

ДОГОВІР КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЩО ПОДорожують по Україні «МЕДСТАНДАРТ*»

ці умови діють з «31 » серпня 2020 р.

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

та

Особа, що подала Заяву про приєднання (акцепт) до цього Договору, та 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 подорожують по Україні «МЕДСТАНДАРТ*», 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. **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;

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

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

1.5. **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;

1.6. **екстрена медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я (згідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» зі змінами дадоповненнями);

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

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

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

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

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

1.12. **страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. Договір вважається виконаним у повному обсязі і припиняє свою дію з моменту здійснення страхових/-ої виплат/-и в розмірі, еквівалентному розміру страхової суми. Договір діє до кінця обумовленого терміну в межах суми, що є різницею між страховою сумою і розміром страхових виплат, виплачених за даним Договором;

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

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

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

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

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

1.18. **територія дії Договору/територія страхування** — Україна. Якщо Страхувальник/Застрахована особа вибуває з території страхування, дія страхового захисту припиняється;

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

1.20. **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;

1.21. **багаж** - особисті речі Застрахованої особи, що перевозяться нею під час поїздки, як здані на зберігання транспортній організації, так і ручна поклажа;

1.22. **безумовна франшиза (далі – франшиза)** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. Франшиза в будь-якому випадку вираховується від суми страхового відшкодування, яке повинен сплатити Страховик при настанні страхового випадку.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

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

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

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

2.3. володінням, користуванням та розпорядженням багажем Страхувальника/Застрахованої особи під час подорожі (далі –багаж);

2.4. зобов'язанням відшкодувати шкоду життю та здоров'ю або майну третьої особи, нанесену Страхувальником/Застрахованою особою з необережності під час перебування на території, вказаній в Договорі (далі –відповідальність).

3. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. Страховими випадками визнаються такі події:

- 3.1.1. понесення витрат внаслідок раптового захворювання Страхувальника/Застрахованої особи або нещасного випадку, що стався зі Страхувальником/Застрахованою особою;
- 3.1.2. понесення витрат, пов'язаних із смертю Страхувальника/Застрахованої особи внаслідок хвороби або нещасного випадку;
- 3.1.3. смерть Страхувальника/Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- 3.1.4. постійна повна або часткова втрата працездатності (інвалідність) Страхувальника/Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- 3.1.5. тимчасова втрата працездатності Страхувальника/Застрахованої особи (для непрацюючого Страхувальника/Застрахованої особи, у тому числі пенсіонера по віку - тимчасове порушення здоров'я) внаслідок нещасного випадку;

Події, передбачені п.п.3.1.1.-п.п.3.1.5., визнаються страховими випадками, якщо вони є наслідком раптового розладу здоров'я або нещасного випадку і призвели до хвороби або смерті 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 внаслідок нещасного випадку в період дії Договору визнаються страховими випадками, якщо вони відбулися не пізніше, ніж протягом одного року з дня настання нещасного випадку.

- 3.1.6. відповідальність Страхувальника/Застрахованої особи за заподіяну шкоду майну, життю та здоров'ю третіх осіб;
- 3.1.7. крадіжка, пропажа, повна загибель або часткове пошкодження багажу з будь-якої причини з урахуванням умов п.7.1. Договору;
- 3.1.8. затримка доставки багажу з вини перевізника.

4. УМОВИ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

- 4.1. У разі настання страхового випадку, зазначеного п.п.3.1.1., п.п.3.1.2., Страховик відшкодовує витрати:
 - 4.1.1. спеціалізованим службам, що надають послуги, згідно з умовами Договору страхування Страхувальнику/Застрахованій особі;
 - 4.1.2. Страхувальнику/Застрахованій особі у разі надання останнім документів, що підтверджують понесення ним витрат;
 - 4.1.3. спадкоємцям Страхувальника/Застрахованої особи або Вигодонабувачу у разі надання ними документів, що підтверджують понесення витрат, пов'язаних зі смертю Застрахованої особи.
- 4.2. Згідно з умовами програми «**МЕДСТАНДАРТ***» Страховиком відшкодовуються витрати на:
 - 4.2.1. швидку невідкладну медичну допомогу каретою швидкої медичної допомоги в разі виникнення невідкладного стану в місці виникнення надзвичайних обставин, що мали безпосередній вплив на стан здоров'я Застрахованої особи;
 - 4.2.2. екстрену та невідкладну медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах;
 - 4.2.3. екстрену медичну допомогу в умовах стаціонару (в палаті стандартного типу на базі державних або відомчих медичних установ);
 - 4.2.4. невідкладну медичну допомогу вагітним жінкам до 5-го місяця вагітності включно у разі виникнення раптових ускладнень, які становлять загрозу для життя Страхувальника/Застрахованої особи;
 - 4.2.5. екстрену стоматологічну допомогу (знеболювальне лікування) у межах ліміту 5% (п'яти відсотків) від страхової суми протягом дії Договору;
 - 4.2.6. лікарські засоби, придбані за рецептом лікаря, у межах 5% від страхової суми;
 - 4.2.7. транспортування, що здійснюється спеціалізованим медичним транспортним засобом, до найближчої медичної установи (державні або відомчі) за умови відсутності на місці тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги. Транспортування здійснюється тільки при наявності медичних показань або рекомендацій;

4.2.8. організацію та оплату 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 зустріти та забрати тіло після перетину державного кордону. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги.

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

5. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

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

5.1.1. За випадком, зазначеним в п.п.3.1.5., розмір страхової виплати визначається у відсотках від страхової суми, встановленої для Застрахованої особи за програмою страхування згідно з Таблицею №1 «Розміри страхових виплат при тілесних ушкодженнях» (Додаток №4 до «Правил добровільного страхування від нещасних випадків АТ «СК «ІНГО»»), залежно від тяжкості травми.

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

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.п.3.1.3., розмір страхової виплати визначається в розмірі 100% від страхової суми.

6. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ

6.1. В межах страхової суми встановлено такі ліміти відповідальності Страховика:

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

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

6.1.3. на депортацію з метою виконання рішення про адміністративне видворення за межі України для іноземців, що подорожують, навчаються або працюють в Україні – в межах 10% (десяти відсотків) 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% (десяти відсотків) від страхової суми;

6.2.2. на послуги адвоката – у межах 10% (десяти відсотків) 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. Багаж вважається повністю знищеним (повна загибель багажу), 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 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.

7.1.7. 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).

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 13 Договору.

7.3. Страховий захист розповсюджується на весь багаж Страхувальника/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 хутряні 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. Страховий захист розповсюджується також на спортивний інвентар (в тому числі лижне спорядження, дайверське обладнання), за умов використання його Страхувальником/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 страховий захист 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. 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. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

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

8.1.1. 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;

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

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

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

8.1.5. 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;

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

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

8.1.8. 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, яка є професійним пілотом;

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2.3. зносу, іржі, плісняви, знебарвлювання та інших природних властивостей застрахованого майна;

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

8.2.5. подряпин, лущення фарби, інших порушень зовнішнього вигляду майна, що не спричинили порушення його функцій.

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

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

8.3.2. відновлення погіршеного стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, 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;

8.3.3. лікування доброякісних та злоякісних новоутворень;

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

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

8.3.6. профілактичні заходи та загальні медичні огляди;

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

8.3.8. консультації, обстеження і операції на серці та судинах, у тому числі на ангиографію, ангиопластику і шунтування;

8.3.9. консультації, обстеження і лікування сонячних опіків 1 (першого), 2 (другого) ступеню та інших гострих змін шкірного покриву, викликаних 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;

8.3.10. консультації, обстеження і лікування будь-яких алергічних реакцій та захворювань (в тому числі викликаних контактом з представниками флори та фауни), грибкових та дерматологічних хвороб та укусів комах. Якщо при обстеженні Страхувальнику/Застрахованій особі буде встановлений відповідний діагноз, то він самостійно має оплатити це обстеження, подальші консультації, діагностику та лікування;

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

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

8.3.13. лікування будь-яких форм туберкульозу;

8.3.14. лікування хвороб ендокринної системи;

8.3.15. лікування вірусу імунодефіциту;

8.3.16. лікування гострої та хронічної форми променевої хвороби;

8.3.17. лікування вірусних гепатитів;

8.3.18. консультації, обстеження і лікування будь-яких захворювань та розладів органів слуху (в тому числі отитів), видалення сірних пробок;

8.3.19. 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);

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

8.3.21. побічні дії лікарських засобів, харчових добавок;

8.3.22. 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-вагінітів 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;

8.3.23. пластичну хірургію та протезування;

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

8.3.25. 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;

8.3.26. 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;

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

8.3.28. 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;

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

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

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

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

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

8.3.34. 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;

8.3.35. 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;

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

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

8.3.38. ритуальні послуги.

8.4. За подіями, що вказані в п.п.3.1.6., Страховик не відшкодовує витрати на:

8.4.1. збитки, не підтверджені документально;

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

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

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

8.4.5. моральну (немайнову) шкоду;

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

8.5. 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 13 умов Договору, або надала недостовірні дані стосовно страхового випадку.

9. СТРАХОВА СУМА ТА СТРАХОВА ПРЕМІЯ

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

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

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

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

9.3. Розмір страхової премії встановлюється в залежності від розміру страхової суми, строку страхування та інших умов Договору.

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

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

10. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. Договір укладається на строк перебування Страхувальника/Застрахованої особи в подорожі, але не більше, ніж один рік.

10.2. Страховий захист починається з 00.00 годин за Київським часом дати, зазначеної в Договорі як дата початку дії Договору, за умови виконання вимог п.9.4..

10.3. У межах Договору територією дії є Україна.

10.4. Страхова премія визначається згідно з чинними тарифами.

11. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

11.2. Для укладання Договору страхування необхідно вказати:

11.2.1. прізвище, ім'я, по батькові українською мовою, дату народження Страхувальника/Застрахованої особи, цивільний паспорт (серія, номер) та ідентифікаційний номер платника податку Страхувальника, адресу, контактний телефон Страхувальника;

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

11.2.3. дати початку і закінчення перебування у подорожі;

11.2.4. мету поїздки;

11.2.5. професію та сферу передбачуваної діяльності, якщо Страхувальник/Застрахована особа виїжджає за кордон у відрядження;

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

11.2.7. розмір страхової суми.

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

11.4. При укладанні Договору страхування багажу Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний/-на задекларувати вартість спортивного інвентарю.

11.5. Укладанням Договору страхування Страхувальник/Застрахована особа звільняє лікарів організацій закладів охорони здоров'я від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком у частині, що стосується страхового випадку.

12. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

12.1. Страхувальник має право:

12.1.1. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку;

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

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

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

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

12.2. Страхувальник зобов'язаний:

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

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

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

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

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

12.2.6. 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.13.4.1. - п.п.13.9.4., необхідні для встановлення причин, характеру страхового випадку та його зв'язку з наслідками;

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

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

12.2.9. виконувати всі розпорядження фахівців Контакт-центру;

12.2.10. 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.

12.3. Страховик має право:

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

12.3.2. достроково припинити дію Договору, керуючись Розділом 16;

12.3.3. висунути зворотні вимоги до Страхувальника на суму сплаченого страхового відшкодування, якщо після виплати виникли обставини, зазначені у п.п.12.2.10.;

12.3.4. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках невиконання Страхувальником/Застрахованою особою умов п.12.2. та Розділу 13;

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

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

12.4. Страховик зобов'язаний:

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

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

12.4.3. 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;

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

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

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

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

13.1.1. номер Договору;

13.1.2. прізвище, ім'я Застрахованої особи;

13.1.3. строк дії Договору;

13.1.4. місцезнаходження, номер контактного телефону;

13.1.5. причину звернення.

13.2. 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 лікування, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту госпіталізації.

13.3. У разі втрати або пошкодження багажу Страхувальник з місця події звертається 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.

13.4. Якщо Застрахована особа самостійно понесла витрати, вона повинна в п'ятнадцятиденний строк при поверненні до місця постійного проживання надати Страховику в будь-якому разі такі документи:

13.4.1. копію паспорта громадянина України;

13.4.2. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного коду платника податку;

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

13.5. Додатково до документів, зазначених в п.п.13.4.1.-п.п.13.4.3., у разі настання страхового випадку за ризиками, вказаними в п.п.3.1.1.-п.п.3.1.2., Страховику надаються наступні документи:

13.5.1. оригінал Договору;

13.5.2. оригінал довідки-рахунка з медичної установи із зазначенням прізвища пацієнта, діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, з переліком наданих послуг та розбивкою їх по датах і вартості з підсумковою сумою до сплати;

13.5.3. оригінали рецептів, виписаних лікарем у зв'язку з даним захворюванням, і зазначенням вартості кожного придбаного медикаменту;

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

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

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

13.5.7. 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 і змушена була самостійно сплатити вартість транспортних послуг карети швидкої допомоги або таксі;

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

13.6. Додатково до документів, зазначених в п.п.13.4.1.– п.п.13.4.3., у разі настання страхового випадку за ризиками, вказаними в п.п.3.1.3.– п.п.3.1.5., Страховику надаються наступні документи:

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

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

13.6.3. амбулаторна картка (якщо допомога надавалася амбулаторно);

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

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

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

- нотаріально завірену копію свідоцтва про смерть Страхувальника/Застрахованої особи;
- копію свідоцтва про право на спадок, до якого включена страхова виплата за умови, якщо Страхувальник за згодою із Застрахованою особою не призначив Вигодонабувача.

13.7. Додатково до документів, зазначених в п.п.13.4.1.– п.п.13.4.3., у разі настання страхового випадку за ризиками, вказаними в п.п.3.1.6., Страховику надаються наступні документи:

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

13.7.2. 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.

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

13.8.1. документи лікувально-профілактичних заходів, що підтверджують факт заподіяння шкоди життюту здоров'ю третіх осіб;

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

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

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

13.9. Додатково до документів, зазначених в п.п.13.4.1.- п.п.13.4.3., у разі настання страхового випадку за ризиками, вказаними в п.п.3.1.7., Страховику надаються наступні документи:

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

13.9.2. 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 поліції з відміткою, що внаслідок ДТП мало місце пошкодження багажу);

13.9.3. рахунки на ремонт чи відновлення;

13.9.4. 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.

14. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

14.1. Рішення про страхову виплату приймається Страховиком на підставі документів, визначених в п.п.13.4.1. - п.п.13.9.4., протягом 15 (п'ятнадцяти) банківських днів з моменту подання Страхувальником/Застрахованою особою вказаного повного пакету документів.

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

14.2.1. 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.13.4.1. - п.п.13.9.4.;

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

14.2.3. 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.13.4.1. - п.п.13.9.4.;

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

14.3. 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.

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

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

14.6. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту прийняття рішення про здійснення страхової виплати п.14.1.

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

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

15. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

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

15.1.1. не повідомив/-ла або несвоєчасно повідомив/-ла про факт настання страхового випадку (п.13.1.) або створив/-ла Страховику перешкоду у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

15.1.2. надав/-ла свідомо неправдиві відомості про предмет Договору або факт настання страхового випадку;

15.1.3. отримав/-ла повне відшкодування витрат від особи, винної у їх заподіянні;

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

15.1.5. не надав/-ла Страховику всі необхідні документи, передбачені в п.п.13.4.1. - п.п.13.9.4.;

15.1.6. не виконав/-ла обов'язків, передбачених в п. 12.2.;

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

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

15.2.1. мали місце події, передбачені Розділом 8;

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

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

16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

16.1. Дія Договору припиняється у разі:

16.1.1. закінчення строку його дії;

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

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

16.1.4. несплати Страхувальником страхової премії у встановлені Договором строки;

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

16.1.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

16.1.7. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

16.1.8. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

16.2. 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:

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

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

16.2.2. 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 в розмірі 25% та фактично сплачених виплат страхових сум.

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

17. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

17.1. Згідно з чинним законодавством України Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі подвійної облікової ставки НБУ, дійсної в період, за який сплачується пеня, за весь строк прострочення грошових зобов'язань.

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

17.3. 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.

17.4. 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.

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

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

17.7. 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.

18. СТРОКИ ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

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

19. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

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

19.2. 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 подорожують по Україні «МЕДСТАНДАРТ*».

19.3. 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».

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

19.5. 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.

19.6. 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 аналогу 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.

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

споживачів:

Національний Банк України

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

тел: 0 800 505 240. Форма електронного звернення: nbu@bank.gov.ua

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

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

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

20. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИСИ СТРАХОВИКА

АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНГО»

Місцезнаходження та фактична адреса: 01054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 33.

Тел.: (044) 490-27-44; (044) 490-27-45

Факс: (044) 490-27-48

e-mail: office@ingo.ua

ІВАН UA393206490000026503052600903 в ФКВ "ПРИВАТБАНК"

МФО 320649

код ЄДРПОУ 16285602

Голова правління

АТ «СК «ІНГО»



Гордієнко І.М.