

УМОВИ КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЩО ВІЇЗДЖАЮТЬ ЗА КОРДОН

ці умови діють з «27» жовтня 2020 року

АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНГО», іменована надалі Страховик (ліцензії ДКРПФП 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 уклала договір добровільного комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон, іменована надалі «Страховальник», з другої сторони, що тут і надалі спільно іменуються «Сторони» та кожна окремо «Сторона», попередньо ознайомлені з вимогами чинного законодавства України щодо недійсності правочинів, розуміючи значення своїх дій та діючи добровільно, відповідно до «Правил добровільного страхування медичних витрат ПрАТ «АСК «ІНГО Україна», затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг 22.04.2008 р. за № 2170171, «Правил добровільного страхування від нещасних випадків АТ «СК «ІНГО», зареєстрованих Розпорядженням Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг №884 від 14.05.2020 р., «Правил добровільного страхування фінансових ризиків ПрАТ «АСК «ІНГО УКРАЇНА», зареєстрованих Розпорядженням Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг №2729 від 19.12.2019 р., «Правил добровільного страхування вантажів та багажу (вантажобагажу) (нова редакція) АТ «СК «ІНГО», зареєстрованих Рішенням Комітету з питань нагляду та регулювання діяльності ринків небанківських фінансових послуг Національного Банку України 12.08.2020р. за №21/1085-нк, «Правил добровільного страхування цивільно-правової відповідальності перед третіми особами» затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг 01.02.2007 р. за № 1570179, із змінами, (надалі – «Правила») Страховика, уклали Договір комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон про наступне:

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ:

- 1.1. амбулаторно-поліклінічна допомога (медична допомога в амбулаторно-поліклінічних умовах)** – медична допомога Застрахованій особі при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму, в т.ч. стійкій дисфункції якого-небудь органу або до виникнення загрози життю Застрахованої особи. Включає витрати на послуги лікаря, діагностичні дослідження, медикаменти та витратні матеріали (вата, бинт, шприци, печатки), необхідні для лікування, засоби фіксації - гіпс, бандаж;
- 1.2. альтернативний транспорт** – попередньо узгоджений із Страховиком вид транспорту, перевезення яким може бути використане у випадку неможливості здійснення перевезення спеціальним медичним транспортом;
- 1.3. багаж** - особисті речі Застрахованої особи, що перевозяться нею під час поїздки, як здані на зберігання транспортній організації, так і ручна поклажа;
- 1.4. близькі родичі Застрахованої особи** - чоловік/дружина, діти, мати, батько;
- 1.5. вироби медичного призначення** — прилади, комплекси, системи, обладнання, апарати, інструменти, пристрої, імпланти, приладдя, матеріали або інші вироби; медичні вироби, що не досягають основної передбачуваної мети в організмі людини або на ньому за допомогою фармакологічних, імунобіологічних або метаболічних засобів, але функціям яких такі вироби можуть сприяти; медичні вироби, які використовуються як окремо, так і в поєднанні між собою, включаючи програмні засоби, необхідні для їх належного використання, з метою забезпечення: профілактики, діагностики, лікування, спостереження або полегшення стану пацієнта у разі захворювання, травми, каліцтва або їх компенсації; дослідження, заміни або видозмінювання структури (анатомії) органів, тканин чи фізіологічних процесів тощо;
- 1.6. Вигодонабувач** - фізична особа, призначена Страховальником за згодою Застрахованої особи у Договорі як особа, що має право на отримання страхової виплати у разі настання страхового випадку;
- 1.7. договір страхування (надалі - Договір)** - це письмова угода між Страховальником 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;

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

1.9. 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;

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

Застрахованими особами не можуть бути особи:

- інваліди I та II групи. Страховик не несе зобов'язань, якщо на дату укладання Договору Застрахована особа мала статус інваліда I та II групи.
- Особи, що страждають такими захворюваннями: пухлина головного мозку, пухлини спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), гострий некротичний енцефаліт, психічно хворі, хворі на СНІД;

1.11. коефіцієнт групи ризику – коефіцієнт, що враховує підвищення ступеню страхового ризику при заняттях спортом на професійному чи аматорському (любительському) рівні або заняття екстремальними видами спорту або працевлаштування та трудову діяльність під час подорожі:

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

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

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

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

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

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

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

1.16. місцеве лікування - застосування комбінованих лікувальних процедур багатоспрямованої дії з метою підсилення захисних реакцій організму та спрямованих на боротьбу з інфекцією, зниженню запальної реакції та профілактику мікробного забруднення;

1.17. невідкладна стоматологічна допомога – необхідна для зняття гострого болю допомога, що включає огляд стоматолога, анестезію, рентген (за наявності показань), видалення зуба, розкриття кореневих каналів (без лікування, пломбування тощо), постановку тимчасової пломби;

1.18. нещасний випадок - зовнішня, короткочасна (до декількох годин) подія, яка фактично відбулася під впливом різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, механічних і т.п.), характер, час і місце якої можуть бути однозначно визначені, що настала в період терміну страхування і виникла раптово, ненавмисно, всупереч волі Застрахованої особи, що спричинило за собою заповідання шкоди життю та здоров'ю Застрахованої особи.

Не є нещасним випадком, в розумінні цих Правил захворювання, що гостро виникли або хронічні захворювання та їх ускладнення (як раніше діагностовані, так і вперше виявлені), спровоковані впливом зовнішніх чинників, зокрема інфаркт міокарду, інсульт, аневризм, пухлини, функціональна недостатність органів, вроджені аномалії органів;

1.19. обсервація — комплекс обмежувальних та протиепідемічних заходів, спрямованих на локалізацію і ліквідацію осередку інфекційних захворювань. Обсервація застосовується до осіб, які приїхали або виїжджають з території, на яку накладено карантин. Ті, що контактували з хворими, та особи з підозрою на захворювання спостерігаються при обсервації протягом максимального інкубаційного періоду при даному захворюванні з моменту останнього можливого зараження під постійним медичним наглядом, щоб визначити їхню потребу в стаціонарній госпіталізації;

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

1.21. пошуково-рятувальні роботи – комплекс заходів, який проводиться навченими та, за вимогою, технічно-оснащеними фахівцями з організації пошукових робіт та рятування в зоні стихійного лиха, природної або техногенної катастрофи, наслідків складних погодних або географічних умов з метою евакуації (вивезення, виведення) постраждалого (постраждалих, вцілілих, поранених тощо) з місця події до безпечного місця, а також надання ними екстреної медичної допомоги;

1.22. предмети першої необхідності - зубна щітка, зубна паста, серветки, рушники, мило, спеціальні засоби гігієни для немовлят та жінок, одноразові засоби гоління;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.32. територія дії Договору (територія страхування) — географічний район/країна/група країн, який вказаний у Договорі та на який розповсюджується дія Договору, за виключенням:

- тимчасово окупованих територій;
- територій населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження. Перелік таких населених пунктів визначається на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, відповідно до законодавства України;
- території, на яких на дату настання події, що може бути визнана страховим випадком, проводилась антитерористична операція або операція об'єднаних сил; території проведення оголошеної війни; території, на якій введено військовий стан. Межі такої території визначаються на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, відповідно до міжнародного законодавства та (або) на підставі документів компетентних органів відповідних країн;
- території, на яких, на дату настання події, що може бути визнана страховим випадком, проводились воєнні дії будь-якого характеру (незалежно від того чи був оголошений стан війни) або збройні конфлікти. Межі такої території визначаються на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, на підставі документів міжнародних компетентних органів;
- території, на яких, на дату настання події, що може бути визнана страховим випадком, запроваджені епідемічні, пандемічні, карантинні заходи (крім заходів, проведення яких спричинено коронавірусом SARS-CoV-2 (далі — **COVID-19**));

1.33. 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;

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

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

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

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

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

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

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

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

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

2.5. фінансовими збитками Страхувальника внаслідок вимушеної відмови від поїздки, або у зв'язку зі зміною строків поїздки з причин, які не залежать від волевиявлення Страхувальника/Застрахованої особи (далі – відміна подорожі).

3. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. Страхуваними випадками визнаються такі події:

3.1.1. понесення медичних витрат внаслідок раптового захворювання Страхувальника/Застрахованої особи або нещасного випадку, що стався зі Страхувальником/Застрахованою особою;

3.1.2. понесення витрат, пов'язаних зі смертю Страхувальника/Застрахованої особи, яка настала внаслідок хвороби або нещасного випадку;

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

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

3.1.5. тимчасова втрата працездатності Страхувальника/Застрахованої особи (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 призвели до витрат майнового характеру.

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

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

3.1.7. затримка доставки багажу з вини перевізника;

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

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

4. УМОВИ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

4.1. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п.п.3.1.1., п.п.3.1.2., згідно з умовами Договору страхування, укладеного на умовах програми «**PLATINUM_VIP Pivdenyi**», в межах страхової суми або окремо встановлених лімітів відповідальності Страховик відшкодовує витрати на:

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

4.1.2. екстрену медичну допомогу в умовах стаціонару (в палаті стандартного типу), включаючи витрати на розміщення у лікарні, послуги лікаря, проведення невідкладних операцій, діагностичних досліджень, оплату медикаментів та засобів витратних матеріалів, необхідних для лікування та засобів фіксації (гіпс, биндаж). У випадку, якщо Застрахована особа отримує послуги невідкладної стаціонарної допомоги, узгоджені із Асистуючою компанією та/або Страховиком, та під час перебування у стаціонарі закінчився період покриття (період дії страхового захисту), який встановлений Договором страхування, Страховик залишає за собою право оплачувати послуги лікування Застрахованої особи в стаціонарі за кордоном та репатріації Застрахованої особи строком до 15 (п'ятнадцяти) діб після закінчення строку дії Договору страхування, якщо це необхідно за медичними показаннями в межах 5 000 (п'яти тисяч) євро/дол. США;

4.1.3. екстрену та невідкладну медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах, включаючи витрати на послуги лікаря, діагностичні дослідження, в тому числі дослідження в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу, медикаменти та витратних матеріалів, необхідні для лікування, засоби фіксації, а саме гіпс, биндаж та ортез при переломах, з урахуванням п.п.9.3.45. Договору;

На умовах п.4.1.2., п.4.1.3. екстрена медична допомога за кожним окремим страховим випадком лікування коронавірусної хвороби (COVID-19) надається в

межах 3 000 (трьох тисяч) євро/дол. США. При цьому витрати на екстрену та невідкладну медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах не можуть перевищувати 1 000 (одну тисячу) євро/дол. США. В межах встановленого ліміту підлягають витрати на первинні діагностичні заходи та тестування за призначенням лікаря при наявності симптомів гострого респіраторного захворювання у разі, якщо такі процедури дали позитивний результат;

4.1.4. невідкладну стоматологічну допомогу у межах 150 (сто п'ятдесят) євро протягом дії Договору;

4.1.5. невідкладну медичну допомогу у разі виникнення раптових ускладнень вагітності коли медична допомога Застрахованій особі необхідна за життєвими показаннями. При цьому відповідний стан Застрахованої особи повинен бути підтверджений медичним висновком. У будь-якому разі витрати на допомогу при пологах і післяпологовому догляді за породіллею та новонародженою дитиною не покриваються;

4.1.6. транспортування Страхувальника/Застрахованої особи, що здійснюється спеціалізованим медичним транспортним засобом або, за згодою Страховика, іншим альтернативним транспортом, до найближчої медичної установи за умови відсутності на місці тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги. Транспортування здійснюється винятково у випадках підтвердження його необхідності висновком лікаря. Транспортування за допомогою санітарної авіації здійснюється виключно у випадках попереднього узгодження цих умов транспортування із Страховиком;

4.1.7. медичну евакуацію транспортним засобом, що рекомендований лікарем, включаючи витрати на медичний супровід до місця постійного проживання Страхувальника/Застрахованої особи або до найближчої медичної установи за місцем проживання з метою подальшого лікування за умови відсутності в місці тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги, або за наявності медичних показань про можливість продовження лікування за місцем проживання. При цьому Страховик відшкодовує витрати на оформлення документів, транспортні витрати на медичну евакуацію та проїзд економічним класом супроводжуючої особи до місця його попереднього постійного проживання, якщо медичний супровід надавався. Медична евакуація здійснюється винятково у випадках, коли її необхідність підтверджується висновком лікаря за умови відсутності медичних протипоказань. Витрати на медичну евакуацію сплачуються в межах встановленої в Договорі страхування страхової суми;

4.1.8. транспортування Страхувальника/Застрахованої особи до місця постійного проживання або до найближчої медичної установи за місцем постійного проживання з метою подальшого лікування, включаючи медичний супровід, якщо необхідність присутності супроводжуючої особи підтверджується висновками лікарів, у випадку, коли витрати на перебування в стаціонарі за межами України можуть перевищити страхову суму, встановлену у Договорі. Транспортування здійснюється лише за умови відсутності медичних протипоказань При цьому Страховик відшкодовує витрати на оформлення документів, витрати на транспортування та проїзд економічним класом супроводжуючої особи до місця його попереднього постійного проживання, якщо медичний супровід надавався;

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

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

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

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

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

Необхідною умовою для організації репатріації є надання родичами померлої Застрахованої особи заяви-підтвердження про готовність забрати тіло (прах у випадку кремації) після перетину державного кордону. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги (на поховальну урну у випадку

кремації);

4.1.12. витрати на телефонні переговори із Страховиком або Контакт-центром, за умови надання документів, що підтверджують такі витрати;

4.2. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п.п.3.1.1., п.п.3.1.2., згідно з умовами Договору страхування, укладеного на умовах програми **«GOLD Pivdenyi»**, в межах страхової суми або окремо встановлених лімітів відповідальності Страховик відшкодовує витрати на:

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

4.2.2. екстрену медичну допомогу в умовах стаціонару (в палаті стандартного типу), включаючи витрати на розміщення у лікарні, послуги лікаря, проведення невідкладних операцій, діагностичних досліджень, оплату медикаментів та витратних матеріалів, необхідних для лікування та засобів фіксації (гіпс, биндаж). У випадку, якщо Застрахована особа отримує послуги невідкладної стаціонарної допомоги, узгоджені із Асистуючою компанією та/або Страховиком, та під час перебування у стаціонарі закінчився період покриття (період дії страхового захисту), який встановлений Договором страхування, Страховик залишає за собою право оплачувати послуги лікування Застрахованої особи в стаціонарі за кордоном та репатріації Застрахованої особи строком до 7 (семи) діб після закінчення строку дії Договору страхування, якщо це необхідно за медичними показаннями в межах 3 000 (трьох тисяч) євро/дол. США;

4.2.3. екстрену та невідкладну медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах, включаючи витрати на послуги лікаря, діагностичні дослідження, в тому числі дослідження в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу, медикаменти та витратних матеріалів, необхідні для лікування, засоби фіксації, а саме гіпс, биндаж та ортез при переломах, з урахуванням п.п.9.3.45. Договору;

На умовах п.4.2.2., п.4.2.3. екстрена медична допомога за кожним окремим страховим випадком лікування коронавірусної хвороби (COVID-19) надається в межах 1 000 (однієї тисячі) євро/дол. США. При цьому витрати на екстрену та невідкладну медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах не можуть перевищувати 300 (триста) євро/дол. США. В межах встановленого ліміту підлягають витрати на первинні діагностичні заходи та тестування за призначенням лікаря при наявності симптомів гострого респіраторного захворювання у разі, якщо такі процедури дали позитивний результат;

4.2.4. невідкладну стоматологічну допомогу у межах 150 (сто п'ятдесят) євро протягом дії Договору;

4.2.5. невідкладну медичну допомогу у разі виникнення раптових ускладнень вагітності коли медична допомога Застрахованій особі необхідна за життєвими показаннями. При цьому відповідний стан Застрахованої особи повинен бути підтверджений медичним висновком. У будь-якому разі витрати на допомогу при пологах і післяпологовому догляді за породіллею та новонародженою дитиною не покриваються;

4.2.6. транспортування Страхувальника/Застрахованої особи, що здійснюється спеціалізованим медичним транспортним засобом або, за згодою Страховика, іншим альтернативним транспортом, до найближчої медичної установи за умови відсутності на місці тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги. Транспортування здійснюється винятково у випадках підтвердження його необхідності висновком лікаря.

Транспортування за допомогою санітарної авіації здійснюється виключно у випадках попереднього узгодження цих умов транспортування із Страховиком;

4.2.7. медичну евакуацію транспортним засобом, що рекомендований лікарем, включаючи витрати на медичний супровід до місця постійного проживання або до найближчої медичної установи за місцем проживання Страхувальника/Застрахованої особи за умови відсутності в місці тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги, або за наявності медичних показань про можливість продовження лікування за місцем проживання. При цьому Страховик відшкодовує витрати на оформлення документів, транспортні витрати на медичну евакуацію та проїзд економічним класом супроводжуючої особи до місця його попереднього постійного проживання, якщо медичний супровід надавався.

Медична евакуація здійснюється винятково у випадках, коли її необхідність підтверджується висновком лікаря за умови відсутності медичних протипоказань. Витрати на медичну евакуацію сплачуються в межах встановленої в Договорі страхування страхової суми;

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

- оформлення документів на підготовку тіла до транспортування/кремації/поховання;
- транспортні витрати на репатріацію;

- процедуру кремації або за додатковим письмовим погодженням із родичами померлої Застрахованої особи відшкодовуються витрати на поховання тіла Застрахованої особи в країні за місцем смерті - в межах 10% (десяти відсотків) від страхової суми.

Необхідною умовою для організації репатріації є надання родичами померлої Застрахованої особи заяви-підтвердження про готовність забрати тіло (прах у випадку кремації) після перетину державного кордону. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги (на поховальну урну у випадку кремації);

4.2.9. витрати на телефонні переговори із Страховиком або Контакт-центром, за умови надання документів, що підтверджують такі витрати.

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 «**PLATINUM_VIP Pivdenyi**» – в межах 10 000 (десяти тисяч) гривень протягом дії Договору згідно з Таблицею №1 «Розміри страхових виплат при тілесних ушкодженнях» (Додаток №4 до «Правил добровільного страхування від нещасних випадків АТ «СК «ІНГО»»), залежно від тяжкості травми.

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

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

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

5.1.2. За випадком, зазначеним в 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 встановлені такі ліміти відповідальності Страховика:

6.1.1. на відшкодування матеріального збитку внаслідок часткового пошкодження або знищення майна третьої особи за програмою «**PLATINUM_VIP Pivdenyi**» – в межах 1 000 (однієї тисячі) євро зі страхування цивільної відповідальності, включаючи ліміт відповідальності у розмірі 1% (одного відсотку) від страхової суми у разі ненавмисного пошкодження взятого в прокат спортивного інвентарю (лижне спорядження, дайверське обладнання тощо);

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

6.2. 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 зі страхування цивільної відповідальності;

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

7. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ БАГАЖУ

7.1. Страхове відшкодування виплачується:

7.1.1. у разі затримки багажу з вини перевізника, за умови, що такий багаж здавався перевізнику як багаж з метою здійснення перевезення, більше ніж на 6 годин Страховик відшкодовує витрати за програмою «**PLATINUM_VIP Pivdenyi**» – в межах 100 (ста) євро на придбання предметів першої необхідності (зубна щітка, зубна паста, серветки, рушники, мило, спеціальні засоби гігієни для немовлят та жінок, одноразові засоби гоління).

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 14 Договору.

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

8.1. Страховиком у межах 250 (двохсот п'ятдесяти) євро за програмою страхування «**PLATINUM_VIP Pivdenyi**» за випадками, зазначеними в 3.1.8.1. відшкодовуються витрати, погоджені Страховиком:

8.1.1. на проживання до 5 (п'яти) діб включно Страхувальника/Застрахованої особи в країні тимчасового перебування (в межах Території дії Договору) в межах 100 (сто п'ятдесят) євро;

8.1.2. на харчування в межах 100 (сто) євро;

8.2. Виплата страхового відшкодування за випадками, зазначеними в п.п.3.1.8.1., проводиться за вирахуванням франшизи, передбаченої Договором страхування.

9. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

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

9.1.1. навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи або Вигодонабувача, а також уповноважених Страхувальником/Застрахованою особою осіб, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій зазначених осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

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

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

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

9.1.5. 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;

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

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

9.1.8. 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;

9.1.9. виконання будь-якої фізичної праці за договором (наймом) чи будь-яким цивільно-правовим договором;

9.1.10. занять Страхувальником/Застрахованою особою спортом на аматорському чи професійному рівні;

Додатково за п.п.9.1.10. випадки вважаються страховими, якщо вони сталися під час занять наступними видами спорту: шахи, шашки, городки, настільний теніс, настільний футбол, гольф, радіоспорт, туристичні подорожі зі спокійним ландшафтом, аквааеробіка, бадмінтон, прогулянка з катанням на велосипеді по місту або парку, стрільба в тирі, пінг-понг, йога, танці, стрибки на батуті, крикет, більярд, а також під час прогулянок з катанням на конях, верблюдах, слонах.

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

9.1.12. 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 невідбудуться;

- 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.

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

9.2.1. конфіскації, ревізиції, арешту, націоналізації, заборони пересування, затримання чи знищення за наказом військової або цивільної влади, піратських

дій;

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

9.3. За подіями, передбаченими в п.п.3.1.1.- п.п.3.1.5., Страховик не відшкодує витрати на:

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

9.3.2. відновлення погіршеного стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, які пов'язані з лікуванням, яке Страхувальник/Застрахована особа отримував/-ла до початку періоду страхування;

9.3.3. діагностику та лікування доброякісних та злоякісних новоутворень;

9.3.4. лікування та діагностику судомних станів, неврологічних (крім невритів) та психічних захворювань, неврозів та травматичних ушкоджень, пов'язаних з ними (за винятком заходів, спрямованих на переривання актуального нападу та загальні реанімаційні заходи (за потреби);

9.3.5. діагностику та лікування аутоімунних захворювань;

9.3.6. проведення процедур плазмозферезу, діалізу та гемодіалізу;

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

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

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

9.3.10. консультації, обстеження і операції на серці та судинах, пов'язані із накладанням анастомозів, шунтів, пластикою дефектів клапанів та перегородок, ангіографією, ангіопластиком за допомогою стенту (стентування);

9.3.11. витрати, які пов'язані із курсом лікування, який розпочався до і триває під час дії Договору страхування, або якщо подорож була здійснена, не зважаючи на існування медичних протипоказань щодо подорожі;

9.3.12. консультації, обстеження і лікування сонячних опіків 1 (першого), 2 (другого) ступеню та інших гострих змін шкірного покриву, спричинених впливом ультрафіолетового випромінювання. Якщо при обстеженні Страхувальнику/Застрахованій особі буде встановлений діагноз опіку, то він самостійно має оплатити це обстеження, подальші консультації, діагностику та лікування;

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

9.3.14. захворювання шкіри та її придатків (в тому числі дерматитів, кропивниць, еритем), укуси комах та інших представників флори та фауни, які викликають алергічні реакції, стани, захворювання та які не несуть загрозу життю Застрахованої особи (крім малярії та лихоманки Денге);

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

9.3.16. лікування та діагностику захворювань, пов'язаних з масовими епідеміями або пандеміями та потребують вживання комплексу карантинних заходів (крім заходів, проведення яких спричинено коронавірусом COVID-19 з урахуванням п.9.3.17. за програмою «**PLATINUM_VIP Pivdenyi**» – в межах 3 000 (трьох тисяч) євро, програмою «**GOLD Pivdenyi**» - 1 000 (одна тисяча) євро);

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

9.3.18. лікування та діагностику будь-яких форм туберкульозу;

9.3.19. лікування та діагностику хвороб ендокринної системи;

9.3.20. лікування та діагностику вірусу імунодефіциту;

9.3.21. лікування та діагностику гострої та хронічної форми променевої хвороби;

9.3.22. лікування та діагностику вірусних гепатитів;

- 9.3.23. консультації, обстеження і лікування будь-яких захворювань та розладів органів слуху, видалення сірчаних пробок;
- 9.3.24. придбання виробів медичного призначення для заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенди, набори для емболізації, деартерилізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези, фіксатори та обладнання для остеосинтезу, ортези за виключенням переломів);
- 9.3.25. послуги, які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування;
- 9.3.26. побічні дії лікарських засобів, харчових добавок;
- 9.3.27. 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, а також витрати, що виникли у зв'язку з будь-якими наслідками або проявами (у тому числі і смертю) від ВІЛ-інфекції;
- 9.3.28. пластичну хірургію та протезування;
- 9.3.29. витрати на стоматологічне лікування, крім випадків надання невідкладної стоматологічної допомоги при гострому зубному болю або нещасному випадку;
- 9.3.30. планові консультації, обстеження і лікування під час перебігу вагітності, незалежно від терміну вагітності, або її ускладнень, крім випадків, коли медична допомога Застрахованій особі необхідна за життєвими показаннями. При цьому відповідний стан Застрахованої особи повинен бути підтверджений медичним висновком. У будь-якому разі витрати на допомогу при пологах і післяпологовому догляді за дитиною не покриваються;
- 9.3.31. 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;
- 9.3.32. діагностику та лікування безпліддя;
- 9.3.33. витрати на процедури по запобіганню вагітності та штучне запліднення, витрати на лікування станів, пов'язаних із порушенням менструального циклу;
- 9.3.34. надання послуг медичною установою, або особою, що не має відповідної ліцензії;
- 9.3.35. лікування і обстеження методами мануальної терапії, нетрадиційні методи лікування, самолікування, рефлексотерапії (акупунктури), масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та іншими методами не доказової медицини, а також витрати на проведення курсу лікування на бальнеологічних або лікувальних курортах, у санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку або інших подібних установах;
- 9.3.36. надання додаткового комфорту, а саме телевізору, телефону, кондиціонеру та інше;
- 9.3.37. придбання, ремонт та профілактика медичного обладнання (інгалятор, слуховий апарат, милиці, окуляри, термометр, контактні лінзи);
- 9.3.38. витрати, понесені після повернення Страхувальника/Застрахованої особи у країну постійного проживання;
- 9.3.39. догляд за хворим Страхувальником/Застрахованою особою, родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи вони є професійними медичними працівниками;
- 9.3.40. проведення дезінфекції, вакцинації, лікарських експертиз, лабораторних і діагностичних досліджень, не пов'язаних з нещасним випадком або раптовим захворюванням;
- 9.3.41. шкоду, заподіяну Страхувальнику/Застрахованій особі внаслідок професійної помилки лікаря або іншої особи, що надавала послуги Страхувальнику/Застрахованій особі;
- 9.3.42. непрямі збитки, а також збитки, заподіяні майну Страхувальника/Застрахованої особи;
- 9.3.43. 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;
- 9.3.44. витрати, що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показаннями, в тому числі коли лікар дає дозвіл на медичну евакуацію), що вона сама чи в супроводі іншої особи, може повернутися до постійного місця проживання;
- 9.3.45. медичні обстеження, огляди, консультації лікаря з метою контролю ефективності призначеного лікування, а також перев'язки в межах продовження

лікування, зняття гіпсу та швів;

9.3.46. медичні, адміністративні послуги, якщо подорож здійснювалась з метою їх отримання;

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

9.3.48. ритуальні послуги з поховання в Україні або країні громадянином якої він є;

9.3.49. діагностику та лікування травм, отриманих на території гірськолижного курорту;

9.3.50. витрати на лікування в барокамері;

9.3.51. будь-які витрати, що не є невідкладними з медичної точки зору;

9.3.52. витрати пов'язані з лікуванням хвороб або травм, які піддаються місцевому лікуванню і не перешкоджають продовженню подорожі Застрахованої особи, у тому числі ушкодження м'язих, верхніх тканин шкіри, що не потребують невідкладної медичної допомоги (синці, мозолі, подряпини);

9.3.53. витрати, пов'язані з лікуванням гострих респіраторних та вірусних захворювань без наявності гіпертермічного синдрому (температура від 38 С та вище) та наявність ознак дихальної недостатності II та III ступеня, за виключенням дітей до 16 років;

9.3.54. збитки, що не підтверджені документально.

9.3.55. збитки, які настали після завершення періоду покриття (період дії страхового захисту)

9.4. За подіями, вказаними в п.п.3.1.6., Страховик не відшкодовує витрати на:

9.4.1. збитки, що не підтверджені документально;

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

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

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

9.4.5. моральну (немайнову) шкоду;

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

9.5. 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 14 умов Договору, або надала недостовірні дані стосовно страхового випадку.

10. СТРАХОВА СУМА ТА СТРАХОВА ПРЕМІЯ

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

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

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

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

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

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

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

10.4.1. 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 є страховими та не підлягають відшкодуванню.

11. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

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

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

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

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

11.5. Страховий захист починається з моменту проходження Страхувальником/Застрахованою особою прикордонного контролю України при виїзді за кордон або з 00.00 годин за Київським часом дати, зазначеної в Договорі як дата початку дії Договору (за датою, що настала пізніше), за умови виконання вимог п.10.4. та закінчується в момент перетину Страхувальником/Застрахованою особою державного кордону України під час повернення в Україну, але не пізніше вказаної в Договорі дати закінчення строку дії Договору страхування.

11.6. У межах Договору територія перебування Страхувальника/Застрахованої особи з урахуванням обмежень за п.1.32. умовно поділяється на такі зони:

11.6.1. Територія 1 – країни Європи (крім Греції, Болгарії), країни СНД, Грузія;

11.6.2. Територія 2 – країни Європи, країни СНД, Грузія, Туреччина, Єгипет, Болгарія, Ізраїль, ОАЕ, Туніс.

11.6.3. Територія 3 – весь світ, крім США, Канади та Японії.

11.6.4. Територія 4 – весь світ, в т.ч. США, Канада та Японія.

12. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

12.1. 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.

12.2. Для укладання Договору страхування в заяві необхідно вказати:

12.2.1. прізвище, ім'я, по батькові українською мовою та в латинській транскрипції (як у паспорті громадянина України для виїзду за кордон), дату народження Страхувальника/Застрахованої особи, паспорт громадянина України або паспорт громадянина України для виїзду за кордон (серія, номер), реєстраційний номер облікової картки платника податків (РНОКПП) (індивідуальний податковий номер (ІПН)) Страхувальника, адресу, контактний телефон Страхувальника;

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

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

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

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

12.5. Договір комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон за п.п.п.3.1.8. (страхування фінансових витрат, пов'язаних з вимушеною відмовою від поїздки), укладається:

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

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

13. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

13.1. Страхувальник має право:

13.1.1. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку;

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

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

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

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

13.2. Страхувальник зобов'язаний:

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

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

13.2.3. негайно повідомити Страховика про настання страхового випадку (Розділ 14);

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

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

13.2.6. 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.14.3.-п.п.14.9., необхідні для встановлення причин, характеру страхового випадку та його зв'язку з наслідками;

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

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

13.2.9. виконувати всі розпорядження фахівців Контакт-центру;

13.2.10. 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.

13.3. Страховик має право:

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

13.3.2. достроково припинити дію Договору згідно з Розділом 17;

13.3.3. висунути зворотні вимоги до Страхувальника на суму виплаченого страхового відшкодування, якщо після виплати виникли обставини, зазначені у п.п.13.2.10.;

13.3.4. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках невиконання Страхувальником/Застрахованою особою умов п.13.2. та Розділу 14;

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

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

13.4. Страховик зобов'язаний:

- 13.4.1. ознайомити Страхувальника з Договором, правилами та умовами страхування, в т.ч. з умовами п.11.5. та п.п.16.2.4. Договору;
- 13.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів для оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 13.4.3. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк з урахуванням вимог Розділу 15 та Розділу 16 Договору. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами страхування;
- 13.4.4. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку, щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено Договором;
- 13.4.5. тримати в таємниці відомості про Страхувальника/Застраховану особу та його/її майновий стан, стан його/її здоров'я за винятком випадків, передбачених законодавством України;
- 13.4.6. направити офіційний запит туроператору для визначення або підтвердження розміру реально понесених витрат Застрахованою особою та їх відповідність дійсним договорам, укладеним між туроператором та транспортною компанією, консульством, готелями та іншими підрядниками та субпідрядниками, що надають туристичні та супутні послуги, згідно з умовами договору про надання туристичних послуг.

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

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

- 14.1.1. номер Договору;
- 14.1.2. прізвище, ім'я Страхувальника/Застрахованої особи;
- 14.1.3. строк дії Договору;
- 14.1.4. місцезнаходження Страхувальника/Застрахованої особи (країна, місто тощо), номер контактного телефону;
- 14.1.5. причину звернення.

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

14.2. Якщо телефонний дзвінок до Контакт-центру було здійснено до моменту звернення до медичної установи за медичною допомогою, Страхувальнику/Застрахованій особі буде організовано надання медичної допомоги та інших послуг на передбачених Договором страхування умовах.

14.2.1. Якщо Страхувальник/Застрахована особа з об'єктивних причин (стан здоров'я, відсутність фізичної можливості зателефонувати) не змогла зв'язатися із Контакт-центром до надання їй послуг, передбачених умовами Договору страхування, вона зобов'язана протягом 24-х годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, сповістити Контакт-центр про її настання і узгодити надання та умови оплати необхідних послуг.

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

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

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

14.3.1. копію паспорта/ID картки громадянина України;

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

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

14.3.4. копію паспорта громадянина України для виїзду за кордон з відміткою прикордонних служб про перетин кордону;

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

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

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

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

14.4.1. оригінал Договору (для звірки даних);

14.4.2. оригінал довідки (звіту) з медичної установи (на бланку закладу або з відповідним штампом чи печаткою) із зазначенням прізвища пацієнта, діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, з переліком наданих послуг та розбивкою їх по датах;

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

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

14.4.5. до документів за п.п.14.4.2. – п.п.14.4.4. фінансові документи, що підтверджують факт оплати лікування, лікарських засобів та інших послуг, оплата яких передбачена Договором страхування (фіскальний чек, квитанція з мокрим відбитком печатки про оплату або банківську виплату (квитанція) про перерахування вартості медичних послуг);

14.4.6. документи, що підтверджують оплату вартості телефонних переговорів Застрахованої особи з Контакт-центром або Страховиком із зазначенням номерів телефонів, дати дзвінків, тривалості, вартості (за п.п.4.1.12, 4.2.9. Договору);

14.4.7. при транспортуванні за медичними показаннями (за п.п.4.1.6. - п.п.4.1.7., п.п.4.2.6.- п.п.4.2.7. Договору) оригінали виписаних перевізником рахунків із зазначенням маршруту перевезення та його вартості (на бланках або з відповідним штампом чи печаткою) та документи, що підтверджують факт оплати коли Застрахована особа не мала можливості звернутися до Контакт-центру за організацією екстреної евакуації до найближчого медичного закладу чи найближчого лікаря в країні перебування і змушена була самостійно сплатити вартість транспортних послуг;

14.4.8. документи, що підтверджують витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи (за п.п.4.1.11., п.п.4.2.8. Договору):

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

- оригінали фінансових документів із зазначенням виду послуги – у випадку оплати процедур оформлення документів, підготовку тіла, поховання за кордоном;

14.4.9. документи, що підтверджують витрати на проїзд до країни постійного проживання (за п.п.4.1.9. Договору);

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

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

- 14.5.1. у разі тимчасової втрати працездатності - довідка медичної установи;
- 14.5.2. у разі встановлення інвалідності - оригінал або копія довідки МСЕК про призначення групи інвалідності (для неповнолітніх Застрахованих осіб - оригінал або копія ЛКК про встановлення інвалідності);
- 14.5.3. у разі смерті Страхувальника/Застрахованої особи - оригінал свідоцтва про смерть або його копія, засвідчена нотаріально чи органом, що видав свідоцтво;
- 14.5.4. копія медичного висновку про причину смерті;
- 14.5.5. копія свідоцтва про право на спадщину, до якого включено страхову виплату;
- 14.5.6. оригінал довідки про відсутність (наявність) в крові Застрахованої особи речовин токсичного, наркотичного походження та алкоголю на момент настання страхового випадку.

14.6. У разі настання страхового випадку за ризиками страхування відповідальності перед третіми особами Страховику додатково надаються такі документи:

- 14.6.1. документ, що посвідчує особу потерпілого;
- 14.6.2. копія або оригінал майнової претензії, висунутої третіми особами, які зазнали шкоди (збитку) внаслідок дій або бездіяльності Страхувальника;
- 14.6.3. копія або оригінал рішення суду та матеріалів справи за позовом третьої особи (третіх осіб), з якою виникає обов'язок Страхувальника відшкодувати шкоду (збиток) третій особі - у випадку, якщо законодавством країни перебування передбачається обов'язковість вирішення питання у судовому порядку (за наявності);
- 14.6.4. Додатково у разі нанесення шкоди здоров'ю третіх осіб:
 - 14.6.4.1. документи лікувально-профілактичних заходів, що підтверджують факт заподіяння шкоди життю та здоров'ю третіх осіб;
 - 14.6.4.2. виписку з історії хвороби третьої особи (осіб), хвороба якої стала наслідком страхового випадку;
 - 14.6.4.3. документи, що підтверджують ступінь шкоди, якої зазнали треті особи, а саме свідоцтво про смерть, довідка МСЕК (медико-соціальної експертизи) про інвалідність, листок непрацездатності;
 - 14.6.4.4. оригінал довідки про відсутність (наявність) в крові Застрахованої особи речовин токсичного, наркотичного походження та алкоголю на момент настання страхового випадку.

14.7. У разі настання страхового випадку затримки багажу Страховику додатково надаються такі документи:

- 14.7.1. якщо багаж був переданий під відповідальність перевізника:
 - 14.7.1.1. проїзний квиток на підставі якого Страхувальник/Застрахована особа знаходилась в транспортному засобі;
 - 14.7.1.2. багажна квитанція (талон), що підтверджує факт передачі багажу під відповідальність перевізника;
 - 14.7.1.3. у разі настання страхового випадку за п.п.3.1.7. документи, що підтверджують факт затримки багажу з вини перевізника (на бланку компанії-перевізника або з відповідним штампом чи печаткою та із зазначенням часу затримки або дати повернення багажу) та рахунки на придбання предметів першої необхідності;
- 14.7.2. інші документи на вимогу Страховика, які підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків.

14.8. У разі настання страхового випадку за ризиками вимушеної відмови від поїздки або зміни термінів поїздки Страховику додатково надаються такі документи:

- у разі настання подій, зазначених в п.п.3.1.8.1. - оригінал довідки від авіаперевізника про факт затримки або скасування авіарейсу, затримки багажу, оригінали фінансових документів, що підтверджують витрати на харчування, пояснювальна записка від Страхувальника/Застрахованої особи із зазначенням причин, за яких він не скористався альтернативним варіантом перельоту до пункту призначення, запропонованим авіаперевізником.

14.9. Заява і документи, зазначені в п.14.3.-п.14.8., мають бути надані з обов'язковим додаванням перекладів оригіналів документів, складених мовами, відмінними від української, англійської та російської мов, завірених печаткою бюро перекладів.

15. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

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

15.2. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту прийняття рішення про здійснення страхової виплати (п. 15.1.) за погодженням сторін у готівковій або безготівковій формі з урахуванням вимог чинного законодавства:

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

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

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

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

15.3.1. якщо він має сумніви в обґрунтованості вимог Страхувальника на отримання страхової виплати – до отримання необхідних доказів, але не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з усіх необхідних документів, зазначених в п.14.3. – п.14.9.;

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

15.3.3. якщо у зв'язку із настанням страхового випадку внесена інформація до Єдиного реєстру досудових розслідувань (ЄРДР), щодо осіб, винних в настанні страхового випадку, – до закриття справи та набрання законної сили рішенням суду, але не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з усіх необхідних документів, зазначених в п.14.3.- п.14.9.;

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

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

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

16. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

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

16.1.1. не повідомив/-ла або несвоєчасно повідомив/-ла про факт настання страхового випадку (п.14.1.) або створив/-ла Страховику перешкоду у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

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

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

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

16.1.5. не надав/-ла Страховику всі необхідні документи, передбачені п.14.3.- п.14.9.;

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

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

16.2.1. мали місце події, передбачені у Розділі 9;

16.2.2. 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;

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

страхового випадку;

16.2.4. дата перетину державного кордону (визначається за відмітками в паспорті громадянина України для виїзду за кордон) переує даті укладання Договору страхування.

17. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

17.1. Дія Договору припиняється у разі:

17.1.1. закінчення строку його дії;

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

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

17.1.4. несплати Страхувальником страхової премії у встановлені Договором строки;

17.1.5. 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»;

17.1.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

17.1.7. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

17.1.8. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

17.2. 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:

17.2.1. у разі дострокового припинення дії Договору, за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення фактично оплаченого періоду покриття (30/90 діб) в межах строку дії Договору (365 (366) діб), з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 25% та фактично сплачених виплат страхових сум. В такому разі датою початку фактично оплаченого періоду покриття вважається дата початку дії Договору страхування.

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

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

17.2.2. у разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення фактично оплаченого періоду покриття в межах строку дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 25% та фактично сплачених виплат страхових сум. В такому разі датою початку фактично оплаченого періоду покриття вважається дата початку дії Договору страхування.

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

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

18. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

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

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

18.3. 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.

18.4. 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.

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

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

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

19. СТРОКИ ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

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

20. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

20.1. Все, що не знайшло відображення в Договорі, регулюється Правилами та законодавством України.

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

20.3. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що:

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

- на виконання ст. 6, 10,11, 14 та 20 Закону України «Про захист персональних даних» Страхувальник надає однозначну беззастережну згоду (дозвіл) на передачу, зберігання та обробку своїх персональних даних у письмовій та/або електронній формі, з метою реалізації цивільно-правових, господарсько-правових, адміністративно-правових, податкових відносин та відносин у сфері бухгалтерського обліку, а також для проведення звітування до податкових та інших установах в порядку передбаченому законодавством України;
- ознайомлений з правами визначеними в ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних»;
- Договір відповідає вимогам ст.11 і 18 Закону України «Про захист прав споживачів».

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

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

20.6. Підписанням Договору Страхувальник надає згоду Страховику на використання інформації, зазначеної п.20.7., в тому числі записів телефонних розмов, іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків на умовах цього Договору у взаємовідносинах із фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, позовів, заяв), пов'язаних із виконанням Страхувальником, Страховиком зобов'язань за цим Договором.

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

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

20.9. 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.

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

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

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

20.13. Відповідно до частини третьої статті 207 ЦК України Сторони домовились, що використання факсимільного відтворення підпису уповноваженої особи та печатки Страховика за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, або іншого аналога власноручного підпису та печатки, визнається Страхувальником як оригінальний підпис уповноваженої особи, скріплений печаткою Страховика. Відповідні зразки підпису та печатки наведені у розділі

Договору, які містять реквізити Сторін.

20.14. 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

20.15. 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.

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

21. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИСИ СТРАХОВИКА

Страховик: **Акціонерне Товариство «Страхова компанія «ІНГО».**

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

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

Факс: (044) 490-27-48

e-mail: office@ingo.ua

IBAN UA393206490000026503052600903 в ФКВ "ПРИВАТБАНК"

МФО 320649

код ЄДРПОУ 16285602

Голова правління

АТ «СК «ІНГО»



Гордієнко І.М.