



вул. Білоруська, 3 м. Київ, 04050
e-mail: info@bbs.com.ua www.bbs.ua
0 (800) 500 123 (безкоштовно з
стаціонарних та мобільних в Україні)

**ПУБЛІЧНА ОФЕРТА
ЩОДО УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ
за програмою страхування витрат, пов'язаних із наданням допомоги (асистанс)
особам, які потрапити у скрутне становище під час здійснення подорожі
ОФЕРТА № 002/Online Версія 1.0.**

м. Київ

«22» липня 2024 р.

Цей Договір страхування витрат, пов'язаних із наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапити у скрутне становище під час здійснення подорожі (далі – Договір страхування) укладено відповідно до Законів України «Про страхування», Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронну комерцію» та Загальних умов про страховий продукт затверджених Наказом №НІ-72 від 17.06.2024 року, розміщених за посиланням: <https://bbs.ua/mpp-conditions/>, та складається з цієї оферти (надалі – Оферта) та Акцепту (надалі – Акцепт).

15. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ІДЕНТИФІКАЦІЇ

15.1. Договір страхування укладається за класом страхування 1,13,18.

15.2. Договір страхування укладається шляхом приєднання Страхувальника до Оферти, який наданий йому для ознайомлення у вигляді електронного документа на веб-сайті Страховика <https://bbs.ua/p-oferta-bbs-mpp-oline-2024> в порядку, передбаченому п. 3 ч. 1 ст. 9 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії».

15.3. Договір страхування складається з цієї Оферти (публічної частини Договору страхування) та Акцепту (індивідуальної частини Договору страхування) (надалі – Акцепт).

15.4. Акцепт укладається в електронній формі і є електронним документом у відповідності до Законів України «Про електронні документи та документообіг», «Про електронну комерцію».

15.5. Оферта, розміщена в мережі Інтернет за посиланням <https://bbs.ua/p-oferta-bbs-mpp-oline-2024> у вигляді електронного документа та підписана кваліфікованим електронним підписом уповноваженої особи Страховика та доступна для вільного ознайомлення.

15.6. Договір страхування вважається укладеним з моменту акцептування цієї Оферти шляхом підписання Страхувальником та Страховиком акцепту (Індивідуальної частини Договору страхування) електронними підписами: Зі сторони Страховика - кваліфікованим електронним підписом уповноваженого представника. Зі сторони Страхувальника фізичної особи - електронним підписом одноразовим ідентифікатором, шляхом направлення Страховиком одноразового ідентифікатора на засіб зв'язку (телефон, електронна адреса, застосунок VIBER, мобільний застосунок, інше) Страхувальника та введення Страхувальником такого одноразового ідентифікатора в інформаційну систему Страховика. Введення одноразового ідентифікатора Страхувальник здійснює через посилання, направлене Страховиком разом з одноразовим ідентифікатором або додається (приєднується) до електронного повідомлення від Страхувальника направлене на засіб зв'язку, або простим електронним підписом, або удосконаленим електронним підписом (ЕП). Для підписання Договору сторони можуть використати електронні електронні сервіси, де підписання Договору страхування відбувається шляхом накладення ЕП або КЕП Клієнта/Страхувальника та КЕП уповноваженої особи Страховика.

15.6.1. Після підписання Акцепту (Індивідуальної частини Договору страхування) Страхувальник зобов'язаний оплатити страхову премію у повному обсязі.

15.6.2. Після оплати страхової премії:

15.6.2.1. Страхувальнику фізичній особі на адресу електронної пошти, що була ним вказана надсилається копія Оферти, підписана кваліфікованим електронним підписом Страховика, Акцепту (Індивідуальна частина Договору страхування) та додатки до неї якщо вони передбачені програмою страхування.

15.6.3. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення копії Договору страхування на папері з електронного документа, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги.

15.7. Дана версія Оферти введена в дію з 22 липня 2024 року та діє до скасування або введення в дію нової версії Оферти.

<p>15.8. Строк дії договору (страхового покриття)</p>	<p>Строк дії договору (страхового покриття) – договір укладається на строк від 1 дня до 1 року та зазначається в договорі страхування.</p> <p>Договір може укладатися як до початку подорожі, так і під час перебування особи за межами України. Договір набирає чинності з моменту перетинання Застрахованою особою кордону України та/або країни постійного проживання, але не раніше дати та часу початку дії строку Договору, вказаних у ньому, за умови надходження страхового платежу на рахунок Страховика або страхового посередника в строки та обсязі, передбачені Договором. В Договорі страхування може встановлюватися максимальна кількість днів (в межах строку дії Договору), протягом яких Страховик несе відповідальність з моменту перетину Страхувальником (Застрахованою особою) кордону, а саме: в цілому (сумарний ліміт перебування за кордоном) та за однією подорожжю за кордон (тривалість однієї подорожі). В такому випадку в частині 1 п.5. Договору вказується "Мультівіза/Multivisa – ТАК" та зазначається кількість днів терміну покриття (в межах загальної тривалості строку дії Договору).</p>
<p>15.9. Територія дії Договору</p>	<p>Територія на яку поширюється дія договору страхування: Україна, Європа, Весь світ, або окрема країна за згодою сторін визначається у договорі страхування.</p> <p>Територія дії (місце дії) Договору – територія подорожі, що визначена у Договорі однією або кількома країнами чи зоною:</p> <p>15.9.1. зона EUR+Egypt – країни Європи вкл. країни Шенгену та Єгипет;</p> <p>15.9.2. зона World – країни світу, за виключенням США, Канади, Ізраїлю, Тайланда та Австралії;</p> <p>15.9.3. зона WW – країни всього світу, з урахуванням США, Канади, Ізраїлю, Тайланда та Австралії</p> <p>15.9.4. зона Schengen - країни шенгенської угоди.</p>

16. Визначення термінів

16.1. Агрегатна страхова сума – означає, що після страхової виплати (виплати страхового відшкодування) страхова сума зменшується на суму сплаченого страхового відшкодування. страхова сума може бути відновлена до початкового розміру за письмовою заявою Страхувальника шляхом внесення відповідних змін до Договору та сплати додаткового страхового платежу.

16.2. Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору. У разі смерті Застрахованої особи Вигодонабувачем є спадкоємець(ці) за законом, заповітом або спадковим договором; у разі втрати нею дієздатності - опікун; у разі розладу здоров'я - Застрахована особа (опікун - до досягнення нею повноліття).

16.3. Гостре захворювання - раптове погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, що загрожує життю та здоров'ю цієї особи і вимагає надання невідкладної медичної допомоги.

16.4. Договір страхування (далі по тексті – Договір чи Договір страхування) – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у визначений строк та виконувати інші умови Договору страхування. Страхувальник – особа, яка уклала із Страховиком договір страхування або є страхувальником відповідно до законодавства. Страхувальник може бути одночасно Застрахованою особою.

16.5. Екстрена (швидка) медична допомога – медично виправдані та обґрунтовані заходи медичної допомоги, які полягають у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги, невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному (критичному) медичному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. В тому числі за медичних показів включає медичний супровід Застрахованої особи, яка перебуває у невідкладному (критичному) медичному стані до **найближчого** медичного закладу, де може бути надана відповідна медична допомога.

16.6. Застрахована особа - це фізична особа на користь якої укладений Договір; згідно з Договором Застраховані особи можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника.

Красноручський
Петро
Володимирович
ЄДРПОУ/ІПН
20344871

ТОВАРИСТВО
"СТРАХОВА
КОМПАНІЯ
"БС
ІНШУРАНС"
ЄДРПОУ/ІПН
20344871

16.7. Мета подорожі (позначення кодів мети подорожі):

- **Робота** - поїздка за кордон з метою роботи (крім фізичної або пов'язаної з ризиком);
- **Туризм** - подорож особи за межі постійного місця проживання, що включає перетин кордону та здійснюється з пізнавальною, відпочинковою, оздоровчою чи іншою метою, без здійснення оплачуваної або активної фізичної діяльності в місці тимчасового перебування. До цієї категорії не відносяться екстремальні види туризму та відпочинку, які повинні страхуватися за окремими спеціалізованими програмами;
- **Навчання** - поїздка за кордон з метою навчання. Наукові дослідження;
- **Спорт** - поїздка для тих, хто планує діяльність, спрямовану на організацію та проведення спортивних заходів (змагань, тренувальних зборів тощо);
- **Активний спортивний відпочинок** - подорож для тих, хто планує активний відпочинок, а також заняття спортом на любительському рівні (за виключенням зимових видів спорту);
- **Професійний спорт** - поїздка для тих, хто планує діяльність, спрямовану на організацію та проведення спортивних заходів (змагань, тренувальних зборів тощо), за підготовку та участь в яких у якості своєї основної діяльності спортсмени отримують винагороду або заробітну плату;
- **Небезпечна робота** - поїздка для тих, хто буде працювати фізично та/або яка пов'язаної з ризиком;
- **Екстремальний туризм** - поїздка на гірськолижний курорт, або інший варіант поїздки, що передбачає катання на лижах (сноуборді) в гірській місцевості.

16.8. Медичний заклад - заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, із яким Страховиком або Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом) укладена угода про надання медичних послуг Застрахованим особам.

16.9. Найближчі родичі Застрахованої особи - його (її) дружина (чоловік), діти (в тому числі – всиновлені), його (її) матір, батько, рідні сестри та брати, а також інші особи, які спільно проживають з Застрахованою особою, пов'язані спільним побутом.

16.10. Невідкладний стан людини - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей.

16.11. Невідкладний стаціонар - надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із порушенням загального стану організму цієї особи, що загрожує життю, або порушенням функціонування її окремих систем та органів, зокрема й таке, що потребує лікування в умовах відділення інтенсивної терапії та/або оперативного втручання протягом перших 24 годин.

16.12. Програма страхування - перелік медичних, медико-транспортних та інших послуг, що надаються Застрахованій особі, відповідно до обраних нею опцій, їх обсяг (ліміт відповідальності) та рівень якості, при укладенні Договору страхування, вартість яких відшкодовується Страховиком. Програма є невід'ємною частиною Договору страхування.

16.13. Розлад здоров'я Застрахованої особи - стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

16.14. Спеціалізована служба Страховика (Асистанс) - юридична або фізична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) в разі настання страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика. Назва, адреса та телефони Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) зазначаються у Договорі страхування.

16.14.1. Спеціалізована служба Страховика (Асистанс) може здійснювати виплати по страховому випадку за Страхувальника та вимагати відповідної компенсації від Страховика.

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

16.16. Страхувальник - юридична або дієздатна фізична особа, що визначена в Індивідуальній частині Договору страхування.

16.17. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору страхування, зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

16.18. Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

16.19. Страхова премія - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити страховику згідно з Договором. Страхова премія сплачується Страхувальником у грошовій одиниці України шляхом перерахування грошових коштів на банківський рахунок Страховика.

16.20. Страховий випадок - подія, передбачена цим Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування.

16.21. Страховий ризик - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

16.22. Страховий захист - захист страхових інтересів Страхувальника (сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно з умовами Договору страхування)

16.23. Страхова виплата (страхове відшкодування) – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.

16.24. Хронічне захворювання - тривале захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів. Характеризується повільними прогресуючими патологічними змінами в організмі людини. Більшість хронічних захворювань характеризуються циклічністю протікання з періодами загострень (більший прояв вже існуючих симптомів та/або поява нових) та періодами зменшення (ремісії) проявів хвороби (інколи до повного зникнення ознак хвороби).

16.25. Форс-мажорні обставини – на умовах цього Договору під форс-мажорними обставинами розуміють незвичайні і непередбачувані обставини поза контролем Страхувальника, наслідків яких не можна було уникнути навіть при докладанні найбільших зусиль.

16.26. Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. Даним Договором передбачено безумовну франшизу, яку Страховик вираховує при здійсненні страхової виплати за кожним страховим випадком.

16.27. Одноразовий ідентифікатор - алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує фізична особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі Страховика. Одноразовий ідентифікатор може бути використаний для внесення змін та/або доповнень до електронного договору та його припинення.

16.28. Ідентифікація - встановлення особи Страхувальника на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів, під час його звернення до Страховика з метою укладання договору страхування та/або отримання страхового відшкодування.

16.29. Верифікація - заходи, що вживаються Страховиком з метою перевірки (підтвердження) належності Страхувальнику отриманих Страховиком ідентифікаційних даних.

17. Порядок відмови від Договору страхування

17.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім:

- договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;
- випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування;

17.2. Про намір відмовитися від договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

18. Перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування

18.1. Винятками із страхових випадків є:

18.1.1. Лікування та діагностика хронічних захворювань в стадії ремісії, вроджених аномалій, деформацій та хромосомних порушень, спадкових хвороб.

18.1.2. Новоутворення, хвороби ендокринної системи та органів (цукровий діабет, тиреоїдит тощо), окрім станів, що загрожують життю застрахованої особи.

18.1.3. Нервові захворювання (крім невритів, радикулітів, невралгій, якщо вони на стадії загострення), психічні захворювання та пов'язані з ними травматичні пошкодження (психопатії, неврози, астено-депресивні стани, соматоформні вегетативні розлади тощо), психотерапія, логопедична та фоніатрична допомога, з застосування нейрорепетитивів, транквілізаторів, антидепресантів, снодійних та заспокійливих препаратів.

18.1.4. Венеричні захворювання та захворювання, що передаються переважно статевим шляхом, імунодефіцитний стан, СНІД, порушення імунологічного стану.

18.1.5. Системні захворювання сполучної тканини, дегенеративно-дистрофічні зміни, хвороби та їх ускладнення (хондрози, артрози, остеоартрози тощо);

18.1.6. Хвороби крові та кровотворних органів, хронічні хвороби периферійних судин (варикозна хвороба, облітеруючий ендартеріт та атеросклероз, хронічна венозна/лімфатична недостатність, геморої тощо).

18.1.7. Епідемічні та пандемічні хвороби, особливо небезпечні інфекції, хронічні персистуючі інфекції (ЕШНО, TORCH тощо), якщо інше не передбачено обраною програмою страхування

18.1.8. Протозойні, паразитарні хвороби, мікози будь якої локалізації, акарози, ентомози, педікульоз, фтиріоз, зоонози, захворювання на лепру, хвороби, спричинені спірохетами, рикетсіями, їх ускладнення та наслідки;

18.1.9. Гостра та хронічна променева хвороба.

18.1.10. Будь-які розлади здоров'я, ускладнення або смерть в результаті невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічні дії ліків, що не були призначені лікарем.

- 18.1.11.** Захворювання або наслідки (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити та туберкульоз.
- 18.1.12.** Захворювання та розлади органів слуху (наявність сірчаних пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води) крім гострого захворювання.
- 18.1.13.** Грибкові та дерматологічні хвороби, алергічний дерматит, в тому числі викликаний впливом ультрафіолетового випромінювання, сонячні опіки I-го та II-го ступеню, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи.
- 18.1.14.** Захворювання та стани, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, що призвели до медичних чи додаткових витрат під час подорожі; а також захворювання та стани, які виникли після повернення з подорожі.
- 18.1.15.** Подальше лікування, якщо Застрахована особа відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання.
- 18.1.16.** Медичний огляд та надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування.
- 18.1.17.** Послуги та лікування, які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до закінчення подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування.
- 18.1.18.** Проведення вакцинацій (окрім вакцинації проти правця, сказу у разі загрози життю Застрахованої особи), лікарських експертиз, інструментальних та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком.
- 18.1.19.** Всі види пластичних, реконструктивних та косметичних операцій і процедур, всі види протезування, ендопротезування, імплантації та трансплантації органів та тканин, їх пошук та доставку, а також оплату донорів та тканин, забезпечення препаратами крові, антигенами, антілами, сироватками. Діагностика та лікування целюліту, ожиріння, метаболічного синдрому.
- 18.1.20.** Стоматологічне лікування, окрім невідкладної допомоги.
- 18.1.21.** Фізіотерапевтичне лікування, ЛФК та лікування нетрадиційними методами, використання лазерних технологій.
- 18.1.22.** Штучне запліднення, лікування безпліддя, клімактеричний синдром, заходи по запобіганню вагітності.
- 18.1.23.** Заходи та витрати, спрямовані на збереження вагітності, пов'язані з вагітністю понад 26 тижнів, пологами, діагностикою вагітності, перериванням вагітності, ведення вагітності, порушенням менструального циклу, ендометріозом, окрім надання екстреної допомоги у разі виникнення станів, що загрожують життю Застрахованої особи.
- 18.1.24.** Лікування травм, отриманих через скоєння Застрахованою особою умисних правопорушень.
- 18.1.25.** Лікування травм, одержаних в результаті керування Застрахованою особою транспортним засобом, якщо вона не має права керувати ним.
- 18.1.26.** Самолікуванням, лікуванням особою або закладом, що не мають відповідних дозволів на здійснення медичної діяльності у країні тимчасового перебування, а також лікуванням захворювання чи травми, викликаних власними навмисними діями Застрахованої особи, у тому числі, спроб самогубства або навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень.
- 18.1.27.** Лікування захворювання чи травм, що виникли внаслідок дії іонізуючої радіації, радіоактивного забруднення будь-якого походження або токсичних чи вибухонебезпечних речовин ядерного виробництва або компонентів цих речовин.
- 18.1.28.** Надання транспортних послуг (таксі, громадських транспорт тощо), окрім надання послуг Невідкладного стаціонару або транспортування зі стаціонару в стаціонар в рамках медичного транспортування.
- 18.1.29.** Будь-які захворювання, травми, отруєння, опіки, пов'язані з вживанням алкоголю/ наркотиків /токсичних речовин, їх ускладнення та наслідки.
- 18.1.30.** Будь-які послуги та витрати, які не передбачені Договором та Програмою страхування.

18.2. Страховик не оплачує вартість лікування й не відшкодовує витрати на медичну, медико-санітарну та медично-транспортну допомогу та інші послуги:

- 18.2.1.** Якщо Застрахована особа перед мандрівкою була визнана невиліковно хворою.
- 18.2.2.** У випадках, що сталися під час подорожі, яку було здійснено всупереч порадам лікаря, або з метою заздальгідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном.
- 18.2.3.** Якi пов'язані з наданням додаткового транспорту, а саме: телевізору, телефону, кондиціонеру, послуг перукаря, масажиста, косметолога, таксі
- 18.2.4.** Що перевищують необхідні кошти на стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показниками), що вона сама, ви в супроводі іншої особи, може повернутися до країни постійного місця проживання.
- 18.2.5.** На будь-яке протезування, в тому числі забезпечення зубними протезами або штучними зубами (крім екстреної допомоги з метою запобігання ускладнень при прийнятті їжі).

18.2.6. На лікування на території країни тимчасового перебування після дати, коли на думку лікаря, призначеного Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом), медичне транспортування є можливим за медичними показаннями.

18.2.7. На коригуюче або реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших курортних закладах.

18.2.8. На медичну репатріацію, якщо хвороба або тілесне ушкодження не є досить серйозними за медичними показаннями і лікування може бути здійснене за місцезнаходженням Застрахованої особи, та/або якщо захворювання не перешкоджає продовженню подорожі чи самостійному поверненню Застрахованої особи на територію країни постійного місця проживання.

18.2.9. На лікування на території країни постійного проживання Застрахованої особи.

18.2.10. На оплату проживання та інші витрати близького родича Застрахованої особи у випадку його приїзду до країни її тимчасового перебування, у разі знаходження Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні менше 10 (десяти) діб внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку.

18.3. Страховими випадками не вважаються та страхова виплата не здійснюється якщо події, передбачені Договором страхування сталися внаслідок:

18.3.1. пірнання під воду з використанням дихальних апаратів.

18.3.2. стрибків з висоти (із парашутом, роупджампінг тощо) в тому числі у воду.

18.3.3. воєнних дій, військових заходів, громадянської війни, громадських заворушень, вибуху боєприпасів, мін, бомб, ракет та інших знарядь та засобів війни, застосування зброї, включаючи зброю масового ураження;

18.3.4. неповідомлення Застрахованою особою Страховика/ Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) про страховий випадок на протязі 24годинбезповажних на те причин.

18.3.5. неузгодження Застрахованою особою своїх подальших дій зі Страховиком / Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом).

18.4. Не відноситься до страхового випадку та страхова виплата не здійснюються, при настанні події що відбулась внаслідок або під час:

18.4.1. дій Страхувальника (Застрахованої особи), який знаходився в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

18.4.2. самогубства або замаху на самогубство Страхувальника (Застрахованої особи);

навмисного спричинення Страхувальником (Застрахованою особою) собі тілесних пошкоджень в тому числі під впливом дій третіх осіб;

18.4.4. вчинення злочину або спроби вчинення злочину за участю Страхувальника (Застрахованої особи), незалежно від її психічного стану;

18.4.5. керування транспортним засобом в стадії алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також у результаті передачі керування транспортним засобом особі в такому стані, або особі, яка не має прав або відповідної категорії;

18.4.6. нещасного випадку або смерті Страхувальника (Застрахованої особи), що була психічно хворою і знаходилась в неосудному стані в момент події;

18.4.7. спроби скоєння або скоєння Застрахованою особою дій, за які передбачена кримінальна відповідальність згідно з законодавством України;

18.4.8. сталася із Страхувальником (Застрахованою особою), яка знаходиться в місцях позбавлення волі;

18.4.9. впливу ядерної енергії – іонізуючого випромінення;

18.4.10. заняття спортом та активного відпочинку;

18.4.11. заняття професійним спортом, участі у спортивних змаганнях;

18.4.12. несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, що здійснювались з приводу настання страхового випадку або самолікування;

18.4.13. навмисних дій будь-яких третіх осіб, спрямованих на настання страхового випадку;

18.4.14. змови Страхувальника (особи, відповідальність якої застрахована) та третьої особи;

18.4.15. порушення прав інтелектуальної власності: авторських прав, патентів, правил використання товарних знаків, марок, брендів;

18.4.16. розголошення Страхувальником (особою, відповідальність якої застрахована) або використання ним (нею) в особистих цілях конфіденційної інформації;

18.4.17. необережності Страхувальника (особи, відповідальність якої застрахована), у тому числі, якщо це вплинуло на збільшення розміру шкоди. Під необережністю розуміється, що особа:

- передбачала можливість настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), але легковажно розраховувала на те, що вони не настануть;

- не передбачала можливості настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), хоча повинна була та мала таку можливість.

18.5. Не вважається страховими випадками та страхова виплата не здійснюється у випадках якщо:

18.5.1. На страхування було прийнято особи, які на момент укладення Договору: визнані у встановленому порядку недієздатними; мають будь-які психічні розлади чи захворювання; страждають на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію; онкологічні захворювання, мають тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи; яким встановлена інвалідності I-II групи;

18.5.2. Страхувальника (Застраховану особу) в судовому порядку визнають безвісті відсутнім (зниклим) та/або померлим;

18.5.3. Страховий випадок стався поза межами території та строку дії Договору.

18.6. До страхових випадків не належать:

18.6.1. збитки, пов'язані з договірною, господарською та кримінальною відповідальністю Страхувальника (Застрахованої особи) перед третіми особами, а також збитки, завдані навколишньому середовищу;

18.6.2. шкода чи збитки, завдані Страхувальником (Застрахованою особою) будь-яким видом транспорту із двигуном;

18.6.3. шкода чи збитки, завдані членам сім'ї Страхувальника(Застрахованої особи);

18.6.4. непрямі збитки Третьої особи (в тому числі неустойка (штраф, пеня), моральна шкода а також шкода, завдана іміджу або репутації третіх осіб.), хоча вони і були викликані страховим випадком шкода чи збиток, завдані під час участі в спортивних змаганнях та/ або в процесі підготовки до них;

18.6.5. шкода чи збиток, пов'язані із виробничою, професійною діяльністю, фізичною працею або кримінальними діями Страхувальника (Застрахованої особи);

18.6.6. шкода чи збиток, що виникають у зв'язку із фактом, ситуацією, обставинами, які до початку дії Договору страхування були відомі Страхувальнику (Застрахованій особі), або у відношенні яких Страхувальник (Застрахована особа) був здатний передбачити можливість пред'явлення на його адресу позовної вимоги.

18.7. Страховик не відшкодовує витрати Страхувальника пов'язані з відшкодуванням шкоди Третім особам, якщо такі витрати не були письмово погоджені зі Страховиком;

18.8. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором при настанні обставин непереборної сили (форс-мажор) і безпосереднього впливу таких обставин на можливість виконання Сторонами обов'язків під час дії цих обставин;

18.9. Під обставинами форс-мажору слід розуміти факти настання таких подій, що виникли після укладання даного Договору та роблять неможливим виконання Сторонами своїх обов'язків:

18.9.1. Громадянську війну, масові заворушення, повстання, революцію, узурпацію влади, надзвичайне становище, страйк, державний переворот, терористичний акт;

18.9.2. Стихійні лиха, пожежі, землетруси та інші природні явища;

18.9.3. Блокаду, ембарго, валютні обмеження, зміни в законодавстві та інші дії держави (органів влади), планові або аварійні відключення електропостачання, що застосовуються за вказівками уповноважених органів, підприємств, організацій.

18.10. Сторона, яка підпала під дію таких обставин, повинна не пізніше 3 (Трьох) робочих днів з моменту їх настання повідомити про це іншу Сторону. В іншому випадку така Сторона при невиконанні своїх зобов'язань за Договором втрачає право на посилання на вплив зазначених обставин;

18.11. Сторона, для якої склалася неможливість виконання обов'язків внаслідок впливу обставин непереборної сили, повинна надати іншій Стороні підтвердження про настання таких обставин та про їх безпосередній вплив на можливість невиконання обов'язків;

18.12. Відповідним доказом строку дії обставин форс-мажору вважається офіційне підтвердження, що надається Торгово-промисловою палатою України або іншим державним органом, яке повинно бути направлено Стороною, яка попала під дію даних обставин іншій Стороні. Сторона, що підпадає під дію обставин форс-мажору, має право перенести термін виконання обов'язків за Договором на період, протягом якого будуть діяти зазначені обставини;

18.13. Після закінчення дії таких обставин, Сторона, яка попала під їх вплив, зобов'язана протягом 7 (семи) робочих днів, якщо інший строк не передбачений умовами Договору, виконати належним чином зобов'язання, відповідно до умов Договору;

18.14. Обмеження страхування:

18.14.1. Не приймаються на страхування особи, що мають вагітність понад 26 тижнів;

18.14.2. Особи, які знаходяться на обліку в психіатричних, психоневрологічних центрах; хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію; визнані у встановленому порядку недієздатними;

18.14.3. Особи з обмеженими можливостями (інваліда I-II групи та особи з інвалідністю з дитинства).

19. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат.

19.1. Страхові виплати здійснюються Страховиком в межах страхової суми відповідно до характеру випадку та обраної програми страхування, а саме:

19.1.1. За Страховим продуктом «Страхування витрат, пов'язаних із наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапити у скрутне становище під час здійснення подорожі» (клас 18):

19.1.1.1. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування шляхом:

- перерахування коштів на рахунок Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу), яка організувала надання послуг на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги та інших послуг, передбачених Програмою страхування;
- відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) вартості отриманих нею медичних та інших послуг у разі самостійної їх сплати за погодження зі Страховиком.

19.1.1.2. Страховик відшкодовує витрати згідно з обраними програмами страхування на медичну допомогу та інші послуги, які були надані Страхувальнику (Застрахованій особі) під час їх подорожі в межах страхової суми та ліміту відповідальності Страховика, передбачених конкретним Договором страхування;

19.1.1.3. Страхова виплата Застрахованій особі за надані послуги, здійснюється в національній валюті України згідно з офіційним курсом НБУ на дату здійснення нею таких витрат. У цьому разі страхова виплата здійснюється шляхом переказу коштів на банківський розрахунковий рахунок Застрахованої особи;

19.1.1.4. Заяву про страхову виплату та документи, передбачені договором страхування, Застрахована особа або її спадкоємець (Вигодонабувач) подає Страховику в термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня завершення страхового випадку;

19.1.1.5. Загальний розмір виплат при настанні одного або декількох страхових випадків із конкретною Застрахованою особою не може перевищувати Страхової суми або ліміту відповідальності на окремі медичні та інші послуги, що обумовлені Програмою страхування для кожної Застрахованої особи;

19.1.1.6. Якщо умовами договору страхування, зокрема, Програми, встановлена франшиза, то Страховик здійснює страхові виплати за вирахуванням розміру такої франшизи.

19.1.2. За Страховим продуктом «Страхування від нещасного випадку» (клас 1):

19.1.2.1. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування:

19.1.2.1.1. У разі Травми / тимчасової втрати працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, Страховик здійснює страхову виплату у розмірі (% від страхової суми), відповідно до Таблиці «Страхові виплати в разі травми або ушкоджень внутрішніх органів та частин тіла» (Додаток 1 до Загальних умов страхового продукту «СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ»), але не більше 50% страхової суми за кожним страховим випадком;

19.1.2.1.2. У разі встановлення групи інвалідності Застрахованій особі внаслідок нещасного випадку, Страховик здійснює страхову виплату у розмірі:

- I група – 100% страхової суми;
- II група – 75% страхової суми;
- III група – 50% страхової суми.

19.1.2.1.3. У разі загибелі або смерті Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку Страховик здійснює страхову виплату Вигодонабувачу у розмірі - 100% страхової суми.

19.1.2.2. Загальна сума виплат не може перевищувати страхову суму за Договором страхування.

19.1.3. За Страховим продуктом «Страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12) (клас 13):

19.1.3.1. В разі ухвалення рішення суду – в розмірі сум, призначених до виплати таким рішенням суду, що набрало законної сили;

19.1.3.2. В разі добровільного визнання Страхувальником Претензії за згодою Страховика:

19.1.3.2.1. Щодо нанесення шкоди майну Третіх осіб в розмірі прямого дійсного збитку внаслідок часткового пошкодження або знищення майна Третіх осіб, який визначається:

- при знищенні майна Третіх осіб – у розмірі його дійсної вартості з відрахуванням зносу;
- при частковому пошкодженні майна Третіх осіб – у розмірі необхідних витрат на приведення його до стану, в якому майно було до настання страхової події, з відрахуванням зносу.

19.1.3.2.2. Щодо нанесення шкоди життю або здоров'ю Третіх осіб розмір страхового відшкодування визначається:

- у випадку травми/тимчасової втрати працездатності Третьою особою – у розмірі витрат на лікування, що виникли внаслідок завдання шкоди здоров'ю Третіх осіб, але не більше 10% від страхової суми;
- у випадку встановлення первинної інвалідності Третій особі – у розмірі 50% від страхової суми;

- у випадку смерті Третьої особи – у розмірі 100% страхової суми.

19.2. Загальна сума виплат не може перевищувати страхову суму за Договором страхування;

19.3. Страховик приймає рішення про здійснення страхових виплат протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після одержання всіх документів, передбачених п. 18 цього Договору та на підставі страхового акту здійснює ці виплати протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення на банківський розрахунковий рахунок, вказаний Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) у заяві про страхову виплату;

19.4. За наявності підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, Страховик впродовж 15 робочих днів, після одержання всіх документів, передбачених п. 18 цього Договору, приймає рішення про відмову у виплаті та письмово повідомляє Страхувальника / Застраховану особу із обґрунтуванням причин (підстави) такої відмови;

19.5. Страховик має право відстрочити прийняття рішення щодо виплати чи відмови у виплаті страхового відшкодування якщо:

19.5.1. У Страховика є мотивовані сумніви в достовірності наданих документів, що підтверджують причини, обставини та наслідки події, що має ознаки страхового випадку і розмір збитків – до з'ясування достовірності таких документів, але на строк, що не перевищує 6 (шести) місяців з дати їх отримання, якщо інше не передбачено договором страхування;

19.5.2. Не повністю з'ясовано причини, обставини та наслідки події, що має ознаки страхового випадку, винуватців, розмір збитків, обставини, які підтверджують право на одержання відшкодування до з'ясування таких обставин;

19.5.3. Стосовно Страхувальника (Застрахованої особи) розпочато кримінальне провадження, до прийняття остаточного рішення органом по кримінальному провадженню, якщо інше не передбачено Договором страхування;

19.5.4. Обставини відносно події, що має ознаки страхового випадку розглядаються судом – до одержання Страховиком судового рішення, що набрало законної сили.

19.6. Заяву про страхову виплату та документи, передбачені п. 18 цього Договору, Застрахована особа або її спадкоємець (Вигодонабувач) подає Страховику в термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня завершення подорожі;

19.7. Загальний розмір виплат при настанні одного або декількох страхових випадків із конкретною Застрахованою особою не може перевищувати Страхової суми, що обумовлені Програмою страхування (Додаток №1 до Оферти).

20. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку

20.1. Для отримання страхової виплати Страхувальником/Застрахованою особою (Вигодонабувачем, її представником), Страховику мають бути надані наступні документи:

20.1.1. За Страховим продуктом «Страхування витрат, пов'язаних із наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапити у скрутне становище під час здійснення подорожі» (клас 18):

- довідки-рахунку з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості;
- рецепти, які виписані Застрахованій особі лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного необхідного препарату;
- деталізовані рахунки за інші надані послуги з розбивкою їх за датами та вартістю;
- документи, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, розписка про отримання коштів, банківські квитанції, тощо);
- документи Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком;
- свідоцтво про смерть та документів щодо послуг перевезення тіла або поховання за кордоном – у разі смерті Страхувальника (Застрахованої особи);
- документи компетентних органів, що підтверджують факт настання події (причини її виникнення), що має ознаки страхового випадку, відносно події характеру;
- паспорт громадянина України Страхувальника (Застрахованої особи);
- закордонний паспорт Страхувальника (Застрахованої особи);
- ідентифікаційний номер (ІПН) Страхувальника (Застрахованої особи);
- проїзні документи;
- договір страхування;
- заява про страхову виплату (виплату страхового відшкодування) за формою Страховика;

- інші документи за вимогою Страховика для визначення характеру, обставин події, яка має ознаки страхового випадку її наслідків та розміру збитку.

20.1.2. За Страховим продуктом «Страхування від нещасного випадку» (клас 1):

- заява про страхову виплату (виплату страхового відшкодування) за формою Страховика;
- копія цього Договору;
- документ, що ідентифікує Застраховану особу та одержувача страхової виплати (паспорт, ідентифікаційний код (ІПН) тощо);
- довідки компетентних органів (відповідно до події, що сталася);
- інші документи на запит Страховика.

20.1.2.1. При встановленні інвалідності або при травмі Страхувальник (Застрахована особа) додатково надає:

- документи із закладів охорони здоров'я, а саме: лікарняний лист, довідку про непрацездатність (у випадку непрацездатності), довідку щодо амбулаторного (стаціонарного) лікування; медичний висновок (травмпункт) тощо;
- документи із закладів здоров'я повинні мати наступну інформацію: ПІБ пацієнта, точний та повний діагноз, дату звернення за медичною допомогою, тривалість лікування, бути завірені підписом відповідальної особи та печаткою медичної установи;
- довідки МСЕК про встановлення інвалідності.

20.1.2.2. Вигодонабувач, визначений у п. 3. Договору додатково надає:

- акт про нещасний випадок відповідного зразка;
- довідку про причину смерті та свідоцтво про смерть;
- свідоцтво про право на спадщину завірене в нотаріальному порядку (для спадкоємця).

20.1.3. За Страховим продуктом «Страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12) (клас 13):

20.1.3.1. Для прийняття рішення щодо виплати страхового відшкодування або відмови у виплаті страхового відшкодування та для визначення розміру збитку Страхувальник зобов'язаний надати Страховику наступні документи:

- 20.1.3.1.1. заява (повідомлення) про настання страхового випадку за формою, встановленою Страховиком;
- 20.1.3.1.2. примірник (або дублікат) договору страхування, що належить Страхувальнику;
- 20.1.3.1.3. документи компетентних органів, що підтверджують факт настання та причини виникнення випадку, що має ознаки страхового, відповідно до його характеру;
- 20.1.3.1.4. документи, що підтверджують розмір заподіяної Третім особам шкоди;
- 20.1.3.1.5. вимоги, позови, та/або претензії Третіх осіб, що були пред'явлені Страхувальнику, в яких повинен бути доведений причинно-наслідковий зв'язок між страховим випадком і заподіяною шкодою, визначений вид і розмір збитків;
- 20.1.3.1.6. письмове пояснення Страхувальника про обставини події;
- 20.1.3.1.7. інші документи за вимогою Страховика, необхідні для підтвердження факту настання страхового випадку, розміру заподіяних збитків і законності пред'явлених вимог;
- 20.1.3.1.8. *в разі задоволення Страхувальником вимог Третіх осіб щодо відшкодування завданих збитків згідно з рішенням суду:*

- рішення суду або вирок суду, що набрало законної сили і зобов'язує Страхувальника відшкодувати збитки, завдані Третім особам.

20.1.3.1.9. в разі задоволення Страхувальником обтунтованих вимог Третіх осіб щодо відшкодування завданих збитків в добровільному порядку, за обов'язкової умови письмового погодження зі Страховиком:

- документальне підтвердження про відшкодування Страхувальником збитків, нанесених Третім особам, в добровільному порядку;
- документи, що встановлюють особу та повноваження одержувача страхового відшкодування.

20.1.3.2. Для отримання страхового відшкодування Третя особа (постраждала особа, спадкоємці) подає Страховику письмову заяву про виплату страхового відшкодування за встановленою Страховиком формою, до якої обов'язково повинні бути надані наступні документи:

- сплачені Третьою особою рахунки за лікування в лікувальних закладах;
- документи, що свідчать про порушення або відмову в порушенні кримінального впровадження за фактом заподіяння шкоди життю та здоров'ю Третьої особи;
- документи, що встановлюють особу та повноваження одержувача страхового відшкодування.

В разі завдання збитку майну Третьої особи:

- документи, що підтверджують розмір завданого збитку майну Третьої особи, а саме звіт/висновок про визначення вартості матеріального збитку складений експертом/оцінювачем, що має відповідну кваліфікацію;

- документи, що посвідчують право володіння та користування пошкодженим або знищеним майном, наявність правових підстав на одержання відшкодування.
В разі тимчасової втрати працездатності Третньої особи, що були наслідком завдання шкоди здоров'ю Третньої особи:

- оригінал або нотаріально завірена копія медичного висновку (лікарняний лист та/або довідка медичного закладу про діагноз та строк лікування Третньої особи);
- документи, що підтверджують витрати на лікування, медичне транспортування Третньої особи та інші витрати, які відшкодовуються Страховиком.

В разі встановлення первинної інвалідності Третій особі:

- документи, що свідчать про встановлення групи інвалідності.

В разі смерті Третньої особи:

- оригінали або нотаріально завірені копії свідоцтва про смерть та довідки про причину смерті Третньої особи;
- документи, що підтверджують право на спадщину;
- документи, що підтверджують витрати на організацію поховання.

20.1.3.3. Інші документи за вимогою Страховика, необхідні для підтвердження факту настання страхового випадку, розміру заподіяних збитків і законності пред'явлених вимог.

20.2. Вищезазначені документи Страхувальник та/або Застрахована особа, Вигодонабувач (спадкоємець) подає Страховику в строки:

20.2.1. при пораненні, травмі, іншому розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку - не більше, ніж 7 (семи) робочих днів з дня закінчення лікування;

20.2.2. у разі смерті – не більше ніж 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання свідоцтва про право на спадщину;

20.2.3. у випадку встановлення інвалідності - 3 (трьох) місяців з дня встановлення інвалідності.

20.3. Якщо для отримання страхової виплати необхідні документи, отримання яких в даний строк не є можливим (рішення суду, свідоцтво про право на спадщину і т. ін.), Страхувальник (Застрахована особа) або Вигодонабувач (спадкоємець Застрахованої особи) зобов'язаний їх надати протягом 2 (двох) робочих днів з дня отримання від відповідних органів.

20.4. Вищезазначені документи, надаються Страховику у формі оригінальних примірників; нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених органом, який видав відповідний документ або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів. Заява на страхову виплату та фінансові документи завжди надаються у вигляді оригіналів.

20.4.1. На час дії воєнного стану в Україні вищезазначені документи можуть бути надані Страховику у формі простих копій, за умови надання Страховику оригіналів цих документів на його запит.

20.5. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направляти Застраховану особу до довіреного лікаря Страховика з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

21. Причини відмови у страховій виплаті

21.1. Навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача, спрямовані 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 таких дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

21.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) умисного злочину, що призвів до страхового випадку, в тому числі спроба самогубства;

21.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору, про факти, обставини, наслідки настання страхового випадку та розміру страхової виплати;

21.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин страхового випадку, характеру та розміру збитків. **Під поважними причинами** розуміються обставини, за яких Страхувальнику не було відомо та/або Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) не міг повідомити про настання страхового випадку у строк, передбачений Договором. Наявність таких обставин повинна бути документально підтверджена;

21.5. Не надання всіх необхідних документів, що підтверджують факт, обставини настання страхового випадку та розмір страхової виплати;

ЄДРПОУ/ІПН
20344871

ЄДРПОУ/ІПН
20344871

- 21.6. Невиконання або неналежне виконання Страхувальником/Вигодонабувачем своїх обов'язків, зазначених у Договорі страхування;
- 21.7. Дії Страхувальника, направлені на отримання неправомірної вигоди від страхування;
- 21.8. Наявність обставин, що є винятками із страхових випадків та зазначені в п. 14 цього Договору;
- 21.9. Страхувальником (Застрахованою особою), Вигодонабувачем (спадкоємцем) отримано у повному обсязі відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні, або здійснена страхова виплата за іншим договором страхування стосовно одного і того ж випадку;
- 21.10. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

22. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору. Умови розподілення збитків.

- 22.1.** За невиконання або неналежне виконання прийнятих зобов'язань за Договором страхування Сторони несуть відповідальність згідно з діючим законодавством України.
- 22.2.** За несвоєчасну сплату страхової виплати в строки, передбачені цим Договором страхування, Страховик сплачує пеню у розмірі 0,01% за кожний день прострочення від суми страхової виплати, але не більше подвійної облікової ставки НБУ. До розрахунку береться облікова ставка НБУ на перший день такого прострочення.
- 22.3.** Сторони погодили, що збитки, що можуть бути заподіяні підписувачам цього Договору страхування і Третім особам у разі використання простого електронного підпису, удосконаленого електронного підпису або удосконаленої електронної печатки покладаються на сторону, що використала простий електронний підпис, удосконалену електронну печатку або удосконалену печатку.

23. Порядок вирішення спорів.

- 23.1.** Спори між Сторонами цього Договору страхування вирішуються шляхом переговорів.
- 23.2.** При неможливості досягнення згоди шляхом переговорів, спори вирішуються, відповідно до чинного законодавства України.

24. Інші умови.

- 24.1. Цей Договір не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими, складений у 2 (двох) примірниках українською мовою, що мають однакову юридичну силу.
- 24.2. Всі повідомлення та документи, що направляються Сторонами одна одній у зв'язку з цим Договором, повинні бути здійснені в письмовій формі і будуть вважатись поданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, або подані особисто за вказаною адресою та врученні під розписку відповідальній особі.
- 24.3. Усі угоди між Сторонами, що передували Договору і стосувалися предмета Договору, як усні, так і письмові, втрачають силу з моменту підписання Договору Сторонами.
- 24.4. Умови Договору є інформацією з обмеженим доступом і не підлягають розголошенню Сторонами, окрім випадків, передбачених чинним законодавством України.
- 24.5. Відносини, не врегульовані Договором, регулюються Інформаційним документом про стандартний страховий продукт, Загальними умовами страхового продукту, що діє на дату укладання Договору та відповідно до чинного законодавства України.
- 24.6. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків згідно з умовами Договору, а також зберігати конфіденційність інформації щодо учасників та умов Договору.
- 24.7. В разі зміни банківських реквізитів, якщо умовами цього договору страхування передбачено сплату страхової премії періодичними платежами (частинами), Страховик зобов'язаний письмово повідомити про це Страхувальника, такі зміни вносяться, відповідно до п. 21. цього Договору.
- 24.8. Підписанням цього Договору, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року № 2297-VI, Страхувальник – фізична особа надає безвідкличну згоду щодо обробки його персональних даних та персональних даних Вигодонабувача Страховиком з метою здійснення страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності та ведення внутрішніх баз даних Страховика. Дана обробка може також здійснюватись будь-якими третіми особами, яким Страховик надав таке право згідно з чинним законодавством України. Страхувальник посвідчує, що ознайомлений(а) зі своїми правами як суб'єкта персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року № 2297-VI, а також повідомлений про те, що з моменту укладення цього Договору персональні дані Страхувальника, Вигодонабувача, Застрахованої особи, зазначені у ньому, будуть включені до бази персональних даних Страховика.
- 24.9. Підписанням цього Договору та внесення страхового платежу Страхувальником означає повне і беззастережне прийняття умов Договору та згоду Страхувальника зі всіма умовами Договору без виключення і додатками до нього, в тому числі Інформаційного документу про стандартний страховий продукт, Загальними умовами страхового продукту. Таке прийняття також свідчить про те, що: Страхувальник ознайомився з усім текстом Договору повністю, зрозумів його зміст, не має заперечень до тексту Договору (або заперечення внесли як окремий реквізит документа) і свідомо застосовував свій електронний підпис, що

був направлений йому засобами зв'язку (телефон, електронна адреса, застосунок VIBER, мобільний застосунок, інше), у контексті, передбаченому Договором (підписав, затвердив, погодив, ознайомився); свідчить що Страхувальник розуміє значення своїх дій та всі умови Договору йому зрозумілі, Страхувальник не перебуває під впливом обману, насильства тощо; ознайомлений та згодний зі своїми правами, до укладання Договору Страховиком була надана, а Страхувальником отримана інформація про фінансову послугу, зазначеною в частині другій, частині четвертій, частині п'ятій ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», що йому пропонується в повному обсязі, згідно з чинним законодавством України, підтверджує, що всі тлумачення, терміни йому зрозумілі; що Страхувальник надає згоду на отримання від Страховика коротких інформаційних повідомлень (SMS, Viber тощо); що Страхувальнику зрозуміла вся надана та зазначена вище інформація, що укладення цього Договору не нав'язано йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); що Страхувальник надає Страховику згоду на обробку своїх персональних даних, як вказаних у цьому Договорі, так і тих, що стануть відомі Страховику в процесі виконання цього Договору, в т.ч. на передачу персональних даних третім особам, в т. ч. Іноземним суб'єктам відносин, пов'язаних з персональними даними, з метою: виконання вимог законодавства, цього Договору та інших договорів, в т.ч. перестраховування, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором та забезпечення реалізації податкових відносин і відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу; Страхувальник - фізична особа також підтверджує, що він отримав від Страховика письмове повідомлення про свої права, як суб'єкта персональних даних, визначені законом, мету збору даних та осіб, яким передаються його персональні дані; що Страхувальник отримав примірник цього електронного Договору у спосіб узгоджений із Страхувальником; що Страхувальник повідомив Вигодонабувача про укладений на її користь договір страхування, про назву Страховика, а також про право звернутися до Страховика і повідомила про наявність заперечень проти укладення договору страхування; що Страхувальник отримав згоду на страхування Застрахованої особи; інформацію, що передбачена статтями 87, 88 Закону України «Про страхування»; застраховані особи не входять до осіб, щодо яких встановлено обмеження на страхування.

24.10. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує право Страховика вимагати від Страхувальника та обов'язок Страхувальника надати Страховику інформацію та/або документи, необхідні для виконання Страховиком вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

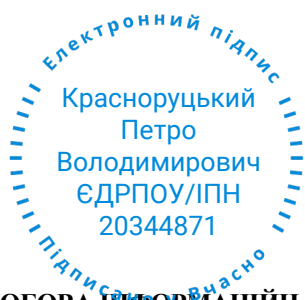
24.11. Страховик є резидентом України, платником податку на прибуток відповідно до ст. 141 розділу III Податкового кодексу України та платником податку на додану вартість.

24.12. Невід'ємною частиною цього Договору є додатки:

Додаток №1 – Програми страхування витрат, пов'язаних із наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапити у скрутне становище під час здійснення подорожі.



Оберігаємо те, що Ви цінуєте! ®



до електронного договору комплексного страхування витрат, пов'язаних із наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапити у скрутне становище під час здійснення подорожі

ОСНОВНІ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ ПОРОРОЖУЮЧИХ ЗА КОРДОН

Програма	Витрати, що відшкодовуються Страховиком	Ліміти та обмеження	
Страхова сума обирається Страхувальником та може складати:			
10 000 EUR/USD; 30 000 EUR/USD; 50 000 EUR/USD; 60 000 EUR/USD (по курсу НБУ на дату укладання Договору)			
Економ (A1)	Амбулаторне лікування та діагностика	В межах страхової суми	
	Невідкладне стаціонарне лікування		
	Лікування в стаціонарі до 15 днів після закінчення періоду страхування		
	Швидка (невідкладна) медична допомога		
	Оплата вартості призначених лікарем медикаментів або компенсація витрат на їх придбання		
	Невідкладна стоматологічна допомога		150 EUR/USD
	Транспортування до лікувального закладу		1 000 EUR/USD
	Репатріація останків		
Стандарт (B1)	Витрати за програмою Економ (A1)	В межах наведених вище лімітів	
	Транспортування Застрахованої особи з-за кордону до медичного закладу в Україні	10 000 EUR/USD	
	Репатріація останків		
Еліт (C1)	Витрати за програмою Стандарт (B1)	В межах наведених вище лімітів	
	Витрати на візит близького родича (у випадку перебування Застрахованої особи в умовах стаціонару понад 10 днів)	Прізд однієї особи в економічному класі. Загалом до 400 EUR/USD; Проживання в готелі терміном до 5 (п'яти) днів з оплатою не більше 50 EUR/USD за одну добу проживання	
	Дострокове повернення дітей Застрахованої особи віком до 16 років	Прізд в економічному класі 400 EUR/USD	

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА КОРДОН "COVID19"

Страхова сума 30 000 EUR (по курсу НБУ на дату укладення Договору)		
Програма	Витрати, що відшкодовуються Страховиком	Ліміти та обмеження
COVID19	Витрати за основними програмами Економ, Стандарт, Еліт	В межах лімітів визначених основною програмою страхування
	Лікування COVID19 а саме:	1 000 EUR/USD за програмою Економ (A1)
	Діагностика за призначенням лікаря, у разі виявлення симптомів інфікування COVID	
	Виклик швидкої допомоги або дипломованого лікаря для надання термінової допомоги в разі настання страхового випадку	3 000 EUR/USD за програмою Стандарт (B1)
	При наявності медичних показань, транспортування Застрахованої особи в медичний заклад в разі настання страхового випадку	
Лікування в умовах невідкладного стаціонару, в разі настання страхового випадку, терміном не більше 14 днів	5 000 EUR/USD за програмою Еліт (C1)	

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА КОРДОН «М»
(Для тих хто їде на роботу та/або навчання)

Програма	Витрати, що відшкодовуються Страховиком	Ліміти та обмеження
М	Медична допомога	В межах страхової суми
	Стаціонарна допомога	500 EUR
	Екстрена амбулаторна, в тому числі послуги виїзної бригади допомога швидкої (невідкладна) медичної допомоги	150 EUR
	Репатріація останків	1 000 EUR
	Невідкладна стоматологічна допомога	150 EUR
Страхова сума 30 000 EUR (по курсу НБУ на дату укладення Договору)		
Особливі умови Програми:	1. Термін страхування - від 1 місяця до 1 року	
	2. Територія дії договору – Європа, Країни Шенгенської угоди	
	3. Вік Застрахованих осіб від 1 до 75 років (включно)	
	4. Мета подорожі - робота, навчання	
	5. Франшиза від 0 до 150 EUR	



Документ підписано у сервісі Вчасно (початок)
Оферта_Туризм_v.02-22.07.2024.pdf

