбачені в підпунк-</p>	<p>5</p> <p>15</p> <p>25</p> <p>50</p> <p>80</p>

	<p>тах "d" і "e" - після закінчення 6 місяців після травми. Зазначені ускладнення травми визнаються тільки в тому випадку, якщо вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу.</p> <p>2. Якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перелічені в одному підпункті, страхова сума виплачується одноразово. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних підпунктах, страхова сума виплачується з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.</p>	
13.	<p>Пошкодження печінки в результаті травми або випадкового гострого отруєння, що спричинило:</p> <p>a) підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатит, сироватковий гепатит, який розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою, гепатоз</p> <p>b) печінкову недостатність</p>	<p>5</p> <p>10</p>
14.	<p>Пошкодження печінки, жовчного міхура, які потягли за собою:</p> <p>a) ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура</p> <p>b) ушивання розривів печінки і видалення жовчного міхура</p> <p>c) видалення частини печінки</p> <p>d) видалення частини печінки і жовчного міхура</p>	<p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>35</p>
15.	<p>Пошкодження селезінки, що спричинило:</p> <p>a) підкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання</p> <p>b) видалення селезінки</p>	<p>5</p> <p>30</p>
16.	<p>Пошкодження шлунка, підшлункової залози, кишечника, брижі, що спричинило:</p> <p>a) утворення несправжньої кісти підшлункової залози</p> <p>b) резекцію шлунка, кишечника, підшлункової залози</p> <p>c) видалення шлунка</p> <p>Примітки: При наслідках травми, перерахованих в одному підпункті, страхова сума виплачується одноразово. Однак, якщо травма різних органів спричинить ускладнення, зазначені в різних підпунктах, страхова сума виплачується з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.</p>	<p>20</p> <p>30</p> <p>60</p>
<b>Сечовидільна та статева системи</b>		
17.	<p>Пошкодження нирки, що спричинило:</p> <p>a) забій нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребував оперативного втручання</p> <p>b) видалення частини нирки</p> <p>c) видалення нирки</p>	<p>2</p> <p>30</p> <p>60</p>
18.	<p>Пошкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводів, сечового міхура, сечівника), що спричинило:</p> <p>a) цистит, уретрит</p> <p>b) гостру ниркову недостатність, пієліт, пієлоцистит</p> <p>c) зменшення об'єму сечового міхура</p> <p>d) гломерулонефрит, пієлонефрит, звуження сечоводу, сечівника</p> <p>e) синдром тривалого роздавлювання (травматичний токсикоз, краш-синдром, синдром розтрощення), хронічну ниркову недостатність</p> <p>f) непрохідність сечоводу, сечівника, сечостатевої нориці</p> <p>Примітки: 1. Якщо внаслідок травми настане порушення функції декількох органів сечовидільної системи, відсоток страхової суми, що підлягає виплаті, визначається по одному з підпунктів ст.18, враховує найбільш тяжкий наслідок пошкодження. 2. Страхова сума у зв'язку з наслідками травми, перерахованими в підпунктах "a", "c", "d", "e" і "f" ст.18, виплачується в тому випадку,</p>	<p>2</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>40</p>

	якщо ці ускладнення мають місце по закінченні 3 місяців після травми.	
19.	Пошкодження статевої системи, що спричинило: а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члена в) втрату матки у жінок у віці до 40 років г) втрату матки у жінок у віці від 40 до 50 років д) втрату матки у жінок у віці від 50 років і старше е) втрату статевого члена і обох яєчок	15 30 50 30 15 50
<b>М'які тканини</b>		
20.	Пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бічної поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин, що спричинили після загоєння: а) утворення рубців площею від 0,5 до 1,0 см <sup>2</sup> б) утворення рубців площею 1,0 см <sup>2</sup> і більше або довжиною 5 см і більше в) значне порушення косметики г) різке порушення косметики д) спотворення  Примітки: 1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від навколишньої шкіри, втягнуті або виступаючі над її поверхнею, що стягують тканини. Спотворення - це різка зміна природного вигляду обличчя людини в результаті механічного, хімічного, термічного та інших насильницьких впливів. 2. Якщо внаслідок пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бічної поверхні шиї, підщелепної області утворився рубець або пігментна пляма і в зв'язку з цим була виплачена відповідна частина страхової суми, а потім застрахований отримав повторну травму, яка спричинила за собою утворення нових рубців (пігментних плям), знову виплачується страхова сума з урахуванням наслідків повторної травми. 3. Рішення про виплату страхової суми за ст. 20 приймається з урахуванням даних огляду, проведеного після загоєння ранових поверхонь, але не раніше 1 місяця після травми.	3 5 10 30 70
<b>Верхня кінцівка: плечовий суглоб</b>		
21.	Пошкодження плечового пояса, які потягли за собою: а) звичний вивих плеча б) відсутність рухів у суглобі (анкілоз) в) плечовий суглоб, що "бовтається", в результаті резекції суглобових поверхонь кісток, що його утворюють  Примітки: 1. Страхова сума за ст.21 виплачується в тому випадку, якщо перераховані в цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом після закінчення 6 місяців після травми і підтверджені довідкою цієї установи. 2. Страхова сума при звичному вивиху плеча виплачується в тому випадку, якщо він настав протягом 3 років після первинного вивиху, що стався в період дії договору страхування. Діагноз звичного вивиху плеча повинен бути підтверджений лікувальним закладом, в якому проводилося його вправлення. При рецидивах звичного вивиху плеча страхова сума не виплачується.	15 20 40
<b>Верхня кінцівка: плече</b>		

22.	Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації: а) з лопаткою, ключицею або їх частиною б) плеча на будь-якому рівні в) єдиної кінцівки на рівні плеча	80 70 100
<b>Верхня кінцівка: ліктьовий суглоб</b>		
23.	Пошкодження області ліктьового суглоба, що спричинило: а) відсутність рухів у суглобі (анкілоз) б) ліктьовий суглоб, що “бовтається” (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його утворюють)  Примітки. Страхова сума за ст.23 виплачується в тому випадку, якщо порушення рухів у цьому суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом після закінчення 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цього закладу.	20 30
<b>Верхня кінцівка: предпліччя</b>		
24.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що спричинило: а) до ампутації передпліччя на будь-якому рівні б) до екзартикуляції в ліктьовому суглобі в) до ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя	50 55 100
<b>Верхня кінцівка: променево-зап'ястковий суглоб</b>		
25.	Пошкодження області променево-зап'ясткового суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілоз) в цьому суглобі  Примітки. Страхова сума за ст.25 виплачується в тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом після закінчення 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цього закладу.	15
<b>Верхня кінцівка: кисть</b>		
26.	Пошкодження кисті, що спричинило: а) втрату всіх пальців, ампутацію на рівні п'ясткових кісток зап'ястя або променево-зап'ясткового суглоба б) ампутацію єдиної кисті	55 100
<b>Верхня кінцівка: пальці кисті</b>		
<b>Перший палець</b>		
27.	Пошкодження пальця, які спричинили: а) відсутність рухів в одному суглобі б) відсутність рухів у двох суглобах  Примітки. Страхова сума у зв'язку з порушенням функції першого пальця виплачується в тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлено лікувально-профілактичним закладом після закінчення 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цього закладу.	10 15
28.	Пошкодження пальця, що спричинило: а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї ж фаланги б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги в) ампутацію на рівні міжфалангового суглоба (втрату нігтьової фаланги) г) ампутацію на рівні основної фаланги, п'ястно-фалангового суглоба (втрату пальця)	5 10 15 20

	е) ампутацію пальця з п'ясткової кісткою або її частиною	25
	<b>Другий, третій, четвертий, п'ятий пальці</b>	
29.	Пошкодження пальця, що спричинило: а) відсутність рухів в одному суглобі б) відсутність рухів у двох або трьох суглобах пальця  Примітки. Страхова сума у зв'язку з порушенням функції пальця виплачується в тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлено лікувально-профілактичним закладом після закінчення 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цього закладу.	5 10
30.	Пошкодження пальця, що спричинило: а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї ж фаланги б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги, втрату фаланги в) ампутацію на рівні середньої фаланги, втрату двох фаланг г) ампутацію на рівні основної фаланги, втрату пальця д) втрату пальця з п'ястковою кісткою або її частиною  Примітки. При пошкодженні декількох пальців кисті в період дії одного договору страхування страхова сума виплачується з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Однак розмір її не повинен перевищувати 65% для однієї кисті і 100% для обох кистей.	3 5 10 15 20
	<b>Таз</b>	
31.	Пошкодження тазу, які спричинили відсутність рухів у тазостегнових суглобах: а) в одному суглобі б) у двох суглобах  Примітки. Страхова сума у зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) виплачується в тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом через 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цього закладу.	20 40
	<b>Нижня кінцівка: тазостегновий суглоб</b>	
32.	Пошкодження тазостегнового суглоба, які спричинили: а) відсутність рухів (анкілоз) б) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) шийки стегна в) ендопротезування г) суглоб, що "бовтається", в результаті резекції голівки стегна  Примітки. Страхова сума за ст.32 а, б, д виплачується в тому випадку, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9 місяців після травми і підтверджено довідкою цього закладу.	20 30 40 45
	<b>Нижня кінцівка: стегно</b>	
33.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна: а) однієї кінцівки б) єдиної кінцівки	70 100
	<b>Нижня кінцівка: колінний суглоб</b>	
34.	Пошкодження області колінного суглоба, які спричинили: а) відсутність рухів у суглобі	20



	b) колінний суглоб, що "бовтається", в результаті резекції суглобових поверхонь кісток, що його утворюють	30
	c) ендопротезування	40
	Примітки. Страхова сума за ст.34 а, б виплачується в тому випадку, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9 місяців після травми і підтверджено довідкою цього закладу.	
	<b>Нижня кінцівка: гомілка</b>	
35.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що спричинило:	
	a) ампутацію гомілки на будь-якому рівні	50
	b) екзартикуляцію в колінному суглобі	55
	c) ампутацію єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки	100
	<b>Нижня кінцівка: гомілковостопний суглоб</b>	
36.	Пошкодження області гомілковостопного суглоба, що спричинило:	
	a) відсутність рухів у гомілковостопному суглобі	20
	b) гомілковостопний суглоб, що "бовтається" (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його утворюють)	35
	c) екзартикуляцію в гомілковостопному суглобі	40
	Примітки. 1. Якщо внаслідок травми гомілковостопного суглоба настали ускладнення, перелічені в ст.36, страхова сума виплачується по одному з підпунктів, що враховує найбільш тяжкий наслідок. 2. Страхова сума за ст.36 а, б виплачується в тому випадку, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9 місяців після травми і підтверджено довідкою цього закладу.	
	<b>Нижня кінцівка: стопа</b>	
37.	Пошкодження стопи, які спричинили:	
	a) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) однієї-двох кісток (за винятком п'яtkової і таранної кісток)	5
	b) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яtkової кістки	15
	c) артродез підтаранного суглоба, поперечного суглоба передплесни (Шопара) або передплюсне-плюсневого (Лісфранка) ампутацію на рівні:	20
	d) плюсне-фалангових суглобів (відсутність всіх пальців стопи)	30
	e) плесневих кісток або передплесни	35
	f) таранної, п'яtkової кісток (втрата стопи)	40
	Примітки. Страхова сума у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими ст.37 (а, б, с), виплачується в тому випадку, якщо вони будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом після закінчення 6 місяців після травми і підтверджені довідкою цього закладу, а за підпунктами "d", "e", "f"- незалежно від терміну, що пройшов з дня травми.	
	<b>Нижня кінцівка: пальці стопи</b>	
38.	Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що спричинило ампутацію:	
	першого пальця:	
	a) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба	5
	b) на рівні основної фаланги або плюсне-фалангового суглоба	10

	другого, третього, четвертого, п'ятого пальців:	
	с) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	5
	d) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів	10
	e) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	15
	f) трьох-чотирьох пальців, не рівні основних фаланг або плюсне-нігтьових суглобів	20
	Примітки. Якщо у зв'язку з травмою була проведена ампутація пальця з плесновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.	

Суми страхових виплат, які будуть визначені у відношенні конкретних випадків постійної непрацездатності внаслідок одного і того ж нещасного випадку, підсумовуються, але загальна сума страхової виплати не може перевищувати загальної страхової суми.

#### Таблиця розмірів страхових виплат при зниженні гостроти зору

Гострота зору		Розмір виплати, % від страхової суми
до травми	після травми	
<b>1,0</b>	0,9	3
	0,8	5
	0,7	5
	0,6	10
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	нижче 0,1	40
<b>0,9</b>	0,8	3
	0,7	5
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	нижче 0,1	40
	0,0	50
<b>0,8</b>	0,7	3
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10

	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	нижче 0,1	40
	0,0	50
<b>0,7</b>	0,6	3
	0,5	5
	0,4	10
	0,3	10
	0,2	15
	0,1	20
	нижче 0,1	30
	0,0	40
<b>0,6</b>	0,5	5
	0,4	5
	0,3	10
	0,2	10
	0,1	15
	нижче 0,1	20
	0,0	25
<b>0,5</b>	0,4	5
	0,3	5
	0,2	10
	0,1	10
	нижче 0,1	15
	0,0	20
<b>0,4</b>	0,3	5
	0,2	5
	0,1	10
	нижче 0,1	15
	0,0	20
<b>0,3</b>	0,2	5
	0,1	5
	нижче 0,1	10
	0,0	20
<b>0,2</b>	0,1	5
	нижче 0,1	10
	0,0	20
<b>0,1</b>	нижче 0,1	10
		20

	0,0	
<b>нижче 0,1</b>	0,0	20

Примітки.

3. До повної сліпоти (0,0) порівнюється гострота зору нижче за 0,01 і до світловідчуття (рахування пальців біля обличчя).
4. При видаленні в результаті травми очного яблука, що володіло до пошкодження зором, а також при його зморщуванні додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.

Прошито, пронумеровано та скріплено печаткою  
44 (сорок чотири) аркуші

В.о. Голови Правління



ІРВАНДІЯ КОЛІСЕНЬКА

