

ДОГОВІР КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЩО ВИЇЗДЖАЮТЬ ЗА КОРДОН ТА ПОДОРОЖУЮТЬ ПО УКРАЇНІ «ОПТИМАЛ» (оферта)

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

та

Особа, що подала Заяву про приєднання (акцепт) до цього Договору (оферта) і прийняла його умови (публічну пропозицію Страховика необмеженому колу осіб, шляхом підписання Договору, іменована надалі Страхувальник, з другої сторони, що тут і надалі спільно іменуються «Сторони» та кожна окремо «Сторона», попередньо ознайомлені з вимогами чинного законодавства України щодо недійсності правочинів, а також у відповідності до ст. 634 Цивільного кодексу України, розуміючи значення своїх дій та діючи добровільно уклали Договір комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон та подорожують по Україні «ОПТИМАЛ», надалі – Договір, про наступне:

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ:

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

1.2. **гострий біль** – реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, яка у разі ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до больового шоку, що становитиме загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи;

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

1.4. **раптове захворювання (раптовий розлад здоров'я)** – несподіване погіршення стану здоров'я людини, що виникло зненацька та потребує невідкладного медичного втручання з подальшим обов'язковим лікуванням в умовах цілодобового стаціонару; інфекційні захворювання, які потребують обов'язкової госпіталізації з ізоляцією хворого в умовах цілодобового стаціонару; травматичні ушкодження, які потребують подальшого медичного обстеження та лікування в умовах цілодобового стаціонару. Не вважаються раптовим розладом здоров'я випадки хронічних та довготривалих захворювань, які мали місце до укладання Договору;

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

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

1.7. **аптека** – фармацевтична установа, яка забезпечує Застраховану особу або медичний заклад медикаментами та матеріалами, необхідними для надання медичної допомоги, передбаченої Договором;

1.8. **заклад охорони здоров'я** – медичний заклад, а також підприємства, установи та організації, що мають відповідну ліцензію та надають Застрахованій особі медичну допомогу, передбачену Договором;

1.9. **екстрена медична допомога** – комплекс спеціалізованих медичних заходів, які виконуються дипломованими фахівцями у галузі охорони здоров'я у разі раптового захворювання або настання нещасного випадку, яке виникло в період дії Договору з Застрахованою особою в ситуаціях, коли існує реальна загроза життю та здоров'ю Застрахованої особи за медичними показниками;

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

1.11. **Застрахована особа** – фізична особа віком від 1 до 75 років за усіма програмами страхування або без вікових обмежень за програмою «Age limited», на користь та за згодою якої укладається Договір, яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором;

1.12. **третя особа** – будь-яка особа, крім Страховика, Страхувальника, Застрахованих осіб, Вигодонабувача;

1.13. **ліміт (субліміт) відповідальності** – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який за згодою Сторін може встановлюватись під час укладання Договору за програмою страхування;

1.14. **страхова сума** – агрегатний ліміт відповідальності Страховика за всіма страховими ризиками, зазначеними в Договорі. Договір вважається виконаним у повному обсязі і припиняє свою дію з моменту здійснення страхової виплати в розмірі, еквівалентному розміру страхової суми. Договір діє до кінця обумовленого терміну в межах суми, що є різницею між страховою сумою і розміром виплачених за даним Договором страхових виплат;

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

1.16. **страховий ризик** – певна подія, на випадок якої здійснюється страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. Страховим ризиком є смерть, раптове захворювання чи нещасний випадок, що сталися під час подорожі Страхувальника/Застрахованої особи;

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

1.18. **програма страхування** – встановлений Страховиком перелік страхових випадків та умов страхування;

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

1.20. **територія (країна) перебування/територія страхування** – географічний район/країна/група країн, який(а) вказаний(а) у Договорі та на який(у) розповсюджується дія Договору. Якщо Страхувальник/Застрахована особа вибуває з території страхування, дія Договору припиняється. Якщо це зазначено у Договорі страхування, територія перебування поширюється на Україну;

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

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

1.23. **багаж** – особисті речі Застрахованої особи, що перевозяться нею під час закордонної поїздки, як здані на зберігання транспортній організації, так і ручна поклажа, а також речі, що знаходяться на тілі та в одязі Застрахованої особи. Багажем вважаються також речі, придбані Застрахованою особою під час перебування за кордоном;

1.24. **франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

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

2.1. життям, здоров'ям, працездатністю:

2.1.1. витрати на медичні, медико-транспортні, транспортні послуги, що можуть бути понесені Страхувальником/Застрахованою особою внаслідок настання страхового випадку під час перебування на території, зазначеній у Договорі;

2.1.2. витрати Страхувальника/Застрахованої особи, що можуть бути понесені внаслідок нещасного випадку під час перебування на території, зазначеній у Договорі;

2.2. володінням, користуванням та розпорядженням:

2.2.1. багажем Застрахованої особи під час подорожі;

2.2.2. фінансовими збитками Страхувальника внаслідок скасування заздалегідь оплаченої ним подорожі, або у зв'язку зі зміною термінів подорожі з причин, які не залежать від волевиявлення Страхувальника/Застрахованої особи.

2.3. з зобов'язанням відшкодувати шкоду життю та здоров'ю або майну третьої особи, нанесену з необережності під час перебування на території, вказаній в Договорі, за винятком поїздки з метою зміни постійного місця проживання.

3. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. Страховими випадками визнаються такі події:

3.1.1. раптова хвороба Страхувальника/Застрахованої особи;

3.1.2. смерть Страхувальника/Застрахованої особи, яка настала внаслідок раптової хвороби або нещасного випадку;

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

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

3.1.5. тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

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

3.1.7. повна загибель або часткове пошкодження багажу, крадіжка багажу, пропажа багажу, що виникли з будь-якої причини з урахуванням умов п. 7.1. Договору;

3.1.8. затримка доставки багажу з вини перевізника;

3.1.9. вимушена відмова Застрахованої особи від поїздки внаслідок:

3.1.9.1. смерті або раптової хвороби Застрахованої особи або його близького родича, що виникли до початку поїздки і перешкоджають здійсненню передбачуваної поїздки, або вимагають дострокового повернення із поїздки;

3.1.9.2. пошкодження або знищення майна, що належить Застрахованій особі, внаслідок пожежі, стихійного лиха, затоплення, аварії інженерних мереж, дорожньо-транспортної пригоди, дій третіх осіб, результатом яких стало нанесення значного збитку (знищення понад 70% майна), що суттєво впливає на фінансове становище Застрахованої особи, або відповідно до законодавства України, ці обставини вимагають особистої присутності Застрахованої особи в місці його/її постійного проживання;

3.1.9.3. набуття юридичної сили судовою заборонаю, за рішенням яке було прийнято після укладання Договору;

3.1.9.4. призов Застрахованої особи до лав збройних сил України після укладання Договору;

3.1.9.5. неотримання дозвільних документів для перетину кордону іноземної держави Застрахованою особою за умови своєчасної подачі документів на оформлення дозвільного документа та якщо раніше не було відмов в отриманні дозволу (візи) в країну (країни) передбачуваної поїздки, в тому числі в усі країни Шенгенської зони;

3.1.9.6. раптове захворювання, нещасний випадок, смерть подорожуючих разом із Страхувальником/Застрахованою особою близьких родичів, наслідком чого є затримка з поверненням Страхувальника/Застрахованої особи із поїздки

після закінчення її періоду;

3.1.9.7. затримка подорожі понад 6 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;

3.1.9.8. затримка або скасування авіарейсу до місця запланованої подорожі з вини авіаперевізника.

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

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

4. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

4.1. Страхові виплати здійснюються згідно з умовами страхування на підставі повного пакету документів, необхідних для здійснення виплати.

4.2. У разі настання страхового випадку Страховик відшкодовує витрати:

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

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

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

4.3. Відповідно до подій, зазначених в п.п.3.1.1.- 3.1.2., Страховими випадками є раптова хвороба або нещасний випадок.

4.4. Згідно з умовами програми «LITE» в межах страхової суми Страховиком відшкодовуються витрати на:

4.4.1. швидку невідкладну медичну допомогу каретою швидкої медичної допомоги в місці виникнення надзвичайних обставин, що мали безпосередній вплив на стан здоров'я Застрахованої особи;

4.4.2. екстрену амбулаторно-поліклінічну допомогу;

4.4.3. стаціонарну допомогу (в палаті стандартного типу);

4.4.4. транспортування, що здійснюється спеціалізованим медичним транспортним засобом, до найближчої медичної установи за умови відсутності на місці тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги. Транспортування здійснюється винятково у випадках підтвердження її необхідності висновком лікаря;

4.4.5. транспортування Застрахованої особи з-за кордону до медичної установи за місцем постійного проживання у випадку, коли витрати на перебування в стаціонарі за межами України можуть перевищити страхову суму, встановлену у Договорі. Транспортування здійснюється лише за умови відсутності медичних протипоказань;

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

4.4.7. репатріацію тіла Застрахованої особи до країни постійного проживання. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги;

4.4.8. консультаційні послуги лікаря щодо захворювання, що сталося внаслідок настання страхового випадку. При гострих респіраторних та вірусних захворюваннях у межах ліміту 50 (п'ятдесят) євро/дол.США для кожного страхового випадку;

4.4.9. медикаментозне зняття гострого зубного болю у межах ліміту 50 (п'ятдесят) євро/дол.США протягом дії Договору.

4.5. Згідно з умовами програми «OPTIMAL» додатково до програми «LITE» в межах страхової суми Страховиком відшкодовуються:

4.5.1. витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу;

4.5.2. витрати на телефонні переговори із Страховиком або Контакт-центром.

4.5.3. Якщо Застрахована особа перебуває на стаціонарному лікуванні, Страховик відшкодовує витрати на:

4.5.3.1. проїзд в один бік економічним класом дітей (до 16 років включно), що перебувають разом із Застрахованою особою, у країну постійного проживання. При необхідності Страховик оплачує супровід дітей близьким родичем Застрахованої особи;

4.5.3.2. проживання дітей (до 16 років включно) Застрахованої особи в готелі понад строк оренди, якщо від'їзд дітей до місця постійного проживання, тобто без супроводу Застрахованої особи, заборонено законами країни перебування строком до 5 (п'яти) діб.

4.5.4. Витрати, що відшкодовуються в межах встановленого ліміту, на:

4.5.4.1. екстрену стоматологічну допомогу (знеболювальне лікування та необхідне пломбування тільки природних (натуральних) зубів, пов'язане з ним) у межах ліміту у розмірі 150 (сто п'ятдесят) євро/дол.США протягом дії Договору.

4.6. Згідно з умовами програми «SPORT» додатково до програми «OPTIMAL» в межах встановленого ліміту Страховиком відшкодовуються витрати на:

4.6.1. рятувальні заходи, пов'язані з пошуком та евакуацією Застрахованої особи, а також її транспортування з місця нещасного випадку до лікувального закладу будь-яким найоптимальнішим видом транспорту

у межах ліміту 10% (десять відсотків) від страхової суми. Право вибору виду транспорту залишає за собою Страховик/Контакт-центр, керуючись медичними приписами в кожному конкретному випадку;

4.6.2. застосування при транспортуванні та лікуванні спеціальних засобів фіксації кінцівок та биндажу у межах

ліміту 5% від страхової суми;

4.6.3. відновлення пошкодженого спортивного інвентарю у межах ліміту 1% від страхової суми, але не більше його дійсної вартості.

4.7. Згідно з умовами програми «DIVER» додатково до програми «OPTIMAL» Страховиком відшкодовуються витрати на:

4.7.1. транспортування Застрахованої особи до місця розташування найближчої барокамери, якщо страховий випадок відбувся під час занять дайвінгом та використання барокамери для лікування кесонної хвороби до повного одужання Застрахованої особи;

4.7.2. відновлення пошкодженого дайверського спорядження у межах ліміту 1% від страхової суми, але не більше його дійсної вартості.

4.8. Згідно з умовами програми «AGE LIMITED» вік Застрахованої особи має становити до 1 року або понад 75 років. У межах встановленого ліміту Страховиком відшкодовуються витрати за програмою «LITE» на таких умов:

4.8.1. ліміт відповідальності за одним страховим випадком становить третину від страхової суми за Договором;

4.8.2. ліміт відповідальності на відшкодування витрат на лікарські засоби та товари медичного призначення становить двадцять відсотків від ліміту відповідальності Страховика за одним страховим випадком;

4.8.3. ліміт відповідальності на екстрену евакуацію за медичними показниками або репатріацію становить вісімдесят відсотків від ліміту відповідальності Страховика за одним страховим випадком;

4.8.4. безумовна франшиза за програмою «AGE LIMITED» становить 150 (сто п'ятдесят) євро/дол.США за кожним страховим випадком.

4.9. Згідно з умовами програми «VISA» в межах встановленого ліміту Страховиком відшкодовуються витрати за програмою «LITE» на підставі таких умов:

4.9.1. ліміт відповідальності за одним страховим випадком становить третину від страхової суми;

4.9.2. ліміт відповідальності на відшкодування витрат на лікарські засоби та товари медичного призначення становить двадцять відсотків від ліміту відповідальності Страховика за одним страховим випадком;

4.9.3. ліміт відповідальності на екстрену евакуацію за медичними показниками або репатріацію становить вісімдесят відсотків від ліміту відповідальності Страховика за одним страховим випадком;

4.9.4. безумовна франшиза за програмою «VISA» становить 150 (сто п'ятдесят) євро/дол.США від витрат на стаціонарне лікування та амбулаторно-поліклінічну допомогу та 150 (сто п'ятдесят) євро/дол.США за ризиком екстреної евакуації за медичними показниками або репатріації за кожним страховим випадком.

4.10. Згідно з умовами програми «DRIVER» ліміт відповідальності за одним страховим випадком становить третину від страхової суми. Страховиком відшкодовуються витрати на:

4.10.1. екстрену стаціонарну допомогу в межах страхової суми;

4.10.2. невідкладну амбулаторно-поліклінічну допомогу в межах до двадцяти відсотків від страхової суми;

4.10.3. швидку невідкладну медичну допомогу каретою швидкої медичної допомоги в місці виникнення надзвичайних обставин, що мали безпосередній вплив на стан здоров'я Застрахованої особи в межах десяти відсотків від страхової суми за одним страховим випадком;

4.10.4. транспортування Застрахованої особи з-за кордону до медичної установи за місцем постійного проживання, коли витрати на перебування в стаціонарі за межами України можуть перевищити встановлену у Договорі страхову суму. Транспортування здійснюється лише за умови відсутності медичних протипоказань в межах десяти відсотків від страхової суми за одним страховим випадком;

4.10.5. репатріацію тіла Застрахованої особи до країни постійного проживання. Субліміт до десяти відсотків від страхової суми за одним страховим випадком. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги.

5. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

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

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

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

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

5.1.2.2. 75% від страхової суми за програмою страхування у разі встановлення інвалідності 2 групи;

5.1.2.3. 50% від страхової суми за програмою страхування у разі встановлення інвалідності 3 групи.

5.1.3. За випадком, зазначеним в п. 3.1.3., розмір страхової виплати визначається в розмірі 100% від страхової суми.

6. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ

6.1. Страхова сума зі страхування цивільної відповідальності перед третіми особами під час подорожі вказана в Договорі страхування. При цьому в межах страхової суми встановлені такі ліміти відповідальності Страховика:

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

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

6.1.3. на депортацію з метою виконання рішення про адміністративне видворення за межі України для іноземців, що подорожують, навчаються або працюють в Україні – в межах 10% від страхової суми зі страхування цивільної

відповідальності.

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

6.2.1. на послуги перекладача – у межах 10% від страхової суми;

6.2.2. на послуги адвоката – у межах 10% від страхової суми.

7. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ БАГАЖУ

7.1. Страхове відшкодування виплачується:

7.1.1. у разі повної загибелі, повної або часткової пропажі багажу – у розмірі його дійсної вартості, за винятком залишкової вартості пошкодженого багажу, але не більше страхової суми. Повна загибель багажу відбувається, якщо витрати на ремонт з урахуванням зносу разом із залишковою вартістю перевищують дійсну вартість багажу;

7.1.2. у разі часткового пошкодження багажу – у розмірі витрат на ремонт. Застрахований багаж вважається пошкодженим, якщо витрати на ремонт разом із залишковою вартістю не перевищують дійсну вартість неушкодженого багажу;

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

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

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

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

7.1.7. У разі затримки багажу з вини перевізника, за умови, що такий багаж здавався перевізникові як багаж з метою здійснення перевезення, більше ніж на 3 години Страховик в межах 100 євро/дол.США відшкодовує доцільно проведені витрати на придбання предметів першої необхідності (зубна щітка, зубна паста, серветки, рушники, мило, спеціальні засоби гігієни для немовлят та жінок, одноразові засоби гоління).

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

7.2. Строк прийняття рішення щодо виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування складає 30 (тридцять) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з необхідних документів, зазначених в Розділі 15 Договору.

7.3. Дія страхового покриття розповсюджується на весь багаж Застрахованої особи, окрім перерахованих предметів чи груп 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 види документів; слайди, фотознімки, фільмокопії, рукописи, плани, схеми, малюнки, моделі, ділові папери; будь-які види протезів, контактні лінзи; тварини; рослини; засоби авто-, мото-, велотранспорту, повітряні та водні засоби транспорту, а також запасні частини до них; предмети релігійного культу.

7.3.1. На хутрянні вироби, прикраси, переносні (портативні) аудіо-, фото-, кіно-, відео-, обчислювальні та програмні системи, друкуючі пристрої тощо та будь-яке приладдя до них, дія страхового покриття розповсюджується тільки у тих випадках, якщо:

- до них ставляться з належною обережністю та використовують їх тільки за прямим призначенням;
- 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.

7.3.2. Дія страхового покриття розповсюджується також на спортивний інвентар (в тому числі лижне спорядження, дайверське обладнання), за умов використання його Застрахованою особою за прямим призначенням під час занять спортом.

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

- крадіжка відбулася в денний час з 6:00 до 22:00;
- викрадені речі знаходились в зачиненому відсіку залишеного на автостоянці з контрольно-пропускним пунктом (багаторусні, підземні автостоянки тощо) автомобіля (причепу). У даному випадку страхування не розповсюджується на 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 як на 3 години.

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

8. УМОВИ СТРАХУВАННЯ ВИТРАТ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ВИМУШЕНОЮ ВІДМОВОЮ ВІД ПОЇЗДКИ ЗА КОРДОН

8.1. За випадком, зазначеним в п.п. 3.1.9.1. – 3.1.9.5., Страховиком, у межах страхової суми за програмою

страхування відшкодовуються витрати на:

8.1.1. вартість невикористаних проїзних документів у випадку відміни авіарейсу за умови, що Страхувальник/Застрахована особа не скористалася альтернативним варіантом перельоту до пункту призначення, запропонованим авіаперевізником;

8.1.2. вартість заброньованого в готелі номеру.

8.2. За випадком, зазначеним в п.3.1.9.6., Страховиком у межах страхової суми за програмою страхування відшкодовуються витрати, погоджені Страховиком, на проживання Страхувальника/Застрахованої особи в країні тимчасового перебування в межах 80 (вісімдесяти) євро/дол.США за добу, до 5 (п'яти) діб включно, та витрати на повернення Страхувальника/Застрахованої особи в Україну економічним класом.

8.3. За випадком, зазначеним в п.3.1.9.7., Страховиком у межах страхової суми за програмою страхування відшкодовуються витрати на харчування в межах 50 (п'ятидесяти) євро/дол.США та витрати на отримання тимчасових документів замість загублених або втрачених в межах 200 (двохсот) євро/дол.США.

8.4. За п. 8.1.9.8. компенсація виплачується в межах 200 (двохсот) євро/дол.США за кожну повну добу затримки авіарейсу з вини авіаперевізника, за умови, що Страхувальник/Застрахована особа не скористалася альтернативним варіантом перельоту до пункту призначення, запропонованим авіаперевізником, але не більше, ніж 3 (три) доби поспіль та не більше, ніж 50% від вартості сплаченого туру. При цьому у разі відшкодування Застрахованій особі витрат, згідно п.п. 8.1.1. та 8.1.2., компенсація за п.8.4. не виплачується.

8.5. Розмір страхової суми за цим ризиком не може перевищувати 40 000 гривень на одну особу.

8.6. Безумовна франшиза становить 9,5% від страхової суми.

9. УМОВИ СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЩО ПОДОРОЖУЮТЬ ПО УКРАЇНІ

9.1. За ризиками, зазначеними в п.п. 3.1.1.-3.1.2., Страховими випадками є раптова хвороба або нещасний випадок.

9.2. Згідно з умовами програми «МЕДСТАНДАРТ» Страховиком відшкодовуються витрати на:

9.2.1. швидку невідкладну медичну допомогу каретою швидкої медичної допомоги в місці виникнення надзвичайних обставин, що мали безпосередній вплив на стан здоров'я Застрахованої особи;

9.2.2. екстрену амбулаторно-поліклінічну допомогу;

9.2.3. стаціонарну допомогу (в палаті стандартного типу);

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

9.2.5. невідкладну стоматологічну допомогу (знеболювальне лікування) у межах ліміту 5% від страхової суми;

9.2.6. лікарські засоби, придбані за рецептом лікаря, у межах 5% від страхової суми;

9.2.7. госпіталізацію Застрахованої особи в лікувальний заклад (тільки при наявності медичних показань або рекомендацій);

9.2.8. репатріацію тіла Застрахованої особи до місця постійного проживання.

9.3. Згідно з умовами програми «ІНТУРИСТ» додатково до витрат за програмою «МЕДСТАНДАРТ» Страховиком відшкодовуються витрати на:

9.3.1. транспортування Застрахованої особи до місця постійного проживання;

9.3.2. репатріацію тіла Застрахованої особи до місця її постійного проживання.

9.4. Згідно з умовами програми «УКРСПОРТ» додатково до програми «МЕДСТАНДАРТ» Страховиком відшкодовуються витрати на:

9.4.1. ремонт пошкодженого спортивного устаткування у межах ліміту до 10% (але не більше їх дійсної вартості) від страхової суми;

9.4.2. надання медичної допомоги Застрахованим особам, що займаються дайвінгом, в тому числі в барокамері;

9.4.3. евакуацію Застрахованих осіб, що займаються гірськолижним спортом та альпінізмом у межах ліміту 20% від страхової суми.

10. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

10.1. Події, передбачені у п.п.3.1.1-3.1.8., не визнаються страховими випадками, якщо вони відбулися внаслідок:

10.1.1. навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи, 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. стану алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння Страхувальника/Застрахованої особи;

10.1.4. самогубства (спроби самогубства) 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. професійних занять Застрахованою особою спортом, якщо до укладання Договору Страхувальник не повідомив Страховика про заняття у письмовій формі;

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

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

- не передбачав можливості настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), хоча повинен був передбачити і мав таку можливість.

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

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

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

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

10.2.3. зносу, іржі, плісняви, знебарвлення та інших природних властивостей застрахованого майна;

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

10.2.5. подряпин, лушення фарби, інших порушень зовнішнього вигляду майна, що не спричинили порушення його функцій.

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

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

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

10.3.3. лікування доброякісних та злоякісних новоутворень;

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

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

10.3.6. профілактичні заходи та загальні медичні огляди;

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

10.3.8. операції на серці та судинах, у тому числі на ангиографію, ангиопластику і шунтування;

10.3.9. лікування сонячних опіків 1 (першого), 2 (другого) ступеню й інших гострих змін шкірного покриву, викликаних впливом ультрафіолетового випромінювання;

10.3.10. лікування будь-яких алергічних реакцій та захворювань (в тому числі викликаних контактом з представниками флори та фауни);

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

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

10.3.13. лікування будь-яких форм туберкульозу;

10.3.14. лікування хвороб ендокринної системи;

10.3.15. лікування вірусу імунодефіциту;

10.3.16. лікування гострої та хронічної форми променевої хвороби;

10.3.17. лікування вірусних гепатитів;

10.3.18. лікування будь-яких захворювань та розладів органів слуху (в тому числі отитів);

10.3.19. придбання засобів медичного призначення для заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенти, набори для емболізації, деартеріалізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези, ортези, фіксатори та обладнання для остеосинтезу);

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

10.3.21. побічні дії лікарських засобів, харчових добавок;

10.3.22. діагностику та лікування будь-яких венеричних захворювань та інфекцій, що передаються статевим шляхом, з переважним ураженням інших органів, відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (за винятком кандидозних вульво-вагинітів та баланопостатів, якщо вони не входять до складу змішаної інфекції), а також витрати, що виникли у зв'язку з будь-якими наслідками або проявами (у тому числі і смертю) від ВІЛ-інфекції;

10.3.23. пластичну хірургію та протезування;

10.3.24. надання стоматологічної допомоги, за винятком знеболюючого лікування та необхідного тимчасового пломбування, пов'язаного з ним, тільки природних (натуральних) зубів;

10.3.25. консультації, обстеження і лікування під час перебігу вагітності або її ускладнень, крім випадків, коли медична допомога Застрахованій особі необхідна за життєвими показаннями. При цьому відповідний стан

Застрахованої особи повинен бути підтверджений медичним висновком. У будь-якому разі витрати на допомогу при пологах і післяпологовому догляді за дитиною не покриваються;

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

10.3.27. надання послуг медичною установою, або особою, що не має відповідної ліцензії;

10.3.28. лікування методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та інше, на проведення курсу лікування на бальнеологічних або лікувальних курортах, у санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку або інших подібних установах;

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

10.3.30. витрати, які мали місце після повернення Страхувальника/Застрахованої особи у країну постійного проживання, якщо інше не зазначено в Договорі;

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

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

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

10.3.34. непрямі збитки, а також збитки, заподіяні майну Страхувальника/Застрахованої особи, крім багажу Застрахованої особи, коли він застрахований згідно з умовами Розділу 7 Договору;

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

10.3.36. витрати, що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показаннями), що вона сама чи в супроводі іншої особи, може повернутися до постійного місця проживання;

10.3.37. витрати на медичні, адміністративні послуги, якщо подорож здійснювалась з метою їх отримання;

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

10.3.39. ритуальні послуги.

10.4. За подіями, що вказані в п. 3.1.6., Страховик не відшкодує втрати на:

10.4.1. збитки, не підтверджені документально;

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 (у тому числі 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 вимог Розділу 15 умов Договору, або надала недостовірні дані стосовно страхового випадку.

11. СТРАХОВА СУМА ТА СТРАХОВА ПРЕМІЯ

11.1. Страхова сума визначається у Договорі за згодою Сторін. Щоразу страхова сума зменшується на розмір страхових виплат, сплачених Страховиком за медичні та інші послуги, надані застрахованій особі.

У разі, якщо грошова сума зі сплати медичних та інших послуг, наданих Застрахованій особі, досягає рівня страхової суми, зазначеної в Договорі, Договір припиняє свою дію повністю або за окремою подією, на випадок настання якої укладено Договір.

11.2. Страхова сума встановлюється окремо по кожному предмету договору страхування на весь період дії Договору і фіксується у його відповідній графі.

11.3. Якщо страхова сума, не зафіксована у відповідній графі Договору, то вважається що вона дорівнює нулю і страховий захист не розповсюджується на цей предмет договору страхування.

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

11.5. Страхові премії вносяться Страхувальником одноразовим платежем за весь термін страхування до дати початку дії Договору.

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

12. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

12.1. Договір укладається на строк перебування Страхувальника/Застрахованої особи за межами України, але не більше, ніж один рік, якщо інше не передбачено Договором. Умови страхування для осіб, що подорожують на території України, викладені в Розділі 9.

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

12.3. Якщо Договір строком на один рік передбачає багаторазовий перетин кордону, то Договір діє тільки перші 90 (дев'яносто) днів кожної поїздки, якщо інше не передбачено Договором.

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

12.5. Договір не діє в країні постійного проживання Страхувальника/ Застрахованої особи і/або громадянином якої він/вона є. Місце постійного проживання визначається згідно з громадянством.

12.6. Договір набуває чинності у 00.00 годин дати, зазначеної в Договорі, за умови виконання вимог п.11.5., але не раніше дати виїзду Страхувальника/Застрахованої особи з України і надходження страхової премії за весь період страхування на рахунок Страховика.

12.7. Договір вважається недійсним, якщо він укладений пізніше, ніж дата від'їзду Страхувальника/Застрахованої особи з України та перетину ним державного кордону України або невиконання вимог п.11.5.

12.8. Договір щодо випадків, вказаних в п.п.3.1.9.1.-3.1.9.5., набуває чинності на 10 (десятий) день з моменту його підписання сторонами (за винятком смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку) та повної оплати страхової премії Застрахованою особою (п. 11.5).

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

12.8.1. Територія 1 – Європа, Азія (крім Японії), Африка.

12.8.2. Територія 2 – країни всього світу.

12.8.3. Територія 3 – Україна.

12.9. Страхова премія, відповідно до Територій 1,2,3, визначається відповідно до чинних тарифів.

13. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

13.2. У заяві на страхування необхідно вказати:

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

13.2.2. найменування, юридичну адресу, телефон, банківські реквізити, якщо Страхувальник – юридична особа – до заяви додається список Застрахованих осіб та їх заяви;

13.2.3. дати початку і закінчення перебування за кордоном, територія дії Договору;

13.2.4. мету поїздки;

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

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

13.2.7. розмір страхової суми.

13.3. Під час укладання Договору або внесення змін Страховик має право вимагати у Страхувальника документ, що засвідчує особу Страхувальника чи представника, що діє від його імені.

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

13.5. Договір укладається без медичного огляду Страхувальника/Застрахованої особи. На вимогу Страховика Страхувальник/ Застрахована особа повинен/-на заповнити опитувальний лист.

13.6. За припинення Договору з метою внесення змін щодо строків страхування, країни перебування та інше утримується 10% від сплаченої страхової премії, окрім випадків, коли зміни в Договорі страхування повинні бути внесені через помилку Страховика.

13.7. Під час укладання Договору Страхувальник/Застрахована особа звільняє лікарів організації закладів охорони здоров'я від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком у частині, що стосується страхового випадку.

13.8. Під час укладання Договору Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний/-на задекларувати вартість спортивного або дайверського інвентарю.

14. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

14.1. Страхувальник має право:

14.1.1. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку;

14.1.2. достроково припинити дію Договору;

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

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

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

14.2. Страхувальник зобов'язаний:

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

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

14.2.3. протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин повідомити Страховика про настання страхового випадку;

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

14.2.5. вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

14.2.6. при настанні страхового випадку надати Страховику письмову заяву на отримання страхової виплати, додавши до неї Договір, а також документи та відомості, передбачені в п.п. 15.5.1.-15.11.10., необхідні для встановлення причин, характеру страхового випадку та його зв'язку з наслідками;

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

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

14.2.9. виконувати всі розпорядження фахівців Контакт-центру;

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

14.3. Страховик має право:

14.3.1. перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також виконання Страхувальником умов Договору та умов страхування;

14.3.2. достроково припинити дію Договору, керуючись Розділом 18;

14.3.3. пред'явити зворотні вимоги до Страхувальника на суму виплаченої страхової виплати, якщо після виплати виникли обставини, зазначені у п. 14.2.10.;

14.3.4. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках невиконання Страхувальником/Застрахованою особою умов п.14.2. та Розділу 15;

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

14.3.6. самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку.

14.4. Страховик зобов'язаний:

14.4.1. ознайомити Страхувальника з Договором, правилами та умовами страхування;

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

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

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

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

14.4.6. направити офіційний запит туроператору для визначення або підтвердження розміру реально понесених витрат Застрахованою особою та їх відповідність дійсним договорам 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.

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

15.1. У разі настання страхового випадку Застрахована особа повинен(на) не пізніше 24 годин з моменту настання події, зв'язатися з Контакт-центром, що представляє інтереси Страховика та повідомити оператору Контакт-центру таку інформацію:

15.1.1. номер Договору;

15.1.2. прізвище, ім'я, по батькові Застрахованої особи;

15.1.3. строк дії Договору;

15.1.4. місцезнаходження, номер контактного телефону;

15.1.5. причину звернення.

15.2. Якщо сума за надані медичні послуги не перевищує еквіваленту 100 (ста) євро/дол.США за програмою «LITE» або 300 (триста) євро/дол.США за програмами «OPTIMAL», «DIVER», «SPORT», Застрахована особа може самостійно звернутися до найближчої медичної установи та сплатити вартість медичних послуг, передбачених умовами страхування. В будь-якому разі Застрахована особа зобов'язана узгодити витрати із Контакт-центром.

15.3. У разі госпіталізації Застрахованої особи страхова виплата здійснюється лише, якщо Застрахована особа або довірена особа Застрахованої особи повідомила Контакт-центр про факт перебування в стаціонарі до або під час лікувального процесу не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту госпіталізації.

15.4. У разі втрати або пошкодження багажу Страхувальник звертається на місце події до представника авіаперевізника, який фіксує факт втрати багажу та надає Страхувальнику довідку про цей факт. Відмова представника авіаперевізника у оформленні належних документів також повинна надаватися в письмовому вигляді.

15.5. Якщо Застрахована особа самостійно понесла витрати у межах суми, зазначеної в п.15.2., вона повинна в п'ятнадцятиденний строк при поверненні до місця постійного проживання (або в десятиденний строк після настання страхового випадку по ризику вимушеної відмови від поїздки за кордон п. 3.1.8.1.- 3.1.8.5.) надати Страховику в будь-якому разі такі документи:

15.5.1. копію паспорта громадянина України;

15.5.2. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного коду платника податку;

15.5.3. копію закордонного паспорту з відміткою прикордонних служб про перетин кордону;

15.5.4. заяву на відшкодування понесених витрат з зазначенням дати та номеру звернення до Контакт-центру, якщо таке мало місце.

15.6. Додатково до документів, зазначених в п.п. 15.5.1.-15.5.4., у разі настання страхового випадку по ризиках, вказаних в п.п. 3.1.1.- 3.1.2., Страховику надаються наступні документи:

15.6.1. оригінал Договору;

15.6.2. оригінал довідки-рахунка з медичної установи (на фірмовому бланку або з відповідним мокрим відбитком печатки) із зазначенням прізвища пацієнта, діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, з переліком наданих послуг та розбивкою їх по датах і вартості з підсумковою сумою до оплати;

15.6.3. оригінали рецептів з мокрим відбитком печатки аптеки, виписаних лікарем у зв'язку з даним захворюванням, і зазначенням вартості кожного придбаного медикаменту;

15.6.4. оригінал документа, виданого лікарем на проходження лабораторних досліджень, і рахунок лабораторії з розбивкою по датах, найменуванням і вартості наданих послуг;

15.6.5. документи, що підтверджують факт оплати лікування, лікарських засобів та інших послуг, оплата яких передбачена Договором та умовами страхування (фіскальний чек, квитанція з мокрим відбитком печатки про оплату або банківську виписку (квитанція) про перерахування вартості медичних послуг);

15.6.6. оригінал медичного висновку, виданий фахівцями медичного закладу, про необхідність оперативних втручань за життєвими показниками;

15.6.7. документи, що підтверджують оплату вартості телефонних переговорів Застрахованої особи з Контакт центром або Страховиком із зазначенням номерів телефонів, дати дзвінків, тривалості, вартості;

15.6.8. оригінали виписаних перевізником рахунків із зазначенням маршруту перевезення і його вартості, виписаних на бланках або з відповідним мокрим відбитком печатки чи фіскальний чек у разі, коли Застрахована особа за життєвими показниками не мала можливості звернутися до Контакт-центру за організацією екстреної евакуації до найближчого медичного закладу чи найближчого лікаря в країні перебування, і змушена була самостійно сплатити вартість транспортних послуг карети швидкої допомоги або таксі;

15.6.9. документи, що підтверджують витрати на посмертну репатріацію Застрахованої особи.

15.7. Додатково до документів, зазначених в п.п. 15.5.1.-15.5.4., у разі настання страхового випадку по ризиках, вказаних в п.п. 3.1.3.-3.1.5., Страховику надаються наступні документи:

15.7.1. довідка з медичного закладу (травмпункту) про первинне звернення за медичною допомогою;

15.7.2. історія хвороби (якщо лікування надавалося в умовах стаціонару);

15.7.3. амбулаторна картка (якщо допомога надавалася амбулаторно);

15.7.4. виписка із МСЕК про призначення групи інвалідності (для неповнолітніх Застрахованих осіб – оригінал або копію ЛКК про встановлення інвалідності);

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

15.7.6. Додатково у разі смерті Застрахованої особи Вигодонабувач (спадкоємець) надає:

15.7.7. нотаріально завірену копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

15.7.8. копію свідоцтва про право на спадок, до якого включена страхова виплата за умови, якщо Страхувальник за згодою із Застрахованою особою не призначив Вигодонабувача.

15.8. Додатково до документів, зазначених в п.п.15.5.1.-15.5.4., у разі настання страхового випадку по ризиках, вказаних в п.3.1.6., Страховику надаються наступні документи:

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

15.8.2. 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.

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

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

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

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

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

15.9.5. Додатково у разі виконання рішення про адміністративне видворення Застрахованої особи за межі України:

15.9.6. оригінал або нотаріально завірена копія рішення суду про видворення за межі України;

15.9.7. оригінали та засвідчені копії проїзних документів (квитків) або оригінали та засвідчені копії сплачених рахунків за проїзні документи.

15.10. Додатково до документів, зазначених в п.п.15.5.1.-15.5.4., у разі настання страхового випадку по ризиках, вказаних в п.п.3.1.7., Страховику надаються наступні документи:

15.10.1. заява на отримання страхового відшкодування з детальним описом обставин страхового випадку;

15.10.2. документи, що підтверджують факт настання страхового випадку (акти експертизи, аварійні сертифікати, заява Страхувальника в органи внутрішніх справ чи аналогічні органи з відміткою про прийняття заяви і довідка про порушення кримінальної справи (у випадку крадіжки, протиправних дій третіх осіб), довідка ДАІ/поліції з відміткою, що внаслідок ДТП мало місце пошкодження багажу);

15.10.3. рахунки на ремонт чи відновлення;

15.10.4. чеки, квитанції, іншу технічну документацію щодо вартості пошкоджених або втрачених речей, в тому числі висновки ТПП щодо вартості аналогу чи документи від фірми – постачальника. У разі відсутності останніх, Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.

15.11. Додатково у разі настання страхового випадку по ризиках, вказаних в п.п. 3.1.8.1.- 3.1.8.5., Страховику надаються наступні документи:

15.11.1. оригінал договору з надання туристичних послуг, а також документи, що підтверджують оплату поїздки (квитанцію прибуткового касового ордера і/або касовий чек тощо);

15.11.2. документи, що підтверджують повернення туристичним агентством Застрахованій особі частини суми грошових коштів за договором з надання туристичних послуг (калькуляція повернення і видатковий касовий ордер);

15.11.3. документи, що підтверджують збитки Застрахованої особи, понесені внаслідок застосованих штрафних санкцій, встановлених за скасування поїздки в договорі з надання туристичних послуг;

15.11.4. документи транспортної компанії, консульства, готелю й інших організацій, послугами яких Застрахована особа скористалася або могла скористатися для організації поїздки за кордон, що підтверджують наявність реальних збитків туроператора, які він не може відшкодувати Застрахованій особі згідно з умовами дійсних договорів з транспортною компанією, консульством, готелями та іншими підрядниками та субпідрядниками, що надають туристичні та супутні послуги, згідно з договором надання туристичних послуг;

15.11.5. документи та відомості, необхідні для встановлення характеру страхового випадку, а саме:

15.11.6. у разі неможливості здійснити поїздку внаслідок хвороби, травми або смерті Застрахованої особи або його близьких родичів – довідка медичного закладу (стаціонару), нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть, документи, що підтверджують родинний зв'язок Застрахованої особи та близького родича;

15.11.7. у разі неможливості здійснити поїздку внаслідок пошкодження або знищення майна, що належить Застрахованій особі – протоколи відповідних адміністративних служб, що підтверджують факт нанесення відповідної шкоди;

15.11.8. у разі неможливості здійснити поїздку внаслідок розгляду судової заборони – завірена суддею повістка та/або постанова суду;

15.11.9. у разі неможливості здійснити поїздку внаслідок виклику в військкомат – повістка, засвідчена в військкоматі;

15.11.10. у разі відмови в отриманні дозволу на перетин кордону іноземної держави – офіційна письмова відмова консульської служби із зазначенням дати та причини відмови у видачі дозволу та оригінал закордонного паспорта зі штампом про відмову у видачі дозволу;

15.12. Застрахована особа зобов'язана протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання страхового випадку документально скасувати всі попередні домовленості з туроператором (турагентом) стосовно умов договору на туристичне обслуговування.

15.13. Заява і документи, зазначені в п.п. 15.5.1.-15.11.10., повинні бути надані Страховику не пізніше, ніж протягом 15 (п'ятнадцяти) днів з дати повернення Страхувальника/Застрахованої особи до місця постійного проживання з поїздки, під час якої стався страховий випадок (з додаванням перекладів оригіналів документів, складених мовами відмінними від української, англійської, російської мов).

16. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

16.1. Рішення про страхову виплату приймається Страховиком на підставі документів, визначених п.п. 15.5.1.-15.11.10., протягом 15 (п'ятнадцяти) банківських днів з моменту подання Страхувальником/Застрахованою особою вказаного повного пакету документів.

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

16.2.1. якщо він має сумніви в обґрунтованості вимог Страхувальника на отримання страхової виплати – до отримання необхідних доказів, але не більше, ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з усіх необхідних документів, зазначених в п.п. 15.5.1.-15.11.10.;

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

16.2.3. якщо за фактом настання страхового випадку порушена кримінальна справа проти осіб, винних в настанні страхового випадку – до закінчення розслідування або винесення судом відповідного рішення (припинення або призупинення цієї справи), але не більше, ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з всіх необхідних документів, зазначених в п.п. 15.5.1.- 15.11.10.;

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

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

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

16.5. Страхова виплата Застрахованій особі/Вигодонабувачу (спадкоємцям) здійснюється в національній грошовій одиниці України за встановленим курсом Національного банку України на дату отримання заяви від Страхувальника/Застрахованої особи.

16.6. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту прийняття рішення про здійснення страхової виплати п. 16.1.

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

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

17. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

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

17.1.1. не повідомила або несвоєчасно повідомила про настання страхового випадку без поважних на це причин або створила Страховикові перешкоду у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

17.1.2. несвоєчасно звернулася до Страховика для отримання страхової виплати після повернення з подорожі (п.15.13.);

17.1.3. надав свідомо неправдиві відомості про предмет Договору або факт настання страхового випадку;

17.1.4. отримав повне відшкодування витрат від особи, винної у їх заподіянні;

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

17.1.6. не надав Страховику всіх документів, передбачених п.п. 15.5.1. -15.11.10.;

17.1.7. не виконав обов'язків, передбачених п. 14.2.;

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

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

17.2.1. мали місце події, передбачені Розділом 10;

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

17.2.3. Страхувальник/Застрахована особа не виконував (ла) розпорядження або рекомендації Страховика/Контакт-центру щодо дій у разі страхового випадку.

18. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

18.1. Дія Договору припиняється у разі:

18.1.1. закінчення строку його дії;

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

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

18.1.4. несплати Страхувальником страхової премії у встановлені Договором строки;

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

18.1.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

18.1.7. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

18.1.8. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

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

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

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

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

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

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

19. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

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

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

19.3. Під форс-мажорними обставинами слід розуміти будь-які обставини зовнішнього характеру по відношенню до сторін, що виникли без вини сторін, поза їх волею або всупереч волі чи бажанню сторін,

і які не можна було передбачити, уникнути, включаючи, але не обмежуючись: стихійні явища природного характеру (землетруси, повені, урагани, руйнування внаслідок блискавки тощо), лиха техногенного походження (вибухи, пожежі, вихід з ладу машин, обладнання тощо), обставини суспільного життя (воєнні дії, громадські хвилювання, епідемії, страйки, бойкоти тощо), а також видання актів органів державної влади

чи місцевого самоврядування, інші законні або незаконні заборонні заходи названих органів, які унеможливають виконання сторонами зобов'язань за Договором або перешкоджають такому виконанню тощо.

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

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

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

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

20. СТРОКИ ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

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

21. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів

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

www.consumer.gov.ua

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

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

22. ПІДПИСИ СТРАХОВИКА СТРАХОВИК



Гордієнко І.М.