



**ОФЕРТА (ПРОПОЗИЦІЯ) ЩОДО УКЛАДАННЯ
ДОГОВОРУ КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ
(для укладання з 01 липня 2024 року)**

1. Дана Оферта є офіційною пропозицією ТОВАРИСТВА З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА ГРУПА «ОБЕРІГ» (ідентифікаційний код юридичної особи – 39433769, далі – **Страховик**), яке перебуває на загальній системі оподаткування згідно з Розділом 3 Податкового кодексу України та з Розділом 19 Податкового кодексу України «Прикінцеві положення», що адресується колу осіб, які здійснюють або мають намір здійснити подорож за кордон (далі – **Клієнти**), укласти із Страховиком Договір комплексного страхування подорожуючих (далі – **Договір**) згідно Загальних умов комплексного страхового продукту "Страхування подорожуючих" затверджених наказом генерального директора №2024/06/30 від 30.06.2024, початок дії з 01.07.2024, та які розміщені за посиланням oberig-sg.com/products (далі - **Загальні умови продукту**), Закону України «Про страхування», на підставі Ліцензії на здійснення діяльності із страхування відповідно до класу (ризиків у межах класу) страхування 1 та 18, інформація щодо якої міститься в Державному реєстрі фінансових установ, у формі електронного договору.
2. Страхування здійснюється у відповідності до Договірних умов комплексного страхування подорожуючих (далі - **Умови**) які, в розумінні п.5. ст.9 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», є **публічною частиною** Договору та є невід'ємною частиною цієї Оферти (Додатком №1 до Оферти). Укладення договору страхування посвідчується Сертифікатом про укладання Договору (далі - **Сертифікат**). Сертифікат, в розумінні п.5. ст.9 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», є **індивідуальною частиною** Договору. Страховик та Клієнт іменуються разом в Договорі та Оферті як «**Сторони**».
3. Порядок укладання Договору зазначено у Розділі 17 Умов.
4. Місцем укладення Договору є місцезнаходження Страховика: м. Київ, вул. Васильківська, 14, 03040.
5. Дана Оферта для укладення Договору дійсна з «01» липня 2024 року, і є безстроковою до моменту її скасування або опублікування нової редакції Оферти. Оферту складено в м. Київ, вул. Васильківська, 14, 03040. Дата підписання Оферти «30» червня 2024 року. Попередні редакції цієї Оферти втрачають свою чинність з моменту початку дії нової редакції.
6. Відповідно до частини третьої статті 207 Цивільного кодексу України, при укладенні/виконанні цієї Оферти та Договору, Сторони дійшли згоди щодо надання дозволу і можливості Страховику (необмежені у часі та по кількості) для вчинення (підписання) будь-яких правочинів Страховиком із застосуванням використання факсимільних відтворень відтиску печатки Страховика та/або факсимільних відтворень власноручного підпису за допомогою засобів електронного, механічного або іншого копіювання підпису уповноваженої особи Страховика та печатки Страховика за такими зразками з можливістю зміни кольорового відображення, положення, пропорцій та розміру:

<p>Зразок факсимільного відтворення відбитку печатки Страховика</p>	
--	---

<p>Зразок факсимільного відтворення власноручного підпису уповноваженої особи Страховика Уповноваженою особою Страховика є генеральний директор ТДВ «СГ «ОБЕРІГ», Крендельов Іван Федорович, який діє на підставі статуту</p>	
--	---

ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА ГРУПА «ОБЕРІГ»

Веб-сайт: oberig-sg.com. E-mail: info@oberig-sg.com. Тел.: 0442214421, 0800218201. ІКЮО 39433769.
Рахунок №UA803052990000026505006700493 у АТ «КБ «ПриватБанк», м. Київ, вул. Васильківська, 14, 03040.

Генеральний директор



І.Ф. Крендельов

ДОГОВІРНІ УМОВИ КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ

1. СТРАХОВИК

ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "СТРАХОВА ГРУПА "ОБЕРІГ"

Веб-сайт: oberig-sg.com. E-mail: info@oberig-sg.com. Тел.: +380442214421, 0800218201, ІКЮО 39433769.

Рахунок № UA803052990000026505006700493 у АТ "КБ "ПриватБанк", м. Київ, вул. Васильківська, 14.

2. СТРАХУВАЛЬНИК

Особа яка акцептувала Оферту, отримала Сертифікат та здійснила оплату страхової премії, вказаної у Сертифікаті.

3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

Особа, яка здійснює або має намір здійснити подорож за кордон, та яка визначена в Сертифікаті (далі - **ЗО**).

4. ВИГОДОНАБУВАЧ

Застрахована особа або особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно законодавства.

5. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

За Договором страховими ризиками є:

5.1. Страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон, внаслідок настання таких страхових випадків:

- раптове захворювання;
- загострення хронічного захворювання;
- нещасний випадок;
- смерть ЗО у зв'язку з раптовим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або нещасним випадком.

5.2. Страхування витрат, інших ніж медичні, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон згідно з обраною Програмою страхування, а саме пошкодження, знищення або втрата багажу Застрахованої особи.

5.3. Страхування від нещасного випадку, а саме смерть, встановлення інвалідності внаслідок нещасного випадку, який стався із Застрахованою особою.

Перелік страхових ризиків, що покриваються Договором та спосіб їх врегулювання залежить від обраної Програми страхування, що зазначені у Розділі 6 цих Умов.

6. ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ ТА ВІДПОВІДНІ ЇМ ВИТРАТИ, ЯКІ ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК

Відповідно до Договору Страховик відшкодовує Застрахованій особі або Асистуючій компанії, що зазначена у Сертифікаті, витрати, які передбачені обраною Страхувальником Програмою страхування, за умови, що вони погоджені з Асистуючою компанією або Страховиком:

6.1. Програма "Економ".

За цією Програмою відшкодовується витрати які нерозривно пов'язані зі страховим випадком, а саме:

- 1) транспортування Застрахованої особи до найближчого медичного закладу (пункту надання медичної допомоги), у випадку настання із ЗО раптового захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку, якщо самостійне пересування ЗО неможливе за станом її здоров'я;
- 2) перебування і лікування Застрахованої особи у стаціонарному медичному закладі (з оплатою перебування ЗО виключно у палаті стандартного типу) - за медичними показаннями, у зв'язку із необхідністю отримання невідкладної медичної допомоги, при настанні раптового захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку, включаючи витрати на проведення невідкладних операцій, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні матеріали, засоби фіксації, призначені лікарем, на оплату послуг медичного персоналу;
- 3) надання послуг Телемедицини;
- 4) надання невідкладної стоматологічної допомоги. Максимальний ліміт відповідальності- 200 (двісті) у.о.;
- 5) евакуація (медична репатріація) - транспортування ЗО до конкретного населеного пункту (медичного закладу, найближчого до міжнародного аеропорту або найближчого до пункту перетину кордону тощо) у країні постійного проживання ЗО, якщо необхідність такого транспортування виникла в результаті настання із Застрахованою особою нещасного випадку, загострення хронічного захворювання або раптового захворювання та є необхідним з медичних показань, при наявності медичного висновку. Рішення щодо необхідності та можливості здійснення такого транспортування, а також про вибір пункту призначення, маршруту та засобу здійснення евакуації (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом - за погодженням зі Страховиком;
- 6) репатріація тіла ЗО у випадку її смерті, внаслідок нещасного випадку, загострення хронічного захворювання або раптового захворювання, якщо смерть ЗО не пов'язана з обставинами, зазначеними у Розділі 11 цих Умов;
- 7) у випадку перебування ЗО у стаціонарному медичному закладі у критичному стані більше 10 (десяти) днів, оплата квитка на літак (економ-клас) одного з близьких родичів ЗО до країни тимчасового перебування ЗО та у

зворотному напрямку, а також проживання близького родича в готелі у країні тимчасового перебування ЗО протягом 3 (трьох) днів. При цьому, ліміт для відшкодування вартості проживання близького родича на одну добу - 50 (п'ятдесят) у.о.

6.2. Програма "Standart".

За цією Програмою, додатково до витрат перелічених у Програмі "**Econom**", відшкодовується витрати, які нерозривно пов'язані зі страховим випадком, а саме:

надання невідкладної медичної допомоги в амбулаторних умовах, включаючи витрати на проведення діагностичних досліджень, придбання медикаментів, перев'язочних матеріалів, засобів фіксації, призначених лікарем, на оплату послуг лікарів.

6.3. Програма "Lux".

За цією Програмою, додатково до витрат, перелічених у Програмі "**Standart**", відшкодовується витрати, які нерозривно пов'язані зі страховим випадком, а саме:

у разі пошкодження, знищення або втрати багажу Застрахованої особи, в тому числі:

- 1) на повернення та відправлення багажу за належною адресою у випадках його помилкової відправки перевізником за іншою адресою, а також у разі хвороби або смерті Застрахованої особи;
- 2) на придбання предметів першої необхідності та одягу у випадку недоставки Застрахованій особі багажу впродовж 6 (шести) годин після прибуття ЗО в аеропорт країни тимчасового перебування.

Максимальний ліміт відповідальності, у разі пошкодження, знищення або втрати багажу ЗО - 200 (двісті) у.о.

6.4. Програма "VISA".

За цією Програмою відшкодовується витрати які нерозривно пов'язані зі страховим випадком з наступними обмеженнями:

- відшкодовується тільки витрати, які перелічені у Програмі "**Econom**", за виключенням витрат, які пов'язані з наданням невідкладної стоматологічної допомоги;
- максимальний ліміт відповідальності на один страховий випадок - 1 000 у.о.

7. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВА ПРЕМІЯ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. ФРАНШИЗА

7.1. Страхова сума:

- за програмою "**Econom**" - **30 000** у.о.;
- за програмою "**Standart**" - **50 000** у.о.;
- за програмою "**Lux**" - **100 000** у.о.;
- за програмою "**VISA**" - **30 000** у.о.;
- страхування від нещасного випадку - **1 000** у.о.

7.2. Інформація про страхову премію, страховий тариф зазначено в Сертифікаті.

7.3. Франшиза зазначається в Сертифікаті. У разі перебування ЗО у США або Канаді застосовується додаткова франшиза у розмірі - 300 у.о.

8. ТЕРМІН СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ

8.1. При укладенні Договору страхова премія сплачується одноразово, в повному обсязі.

8.2. Страхувальник сплачує страхову премію у гривні Страховику безготівково за реквізитами: **IBAN:UA803052990000026505006700493, ІКЮО 39433769** або за реквізитами які надані Страховиком чи його представником при укладанні Договору.

9. ДІЯ, СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

9.1. Строк дії Договору зазначається у Сертифікаті.

9.2. Договір набуває чинності з дати зазначеної в Сертифікаті, як дата початку дії Договору, але не раніше дня, наступного за днем надходження страхової премії на банківський рахунок Страховика та моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при виїзді з території країни постійного проживання. У разі знаходження ЗО, на дату укладання Договору, за кордоном країни постійного проживання, Договір набуває чинності на 4-ий день з дати укладання.

9.3. Договір діє до дати, зазначеної в Сертифікаті, як дата закінчення дії Договору.

9.4. Дія Договору, по відношенню до окремої Застрахованої особи, припиняється після вичерпання кількості днів перебування цієї ЗО за кордоном, зазначеної в Сертифікаті. Фактична кількість днів перебування окремою ЗО за кордоном розраховується, виходячи з відповідних позначок, штампів та відміток державних уповноважених органів, що містять дати перетинання державного кордону країни постійного проживання в обі сторони, для чого така Застрахована особа надає Страховику свій закордонний паспорт та/або митну декларацію. При кожному виїзді за кордон, загальна кількість днів перебування ЗО за кордоном автоматично зменшується на кількість днів, фактично проведених Застрахованою особою на території дії Договору.

9.5. Територія дії Договору зазначається в Сертифікаті. Договір не діє на території України та країни постійного проживання ЗО.

10. ПРЕДМЕТ ТА ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

10.1. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.

10.2. Об'єктом страхування за Договором є:

- життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи;
- майно Застрахованої особи на праві володіння, користування і розпорядження майном та/або можливі збитки чи витрати.

11. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

11.1. Не визнаються страховими випадками події:

- 11.1.1. немайнового характеру (моральна шкода) та інші непрямі збитки;
 - 11.1.2. через навмисні дії чи бездіяльність Страхувальника (Застрахованої особи), що призвели до настання страхового випадку;
 - 11.1.3. які сталися поза межами території дії Договору та які настали не під час дії Договору.
- 11.2. Страховим випадком не є і страхова виплата (виплата страхового відшкодування) не здійснюється, якщо страхові випадки, зазначені у цих Умовах, сталися внаслідок:
- 11.2.1. вживання ЗО та/або перебування під дією, алкогольних, наркотичних або токсичних речовин;
 - 11.2.2. самогубства або замаху на самогубство;
 - 11.2.3. участі у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту);
 - 11.2.4. участі у військових діях будь-якого роду, народних заворушеннях, повстаннях;
 - 11.2.5. терористичних актів, війни (оголошеної чи не оголошеної), бойових або військових дій, громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану;
 - 11.2.6. прямої чи непрямой дії радіоактивного чи іонізуючого випромінювання, хімічного, бактеріологічного забруднення.

11.3. В частині страхування медичних витрат цей Договір містить наступні обмеження:

11.3.1. ліміт відповідальності на один страховий випадок з однією ЗО становить 50 (п'ятдесят) відсотків страхової суми, для кожної окремої ЗО, крім випадків, коли, згідно з Програмою страхування встановлено більш низьке значення ліміту;

11.3.2. максимальний строк надання ЗО медичних послуг, передбачених Договором, становить 14 (чотирнадцять) днів у разі розладу здоров'я ЗО внаслідок конкретного нещасного випадку/ раптового захворювання/ загострення хронічного захворювання, що безпосередньо загрожує життю ЗО. Починаючи з 15 (п'ятнадцятого дня) строку лікування ЗО, вартість зазначених послуг Страховиком не оплачується і не відшкодовується;

11.3.3. якщо вік ЗО, на дату настання страхового випадку, становить менше 1 (одного) року або більше, ніж 65 (шістдесят п'ять) років, а також у випадках, коли для конкретної ЗО у Договорі вказано групу ризику "Заняття спортом та змагання", "Фізична праця" або "Активний туризм" Ліміт відповідальності на один страховий випадок становить 5000 (п'ять тисяч) у.о.;

11.3.4. ліміт відповідальності на самостійне, без попереднього погодження з Асистансом придбання ЗО медикаментів та/або отримання медичних послуг самостійно, становить 200 (двісті) у.о.;

11.4. Страховик не несе зобов'язань за Договором у випадках, коли необхідність надання Застрахованій особі медичних та інших послуг, що входять до Програми страхування, настала за наявності таких обставин:

11.4.1. заняття Застрахованою особою під час перебування за кордоном видами діяльності, що відповідають групам ризику "Активний туризм"/ "Фізична праця" / «Заняття спортом та участь в змаганнях», за відсутності у Сертифікаті відповідної позначки щодо такої групи ризику;

11.4.2. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом:

- без відповідного посвідчення, яке визнається у Країні тимчасового перебування;
- у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, під дією психоактивних речовин, а також у зв'язку з передачею з боку ЗО керування транспортним засобом іншій особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, під дією психоактивних речовин, або особі, яка не мала посвідчення водія відповідної категорії;

11.4.3. у разі, якщо договором передбачено групу ризику «Активний туризм», в частині заняття ЗО дайвінгом (за умови зазначення такої групи ризику у Сертифікаті) – здійснення такого заняття, за наявності медичних протипоказань для цього, встановлених кваліфікованим лікарем; вживання медикаментів, які протипоказані при заняттях дайвінгом; здійснення підводного занурення без наявності сертифікату дайвера відповідної категорії або без супроводу кваліфікованого інструктора/одного з батьків або опікуна, які мають необхідний сертифікат дайвера;

11.4.4. внаслідок невиконання Застрахованою особою офіційних рекомендацій Міністерства закордонних справ України, вебсайт mfa.gov.ua, щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, крім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлені окремим додатком до Договору;

11.4.5. розлади здоров'я, загострення захворювання або смерть ЗО настали внаслідок невиконання з боку ЗО рекомендацій лікуючого лікаря;

11.4.6. протягом строку дії Договору, після завершення 14 (чотирнадцяти) днів лікування ЗО внаслідок певного розладу здоров'я, мало місце повторне звернення ЗО за отриманням медичних послуг, внаслідок тієї ж первинної події: конкретного нещасного випадку чи раптового захворювання, або внаслідок повторного, протягом строку дії Договору, настання загострення хронічного захворювання, що безпосередньо загрожує життю ЗО, аналогічного загостренню хронічного захворювання ЗО при первинному зверненні.

11.5. Не підлягають відшкодуванню витрати, пов'язані із наданням Застрахованій особі таких медичних та інших послуг, за наступних обставин:

11.5.1. діагностика та лікування вроджених аномалій (вад розвитку), тяжких неврологічних та психічних захворювань, зокрема, порушень мозкового кровообігу, пухлин головного та/або спинного мозку, епілепсії, СНІД, тяжких (декомпенсованих) форм захворювань серцево-судинної системи, а також хронічних захворювань, їх ускладнень та наслідків, крім загострень хронічних захворювань, що безпосередньо загрожують життю ЗО;

11.5.2. діагностика та лікування захворювань, що виникли до початку дії Договору, у тому числі тих, що є протипоказаннями для здійснення закордонної подорожі, а також лікування захворювань, які в попередні 6 (шість) місяців до настання із ЗО події, що мала ознаки страхового випадку, вимагали стаціонарного лікування;

11.5.3. переривання вагітності (за винятком випадків, коли штучне переривання вагітності було необхідним у зв'язку з нещасним випадком або раптовим захворюванням за медичними показаннями), ведення вагітності та пологів, пологової допомоги при терміні вагітності ЗО понад 7 (сім) місяців;

11.5.4. лікування алкоголізму, наркоманії тощо, у тому числі, лікування абстинентного синдрому;

11.5.5. проведення лікування нервових (крім невритів), невралгій та психічних захворювань та їх загострення, лікування вроджених аномалій та психічного розладу;

11.5.6. лікування захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (в тому числі TORCH-інфекції, СНІД та ВІЛ-інфекція, імунодефіцитний стан);

11.5.7. діагностика та лікування хвороб крові та кровотворних органів;

11.5.8. діагностика та лікування захворювань або наслідків (ускладнень) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз;

11.5.9. діагностика та лікування захворювань і розладів здоров'я в частині органів слуху, крім випадків загострення/гострого захворювання органів слуху;

11.5.10. діагностика та лікування онкологічних захворювань, новоутворень, хвороб ендокринної системи (зокрема, цукрового діабету), променевої хвороби (включаючи загострення);

11.5.11. лікування захворювань шкіри (дерматитів, кропивниць та еритем тощо), крім випадків, що потребують невідкладної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи (зокрема, набряк Квінке);

11.5.12. ангіографія, а також витрати, пов'язані з операціями на серці та судинах, в тому числі стентування, шунтування, протезування артерій, балонна ангіопластика;

11.5.13. лікування сонячного опіку або теплового удару, пов'язаних із дією сонячного проміння, крім виникнення підвищеної небезпеки для життя Застрахованої особи, що мало наслідком лікування цієї особи у стаціонарних умовах;

11.5.14. діагностика та лікування, пов'язані з пластичною, коригуючою, косметичною або реконструктивною хірургією, трансплантацією органів;

11.5.15. стоматологічне лікування, крім випадків, пов'язаних з усуненням гострого зубного болю (невідкладна стоматологічна допомога);

11.5.16. надання медичної допомоги у зв'язку з епідеміями, крім епідемії грипу, пандемії COVID-19;

11.5.17. проведення профілактичних щеплень, вакцинацій, дезінфекцій, лікарської експертизи;

11.5.18. здійснення лікування Застрахованої особи її родичами, а також самолікування ЗО;

11.5.19. лікування Застрахованої особи в санаторії, будинку відпочинку тощо;

11.5.20. лікування нетрадиційними методами (фітотерапія, іридодіагностика, гомеопатичне лікування, рефлексотерапія, масаж, мануальна терапія тощо);

11.5.21. проведення реабілітації, відновлювальної терапії або лікувальної фізіотерапії, водолікування, SPA-процедур;

11.5.22. будь-яке протезування, включаючи зубне, придбання протезів, ортопедичних виробів, придбання та ремонт допоміжних засобів (оптичних корекції зору, окулярів, оправ до них, контактних лінз, слухових апаратів, інвалідних візків, тростин, вимірювальних приладів тощо), на придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;

11.5.23. витрати на фіксатори для проведення остеосинтезу (штифти, цвяхи, спиці, гвинти тощо);

11.5.24. надання ЗО у стаціонарному медичному закладі засобів та послуг додаткового комфорту, зокрема: радіоприймача, кондиціонера, телевізора, а також послуг перукаря, косметолога тощо;

11.5.25. отримання лікування, пов'язаного з ускладненням/ побічними діями ліків, не призначених лікарем;

11.5.26. отримання ЗО медичної допомоги в результаті заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування/отримання профілактичних медичних послуг за кордоном;

- 11.5.27. транспортування ЗО до лікарні або до лікаря, за відсутності клінічної необхідності та медичних показань у транспортуванні автомашиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом чи засобом санітарної авіації з необхідним медичним супроводом;
- 11.5.28. здійснення медичного огляду та надання медичної допомоги, що не пов'язані з страховим випадком;
- 11.5.29. надання медичних послуг, які не є обов'язковими для діагностики та лікування при настанні страхового випадку;
- 11.5.30. здійснення вибіркового або планового медичне обстеження ЗО;
- 11.5.31. отримання ЗО послуг індивідуального догляду, патронажу та охорони;
- 11.5.32. надання ЗО послуг медичними закладами, що не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на медичну діяльність;
- 11.5.33. перебування у стаціонарному медичному закладі за кордоном з метою отримання головним чином опікунського чи реабілітаційного догляду;
- 11.5.34. лікування та інші витрати у державному чи соціальному лікувальному закладі країни перебування, якщо ЗО має право на безкоштовне медичне обслуговування згідно з законодавством цієї країни;
- 11.5.35. витрати на лікування Застрахованої особи, які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі на проведення хірургічних операцій, які, до закінчення подорожі, можливо замінити курсом консервативного лікування тощо;
- 11.5.36. проведення медичної репатріації ЗО, якщо, за медичними показаннями, лікування захворювання або тілесного ушкодження ЗО може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в Країну постійного проживання та/або якщо ушкодження здоров'я ЗО не перешкоджає продовженню її поїздки;
- 11.5.37. оформлення та виписки медичної документації, переоформлення білетів на рейсовий транспорт на інший строк, будь-яке транспортування Застрахованої особи, крім перевезення ЗО до лікарні або лікаря за медичними показаннями;
- 11.5.38. продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до Країни постійного проживання, зокрема, лікування ускладнень, які виникли після проведеного за кордоном планового (оперативного або консервативного) лікування ЗО;
- 11.5.39. медична репатріація або поховання ЗО за кордоном, які були організовані без письмового погодження із Страховиком (Асистансом);
- 11.5.40. лікування у медичному закладі або перебування на обсервації (ізоляції), а також будь-які додаткові витрати, які надаються Застрахованій особі безкоштовно за правилами країни перебування;
- 11.5.41. заподіяння шкоди Застрахованій особі у зв'язку з професійною помилкою лікаря;
- 11.5.42. медичні та інші послуги, надані Застрахованій особі, не передбачені Програмою, обраною для цієї ЗО.
- 11.6. В частині страхування від нещасних випадків, Страховик не несе зобов'язань за Договором, за наявності обставин, вказаних у п.11.4. цих Умов.
- 11.7. Страховик не несе зобов'язань за Договором в частині страхування багажу і не відшкодовує витрати (збитки) ЗО, які:
- 11.7.1. здійснені без погодження з Асистансом;
- 11.7.2. пов'язані з арештом, конфіскацією або знищенням багажу за вимогою військового чи цивільного уряду, митних органів;
- 11.7.3. пов'язаних з навмисними діями чи внаслідок порушення з боку ЗО або її представників встановлених правил перевезення, пересилання і зберігання багажу;
- 11.7.4. пов'язані зі зміною режиму зберігання багажу, впливу температури, трюмного, багажного, складського повітря чи особливих властивостей і природних якостей багажу (зокрема усушки, повільного виділення тепла при гнитті, самозайманні тощо), природної втрати (зміни) маси (об'єму) багажу або його природного зносу;
- 11.7.5. пов'язані з виробничими дефектами речей у багажі;
- 11.7.6. пов'язані з невідповідністю упаковки багажу та відправлення багажу у пошкодженому стані;
- 11.7.7. пов'язані з нестачею або пошкодженням багажу при цілісності зовнішньої упаковки;
- 11.7.8. пов'язані з пошкодженням багажу грибок (пліснявою), черв'яками, гризунами, комахами тощо;
- 11.7.9. пов'язані з одержанням багажу в пункті призначення особою, не уповноваженою на це законним отримувачем багажу;
- 11.7.10. пов'язані з неправильним, несвоєчасним чи неповним оформленням перевізних документів;
- 11.7.11. пов'язані з втратою та пошкодженням наступних речей: готівки, особистої та ділової документації (в тому числі комерційних або наукових матеріалів), дорожніх чеків, банківських карток, авіа- та залізничних квитків, цінних паперів, особливо цінних речей та предметів (дорогоцінних металів та виробів з них, ювелірних виробів, колекцій, речей та предметів, що мають художню або історичну цінність);
- 11.7.12. пов'язані із затримкою доставки багажу транспортними засобами, що здійснюють перевезення, до 6 (шести) годин з моменту прибуття Застрахованої особи до терміналу (станції) призначення країни тимчасового перебування;

11.7.13. пов'язані з затримкою багажу Застрахованої особи, викликаною митним доглядом та/або іншими законними процедурами та діями;

11.7.14. пов'язані з витратами на предмети першої необхідності, які були здійснені Застрахованою особою після 3 (трьох) днів з моменту прибуття її до терміналу (станції) призначення країни тимчасового перебування;

11.7.15. пов'язані з витратами на предмети першої необхідності, які були здійснені Застрахованою особою після доставки її багажу перевізником;

11.7.16. пов'язані з неповідомленням несвоєчасним повідомленням з боку ЗО служби розшуку багажу/ представника компанії перевізника про затримку доставки багажу/ втрату багажу.

11.8. Дія Договору та обов'язки Страховика по оплаті вимог чи послуг, передбачених цими Умовами, можливі у тій мірі та до тих пір, поки це не суперечить економічним, торговельним або фінансовим санкціям чи ембарго, встановленим Європейським Союзом або Україною, що безпосередньо застосовуються до сторін договору. Це також відноситься до економічних, торговельних та фінансових санкцій чи ембарго, встановлених Сполученими Штатами Америки у відношенні до Ісламської республіки Іран, Північної Кореї та Сирії в тій мірі, в якій вони не суперечать європейському та українському законодавству.

11.9. Дія Договору не поширюється на території країн, де, на момент початку дії Договору, відбуваються війни/військові дії, революції / народні повстання або фактично діють інші форс-мажорні обставини, що об'єктивно несуть загрозу життю і здоров'ю фізичних осіб.

11.10. Дія Договору не поширюється на страхові випадки, які сталися в період виключення.

12. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

12.1. Зміни і доповнення Договору відбувається за вимогою Страхувальника або Страховика згідно Розділу 4 Загальних умов продукту.

12.2. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у випадках:

12.2.1. закінчення строку дії Договору;

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

12.2.3. несплати Страхувальником страхової премії у повному обсязі до початку дії Договору;

12.2.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

12.2.5. набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;

12.2.6. в інших випадках, передбачених законодавством України та Загальними умовами продукту.

12.3. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору.

12.4. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього договору страхування у розмірі **60% від страхової премії**, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

12.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього договору страхування у розмірі **60% від страхової премії**, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

12.6. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

12.7. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику оригінал Сертифікату разом з заявою про припинення Договору.

13. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

Страхова виплата здійснюється Страховиком на користь Страхувальника (Вигодонабувача), Асистанса або Третіх осіб відповідно до цих Умов, Загальних умов продукту та чинного законодавства України, на підставі заявленої вимоги та страхового акту. Заявленою вимогою є письмова вимога, у формі заяви про виплату страхового відшкодування, яка містить обґрунтовану вимогу про здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) згідно умов Договору, що надійшла Страховику у письмовій формі від належним чином встановленої особи, що має відповідні повноваження на підписання та подання такої заяви. У разі врегулювання вимоги Асистансом, заявленою вимогою вважається письмове звернення Асистанса до Страховика щодо відшкодування коштів за надані послуги Застрахованій особі.

13.1. Здійснення страхової виплати за страхуванням медичних витрат.

13.1.1. Страховик сплачує (в межах Страхової суми/ Лімітів відповідальності/ обмежень, встановлених Розділом 6 та Розділом 11 цих Умов) вартість послуг, наданих Застрахованій особі згідно з умовами Договору, на підставі рахунків Третіх осіб, наданих Страховику: через Асистанс чи безпосередньо Третіми особами, або відшкодовує Застрахованій

особі, згідно умов Договору, грошові суми, сплачені за вказані послуги, що були надані ЗО.

13.1.2. За відсутності у місці знаходження ЗО, якій необхідне надання певних медичних та інших послуг, Третьої особи - партнера Асистанса (медичного закладу/лікаря/провайдера послуг, що передбачені Програмою) та/або у разі неможливості на думку Асистанса здійснення оплати страхового відшкодування безпосередньо такій Третій особі-партнеру Асистанса, Асистанс має право, надати можливість ЗО сплатити самостійно вартість послуг у обсязі погодженому Асистансом, з подальшим розглядом питання відшкодування з боку Страховика їх вартості після повернення ЗО у країну постійного проживання, згідно загальному порядку проведення страхових виплат. Після отримання такого дозволу, ЗО самостійно, за власні кошти сплачує вказані послуги у країні тимчасового перебування.

13.1.3. Перерахування коштів за послуги, фактично надані ЗО згідно умов Договору, на рахунки Асистанса (Третіх осіб) здійснюється на підставі договорів, укладених між Страховиком і Асистансом (Третіми особами), та документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданих ЗО необхідних послуг. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком та Асистансом (Третіми особами).

13.1.4. При відшкодуванні Застрахованій особі (Вигодонабувачу) Страховиком грошових сум, сплачених за послуги, що були надані ЗО, протягом ЗО (тридцяти) календарних днів з дати повернення цієї ЗО із закордонної подорожі, Страховику мають бути надані такі документи:

- заява-повідомлення про настання із ЗО страхового випадку;
- заява Застрахованої особи про виплату страхового відшкодування, за встановленою Страховиком формою;
- Сертифікат (примірник Страхувальника);
- копії паспорта та довідки про присвоєння ЗО реєстраційного номеру облікової картки платника податку;
- довідка-рахунок з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, переліком наданих послуг, загальною сумою до виплати;
- рецепти, виписані лікуючим лікарем на придбання медикаментів, із зазначенням назви кожного медичного препарату;
- деталізовані рахунки за інші надані послуги, з розбивкою їх за датами та вартістю, загальною сумою до виплати;
- документи, що підтверджують факт оплати за медикаменти, медичні та інші послуги, надані ЗО;
- копії закордонного паспорта (чи дитячого проїзного документу) Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю про перетин державного кордону країни постійного проживання;
- копія "Свідоцтва про смерть" Застрахованої особи (у разі смерті ЗО);
- на обґрунтовану вимогу Страховика, інші документи, що підтверджують (встановлюють) обставини настання із ЗО нещасного випадку, загострення хронічного захворювання чи раптового захворювання, умови надання ЗО медичних та інших послуг за Договором тощо.

13.1.5. Документи надаються Страховику українською мовою, у формі оригінальних або нотаріально засвідчених примірників, або простих копій, за умови надання можливості звірки цих копій з оригінальними примірниками документів.

13.1.6. За умови попереднього погодження переліку послуг та суми витрат з Асистансом або Страховиком (до їх оплати), Страховик сплачує вартість наданих послуг (здійснені витрати) у повному обсязі в межах Страхової суми/Ліміту відповідальності, з урахуванням обмежень, встановлених Розділом 11 цих Умов.

13.1.7. Якщо Застрахована особа, з об'єктивних причин, не звернулась в Асистанс для отримання необхідної медичної допомоги (послуг), вона зобов'язана узгодити із Асистансом чи Страховиком суму рахунку за вказані послуги до моменту їх оплати.

13.1.8. Якщо витрати ЗО (перелік послуг, наданих ЗО) не було попередньо погоджено з Асистансом або Страховиком, останній відшкодовує тільки суму витрат у межах Ліміту відповідальності, встановленого згідно п.11.3.4. цих Умов.

13.1.9. Страхова виплата здійснюється на підставі Страхового акта, що складається Страховиком або уповноваженою ним особою.

13.1.10. Страхова виплата здійснюється з вирахуванням:

- франшизи, вказаної у Сертифікаті. Крім загальної франшизи, вказаної у Сертифікаті, при наданні ЗО медичних та інших послуг на території США і Канади, вираховується додаткова франшиза у розмірі 300 (триста) у.о.;
- здійснених витрат на переклад документів, наданих ЗО, та пов'язаних зі страховим випадком.

13.1.11. Страхова виплата на території України здійснюються у грошовій одиниці України за курсом НБУ на день настання страхового випадку.

13.1.12. Рішення про виплату страхового відшкодування ЗО (Вигодонабувачу) або про відмову у виплаті приймається Страховиком протягом ЗО (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у п.13.1.4. цього розділу, шляхом складання страхового акта.

13.1.13. Строк прийняття рішення може бути продовжений Страховиком на період проведення медичного огляду ЗО, очікування документації та інформації про страховий випадок від Асистансу, відповідних компетентних органів, медичних та інших закладів за запитом Страховика.

13.1.14. Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складення страхового акту.

13.1.15. При відмові у страховій виплаті, Страховик, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складання страхового акту, направляє письмове повідомлення Застрахованій особі (Вигодонабувачу) з обґрунтуванням причин відмови.

13.1.16. Якщо Застрахована особа (Вигодонабувач) отримала відшкодування своїх витрат на сплачені медичні та інші послуги від осіб, винних у заподіянні збитків, Страховик виплачує різницю між сумою, яка підлягає виплаті та сумою, отриманою Застрахованою особою від цих осіб. Про отримання від винних осіб таких сум та їх розміри, Застрахована особа (Вигодонабувач) зобов'язана повідомити Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів.

13.1.17. Після здійснення страхової виплати, страхова сума за Договором для відповідної Застрахованої особи зменшується на суму вказаної страхової виплати.

13.2. Здійснення страхової виплати за страхуванням від нещасних випадків.

13.2.1. Страховик здійснює страхову виплату внаслідок настання із ЗО нещасного випадку, за умови кваліфікації цієї події, згідно з умовами Договору, у якості страхового випадку: при настанні смерті ЗО або встановленні ЗО I (першої) чи II (другої) групи первинної інвалідності.

13.2.2. Для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, Страховику мають бути надані такі документи:

- заява Застрахованої особи (її спадкоємця за законом) про виплату страхового відшкодування, за встановленою Страховиком формою;

- Сертифікат (примірник Страхувальника);

- копії закордонного паспорту (чи дитячого проїзного документу) Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю про перетин державного кордону країни постійного проживання;

- копії паспорта отримувача страхової виплати та довідки про присвоєння йому реєстраційного номеру облікової картки платника податку;

- довідка з правоохоронних органів за місцем настання події, якщо нещасний випадок стався внаслідок неправомірних дій будь-яких осіб;

- медична довідка про настання нещасного випадку із ЗО, у якій має бути зазначено місце, дата і час настання нещасного випадку, дата і час звернення до лікувального закладу, діагноз, вид травми, обставини настання нещасного випадку, а також висновок про наявність алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння ЗО на момент настання цієї події;

- у разі встановлення Застрахованій особі інвалідності I чи II групи - оригінал (нотаріально завірена копія) довідки про встановлення групи інвалідності, яка видана Державною установою (органом, відомством), що уповноважена видавати документи встановленого державою зразка щодо встановлення групи інвалідності;

- у разі смерті ЗО внаслідок нещасного випадку - медична довідка щодо причини смерті ЗО, нотаріально засвідчені копії "Свідоцтва про смерть" ЗО та "Свідоцтва про право на спадщину" (для спадкоємців ЗО);

- на обґрунтовану вимогу Страховика - інші документи, що підтверджують (встановлюють) обставини настання страхового випадку із ЗО, страховий інтерес отримувача страхової виплати тощо.

13.2.3. Документи надаються Страховику українською мовою, у формі оригінальних або нотаріально засвідчених примірників, або простих копій, за умови надання можливості звірки цих копій з оригінальними примірниками документів.

13.2.4. Рішення про здійснення страхової виплати ЗО (Вигодонабувачу) або про відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у п.13.2.2. цього розділу, шляхом складання страхового акту.

13.2.5. Строк прийняття рішення може бути продовжений Страховиком на період проведення медичного огляду ЗО, очікування документації та інформації про страховий випадок від відповідних компетентних органів, медичних та інших закладів за запитом Страховика.

13.2.6. Страховик здійснює страхову виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дня складення страхового акту.

13.2.7. При настанні із ЗО нещасного випадку, страхова виплата здійснюється:

а) у разі смерті Застрахованої особи - у розмірі 100% страхової суми;

б) у разі встановлення ЗО інвалідності внаслідок нещасного випадку:

I групи – 100% страхової суми;

II групи – 70% страхової суми.

13.2.8. У разі, якщо смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку настала після здійснення страхової виплати (внаслідок тієї ж первинної події) і встановлення ЗО інвалідності II групи, то спадкоємцям ЗО виплачується - різниця між сумами виплат при настанні смерті і внаслідок встановлення ЗО інвалідності II групи.

13.3. Здійснення страхового відшкодування витрат, інших ніж медичні, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон.

13.3.1. Для прийняття рішення, щодо здійснення виплат страхового відшкодування внаслідок пошкодження, знищення, втрати багажу ЗО під час здійснення подорожі за кордон, Страховику мають бути надані такі документи:

- заява Застрахованої особи про виплату страхового відшкодування, за встановленою Страховиком формою;

- Сертифікат (примірник Страхувальника);
- копії закордонного паспорту ЗО з відмітками прикордонного контролю про перетин державного кордону країни постійного проживання;
- копії паспорта ЗО та довідки про присвоєння їй реєстраційного номеру облікової картки платника податку;
- копії Акта PIR та списку речей, які знаходилися у багажі ЗО;
- у разі пошкодження (знищення) багажу - документи, що підтверджують розмір заподіяного збитку;
- митну декларацію ЗО (за наявності);

- на обґрунтовану вимогу Страховика, інші документи, що підтверджують (встановлюють) обставини настання втрати (пошкодження багажу ЗО, розмір заподіяного збитку, страховий інтерес отримувача страхового відшкодування тощо).

13.3.2. Документи надаються Страховику українською мовою, у формі оригінальних або нотаріально засвідчених примірників, або простих копій, за умови надання можливості звірки цих копій з оригінальними примірниками документів.

13.3.3. Розмір страхового відшкодування не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнала ЗО, та дорівнює:

- у випадку втрати (нестачі) багажу – розміру дійсної (ринкової) вартості втраченого багажу ЗО;
- у випадку пошкодження або псування багажу – сумі, на яку знизилася вартість багажу, або сумі витрат на його відновлення (вартість ремонту, запасних частин (деталей) і матеріалів);

13.3.4. Розмір страхового відшкодування визначається за вирахуванням сум, отриманих ЗО як компенсація за втрату або пошкодження багажу від будь-якої особи;

13.3.5. У випадку якщо після виплати страхового відшкодування втрачений багаж було знайдено, ЗО повинна прийняти цей багаж та повернути Страховику суму виплаченого страхового відшкодування.

13.3.6. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати або відмову у страховій виплаті протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у п.13.3.1. цього розділу, шляхом складання страхового акта.

13.3.7. Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складення страхового акту.

13.3.8. При відмові у здійсненні страхової виплати, Страховик, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складання акту, направляє письмове повідомлення Застрахованій особі з обґрунтуванням причин відмови.

13.4. Страховик має право затримати прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування), надалі - СВ, якщо:

13.4.1. Він має обґрунтовані сумніви щодо майнового інтересу особи, яка вимагає отримання СВ, зокрема, якщо не визначено спадкоємців Застрахованої особи, що померла внаслідок настання страхового випадку. Питання про здійснення СВ вирішується протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання Страховиком належного документу на підтвердження майнового інтересу особи, яка вимагає здійснення СВ на свою користь.

13.4.2. Відповідними компетентними органами, за наявності протиправних дій за фактом настання події, що має ознаки страхового випадку, і щодо якої Страховику подані документи для здійснення СВ, було порушено кримінальне провадження і проводиться досудове розслідування обставин, щодо настання події. Питання про здійснення СВ вирішується протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після зупинення або закінчення зазначеного розслідування, закриття кримінального провадження тощо.

13.4.3. Мають місце обґрунтовані сумніви Страховика з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин події ознакам страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у страховій виплаті – на строк, необхідний для встановлення істини щодо дійсних обставин події, але не більше ніж на 6 (шість) місяців;

13.4.4. Документи надано Страховику не в належній формі або оформлені із порушенням загальних норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), страхова виплата (виплата страхового відшкодування) не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

ПРИМІТКА. Про затримання СВ Страховик письмово повідомляє особу, яка вимагає отримання СВ протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття відповідного рішення, з обґрунтуванням підстав такого затримання.

14. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.1. Підставою (причиною) для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

14.1.1. навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

14.1.2. вчинення Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

14.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

- 14.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (ЗО, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);
- 14.1.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими цими Умовами;
- 14.1.6. порушення Страхувальником цих Умов;
- 14.1.7. невиконання Страхувальником (ЗО) своїх обов'язків за Договором;
- 14.1.8. створення Страхувальником (ЗО, Вигодонабувачем) Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 14.1.9. несплата Страхувальником страхової премії в розмірах та в строки, які встановлені в Сертифікаті;
- 14.1.10. ненадання документів згідно Розділу 13 цих Умов;
- 14.1.11. інші випадки, передбачені законодавством України.

15. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

15.1. Страхувальник має право:

- 15.1.1. ознайомитись з Загальними умовами продукту та цими Умовами;
- 15.1.2. вимагати від Страховика своєчасної страхової виплати (виплати страхового відшкодування) у термін, визначений цими Умовами;
- 15.1.3. протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого договору без пояснення причин, в порядку зазначеному в Розділі 5 Загальних умов продукту;
- 15.1.4. ініціювати внесення змін до умов Договору протягом строку його дії;
- 15.1.5. достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог Розділу 12 цих Умов;
- 15.1.6. одержати від Страховика дублікат Сертифікату в разі втрати оригіналу;
- 15.1.7. оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або розмір здійсненої страхової виплати в судовому порядку.

15.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

- 15.2.1. надати Страховикові всю відому йому інформацію, що має значення для оцінки страхового ризику;
- 15.2.2. повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкта страхування;
- 15.2.3. повідомити Страховикові про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи;
- 15.2.4. повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, Застраховану особу про укладений на її користь Договір, і якщо Застрахована особа протягом 30 календарних днів не повідомила страховика про наявність заперечень проти укладення договору страхування, такий договір вважається укладеним на її користь;**
- 15.2.5. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені цими Умовами;
- 15.2.6. протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором;
- 15.2.7. при настанні страхового випадку діяти відповідно до умов та вимог, викладених у Розділі 6 Загальних умов продукту;
- 15.2.8. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- 15.2.9. погоджувати зі Страховиком та(або) Асистуючою компанією, телефони якої вказані у Сертифікаті, всі дії, пов'язані з отриманням лікування та інших послуг у разі настання ризиків, обумовлених Розділом 5 цих Умов;
- 15.2.10. виконувати розпорядження та рекомендації Страховика та(або) його Асистуючий компанії;
- 15.2.11. на вимогу Асистансу (Страховика), проходити медичні огляди для підтвердження факту настання страхового випадку, необхідності надання відповідних медичних послуг;
- 15.2.12. надати право вільного доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком.

15.3. Страховик має право:

- 15.3.1. перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію;
- 15.3.2. відмовити у страховій виплаті (виплаті страхового відшкодування) у випадках, передбачених цими Умовами та чинним законодавством України, а також у випадку невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог п.15.2. цих Умов;
- 15.3.3. ініціювати внесення змін до умов Договору протягом строку його дії;
- 15.3.4. самостійно з'ясувати причини та обставини страхової події, робити запити в компетентні органи про відомості, пов'язані зі страховою подією;
- 15.3.5. при необхідності, організовувати медичні огляди з метою обстеження Застрахованої особи;
- 15.3.6. достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог Розділу 12 цих Умов;

15.3.7. пред'явити вимогу до особи, що одержала страхову виплату, про повернення отриманої суми (повністю або частково), якщо стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, які позбавляють одержувача страхової виплати, на підставі цих Умов, права на одержання зазначених коштів (повністю або частково).

15.4. Страховик зобов'язаний:

15.4.1. ознайомити Страхувальника з цими Умовами та Загальними умовами продукту;

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

15.4.3. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений цими Умовами строк.

15.4.4. у разі настання страхового випадку відшкодувати витрати, понесені Страхувальником для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

15.4.5. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог законодавства;

15.4.6. видати Страхувальнику дублікат Сертифікату у разі втрати оригіналу. Після видачі дублікату втрачений примірник вважається недійсним.

15.5. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору, його сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

15.6. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати за кожний день прострочення, але не більше ніж подвійна облікова ставка Національного банку, яка діяла в період, за який нарахована пеня.

15.7. Сторони звільнюються від відповідальності, якщо причиною невиконання або неналежного виконання обов'язків стали обставини непереборної сили (військові дії, масові безладдя, зміни законодавства тощо), що підтверджується відповідним документом Торгово-Промислової палати України.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

16.2. Суперечності, які виникли між сторонами, вирішуються шляхом переговорів.

16.3. У всьому, що не врегульовано цими Умовами, Сторони керуються Загальними умовами продукту. Відносини Сторін в частині, що не врегульовані цими Умовами та Загальними умовами продукту, регулюються чинним законодавством України.

17. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ТА ІНШІ УМОВИ

17.1. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг", або в порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію". У разі, якщо Договір укладається в порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію", ці Умови, в розумінні п.1. ст.11 Закону України "Про електронну комерцію" є істотними умовами Договору.

17.2. Договір укладається на умовах Оферти, яка розміщується на сайті Страховика на сторінці за посиланням oberig-sg.com/oferty та/або його партнера, шляхом надання Страховиком пропозиції його укласти та прийняття її Клієнтом (Акцепту) з використанням інформаційно-комунікаційних систем (ІКС) Страховика та/або його партнера.

17.3. Доступ страхувальника до Кабінета страхувальника формується Страховиком на вимогу Страхувальника до Страховика. Страховик на таку вимогу Страхувальнику надає останньому дані доступу та окремі ідентифікатори.

17.4. Фактом приєднання та безумовним Акцептом умов Оферти Клієнтом вважається заповнення ним формуляра заяви (форми) про прийняття пропозиції (далі - **Заява**) в електронній формі, з використанням ІКС Страховика та/або його партнера, та її підписання електронним підписом або одноразовим ідентифікатором, який направляється Страховиком або його партнером Страхувальнику засобами мобільного/електронного/інтернет зв'язку. Одноразовий ідентифікатор - дані в електронній формі у вигляді алфавітно-цифрової послідовності, що додаються до інших електронних даних особою, яка прийняла пропозицію (Оферту) укласти електронний договір, та надсилаються іншій стороні цього договору. При цьому підписання Клієнтом Заяви таким одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Договору у відповідності до вимог ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію».

17.5. Після прийняття Клієнтом пропозиції відповідно до п.17.4. він набуває статусу Страхувальника та має здійснити оплату страхової премії у розмірі, визначеному умовами Договору.

17.6. Надання Клієнту Сертифікату є підтвердженням отримання Страховиком Заяви Клієнта.

17.7. Заповнення Заяви Клієнтом не зобов'язує його укласти Договір, у разі, якщо Клієнт не підписав Заяву електронним підписом або одноразовим ідентифікатором, Договір вважається неукладеним.

17.8. Зі сторони Страховика Договір підписується:

- кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком або його партнером на підписання договорів страхування, із кваліфікованою електронною позначкою часу, накладеним такою особою. Сторони можуть використовуватись удосконалений електронний підпис, якщо це передбачено законодавством; або
- застосуванням використання факсимільних відтворень відтиску печатки Страховика та/або факсимільних відтворень власноручного підпису за допомогою засобів електронного, механічного або іншого копіювання підпису уповноваженої особи Страховика та печатки Страховика.

17.9. Одразу після підписання Договору обома сторонами Страховик надсилає Страхувальнику укладений ним електронний Договір страхування у формі, що унеможливує спотворення його змісту, засобами мобільного/електронного/інтернет зв'язку.

17.10. Страховик на письмову вимогу Страхувальника створює паперову копію Договору страхування, підписує, скріплює печаткою та надає Страхувальнику у вказаний ним спосіб протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги.

17.11. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття Клієнта на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття на страхування є не направлення Страховиком або його партнером одноразового ідентифікатора необхідного для підписання Заяви.

17.12. Під час виконання зобов'язань за Договором Сторони можуть використовувати для листування адреси електронної пошти один одного. Страхувальник може направити електронне повідомлення на електронну адресу Страховика info@oberig-sg.com (далі – електронна адреса Страховика).

17.13. Страховик надає Клієнту для ознайомлення документи та інформацію, зазначену у ст.86 та ст.87 ЗУ «Про страхування», шляхом розміщення їх на власному сайті у відкритому доступі за посиланнями відповідно: oberig-sg.com/products та oberig-sg.com/oficialnaya-informaciya, а також шляхом надання для ознайомлення повного тексту проекту Договору (Оферти) до його укладення.

17.14. Відповідно до Закону України “Про захист персональних даних”, Страхувальник (в тому числі всі інші контрагенти цього Договору: застраховані особи, потерпілі особи, вигоданабувачі тощо) надає згоду Страховику, згідно з вимогами Закону України «Про захист персональних даних», на обробку та використання персональних даних, з метою здійснення страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності, забезпечення реалізації адміністративно-правових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку та ведення внутрішніх баз даних Страховика.

17.15. У випадку розходження цих Умов з Загальними умовами продукту, пріоритет має текст цих Умов та Сторони керуються положеннями цих Умов.

17.16. Страхувальник підтверджує, що він ознайомлений і згоден з Офертою, Інформаційним документом про стандартний страховий продукт та Загальними умовами продукту, в тому числі викладеними на сайті www.oberig-sg.com у відповідних розділах, а також підтверджує, що згоду Застрахованих осіб на страхування отримано. Страхувальник також підтверджує та визнає, що: до укладення Договору, на виконання вимог ст.7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені п.2. статті 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» (надалі – інформація); зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування страхувальників Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет www.oberig-sg.com, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору та Загальних умов продукту йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; Акцепт Оферти нав'язаний йому іншою особою; Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору. Підписанням Договору Страхувальник надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації Страховиком Повідомлень про подію та іншої інформації щодо страхових випадків, для виконання зобов'язань за Договором та надає згоду Страховику на використання інформації (в тому числі записів телефонних розмов), іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків за умовами Договору, у взаємовідносинах з фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі, при вирішенні спорів (претензій, заяв, позовів), пов'язаних з виконанням Сторонами зобов'язань за цим Договором. Страховик гарантує використання інформації та документів, отриманих від Страхувальника (в тому числі запису телефонних розмов) виключно з метою та в межах зобов'язань, передбачених цим Договором та діючим законодавством з дотриманням обмежень, встановлених Конституцією України, Законом України "Про інформацію" та іншими актами законодавства, що регулюють відносини в сфері інформації.

17.17. Страхувальник надає згоду та не заперечує проти проведення Страховиком ідентифікації та вивчення фінансової діяльності відповідно до вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню)

доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» №361-IX від 06.12.2019р. та «Положення про здійснення установами фінансового моніторингу» затвердженого Постановою Правління Національного банку України № 107 від 28.07.2020р.

17.18. За погодженням Страховика, Страхувальник може надавати Страховику документи, необхідні для виконання Договору (в т.ч. для здійснення страхових виплат) в електронному вигляді, у вигляді сканованих копій документів або фотокопій (в т.ч. із засвідченням своїм особистим підписом) - на електронну адресу, повідомлену Страховиком Страхувальнику для кожного окремого випадку (в т.ч. зі своїм особистим підписом), в цьому випадку Страхувальник підтверджує і визнає, що документи в електронному вигляді з його особистим підписом мають повну юридичну силу та можуть використовуватися і розглядатися Страховиком аналогічно оригіналам документів. За першою усною чи письмовою вимогою Страховика, Страхувальник зобов'язаний пред'явити Страховику оригінали (нотаріальні копії) таких документів протягом 10 (десяти) робочих днів. У випадку їх ненадання, Страховик має право стягнути зі Страхувальника суму виплаченого страхового відшкодування, із залученням до справи документів, наданих в електронному вигляді (скан-копії, фотокопії, тощо).

17.19. Сертифікат є документом, що містить окрему інформацію щодо умов страхування, проте не встановлює прав, обов'язків Страховика і Страхувальника та не врегульовує питання щодо умов та порядку здійснення Страховиком виплати страхового відшкодування.

18. ЗАХИСТ ПРАВ СПОЖИВАЧІВ

18.1. Страховик здійснює розгляд письмових звернень споживачів згідно законодавства України. Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків небанківських фінансових послуг.

18.2. Реквізити органу, що здійснює державне регулювання, а також реквізити органів до яких споживач має право подати звернення з питань захисту прав споживачів фінансових послуг:

- **Національний банк України.** Місцезнаходження: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9. Телефон довідкової телефонної служби: 0 800 505 240, Web-сайт: www.bank.gov.ua.
- **Державна інспекція України з питань захисту прав споживачів.** Місцезнаходження: 03150, м. Київ, вул. Горького, 174. Телефон: (044) 528- 84-74. E-mail: dsiu@dsiu.gov.ua. Web-сайт: www.dsiu.gov.ua.
- **Інспекція з питань захисту прав споживачів у м. Києві.** Місцезнаходження: 04070, м. Київ, вул. Терьохіна, 8-А. Тел./факс: (044) 482-40-00, 463-79-73; E-mail: mkyiv_zah@ukr.net.