

ЧАСТИНА «Б» ДОГОВОРУ (КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ / COMPLEX TRAVEL INSURANCE).

ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ.

АСИСТАНС – спеціалізована служба, яка, діючи від імені та за дорученням Страховика, координує взаємодію Застрахованої особи з Третіми особами, які надають їй послуги при настанні нещасного випадку, раптового захворювання або інших подій, передбачених Договором страхування. Назва АСИСТАНСУ, його телефони зазначаються в частині «А» договору страхування на звороті.

БАГАЖ – речі, вантаж та інші матеріальні цінності, що упаковані для відправлення повітряним, наземним, залізничним, морським (річковим) транспортом, які відправляються їх власником за окрему плату за наявності проїзних документів у багажному відсіку, який прямує в тому ж напрямку, що і власник або окремо від нього.

РЕПАТРІАЦІЯ ТІЛА – передбачає посмертну репатріацію останків Застрахованої особи у разі її смертні внаслідок непередбаченого гострого захворювання або нещасного випадку, а саме витрати, санкціоновані Асистуючою компанією, на посмертну репатріацію тіла до країни постійного проживання Застрахованої особи. Кінцевим пунктом маршруту репатріації є аеропорт у країні постійного проживання, куди прибуває труна із тілом померлої Застрахованої особи, або митний пункт у країні постійного місця проживання. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги (послуги, пов'язані з організацією поховання та облаштування місця поховання) на території країни постійного місця проживання померлого.

БЛИЗЬКІ РОДИЧІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ – дружина/чоловік, діти (в т.ч. всиновлені), мати/мачуха, батько/вітчим, рідні сестри/брати Застрахованої особи.

ГОСТРИЙ БІЛЬ – реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

КРАЇНА ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ – країна, в якій Застрахована особа проживає у цілому не менше 183 (ста вісімдесяти трьох) днів у календарному році.

ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ (ЛІМІТ) – грошова сума, зазначена в Договорі страхування на умовах обраної Програми, в межах якої Страховик несе відповідальність перед Застрахованою особою або Третіми особами за весь період дії Договору. Ліміт відповідальності зменшується на суму здійснених страхових відшкодувань (виплат).

НЕВІДКЛАДНА СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА – надання медичної послуги Застрахованій особі, спрямованої на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, без подальшого відновлювального лікування при раптовому гострому захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур, а саме: стоматологічний огляд; рентгенівське дослідження; видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепно травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку.

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК – раптова, непередбачувана подія, що не залежить від волі Застрахованої особи, яка відбулась під час дії Договору страхування та призвела до тілесних ушкоджень Застрахованої особи або її смерті. Під тілесними ушкодженнями в цьому Договорі розуміється травма, поранення, опіки, що були отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час дії Договору страхування, та потребують госпіталізації або амбулаторного лікування.

РАПТОВЕ ЗАХВОРЮВАННЯ – гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або гострим станом

Застрахованої особи, що становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання негайної медичної допомоги. Під загрозою здоров'ю та/або життю Застрахованої особи в цьому Договорі розуміється стан Застрахованої особи, при якому ненадання негайної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання, або смерті Застрахованої особи.

ХРОНІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ (ХВОРОБА) – хвороба з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трих) разів на рік, або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними зміненнями та функціональними розладами тканин й органів.

СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ (ВИПЛАТА) – грошова сума, яка виплачується Страховиком в межах страхової суми, згідно з умовами Договору страхування, при настанні страхового випадку.

ПРОГРАМА – конкретні умови страхування, затверджені Страховиком згідно з Правилами та обрані Страхувальником при укладенні цього Договору страхування. Обрана Страхувальником Програма зазначена в частині «А» цього Договору.

ТРЕТІ ОСОБИ – юридичні та фізичні особи, які надають послуги, передбачені Договором страхування, Застрахованій особі та мають право на проведення своєї діяльності.

ФРАНШИЗА – франшиза в цьому Договорі є безумовною. Франшиза – це частина збитків, що згідно з Договором, не відшкодовується Страховиком.

ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ – обрана Страхувальником Територія дії Договору, зазначена в частині «А» цього Договору. Європа (крім України та/або країни постійного проживання Застрахованої особи), Алжир, Єгипет, Ізраїль, Канарські Острови, Марокко, Туніс, Туреччина – позначаються «Е». Весь світ, крім України та/або країни постійного проживання Застрахованої особи – позначається «W».

СТРАХОВИК – ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ “СТРАХОВА ГРУПА “ОБЕРІГ” (скорочено: ТДВ “СГ “ОБЕРІГ”).

ПРАВИЛА – цей договір укладено відповідно до Ліцензій та відповідних Правил страхування зареєстрованих “19” лютого 2015р. розпорядженням Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, а саме:

- «Правил добровільного страхування медичних витрат»;
- «Правил добровільного страхування вантажів та багажу(вантажобагажу)»;
- «Правил добровільного страхування від нещасних випадків»;
- «Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами»;
- «Правил добровільного страхування фінансових ризиків»;
- «Правил добровільного страхування майна»;
- «Правил добровільного страхування від вогневих ризиків та стихійних явищ».

СТРАХУВАЛЬНИК – особа, яку зазначено як Страхувальник в частині «А» цього Договору (юридична особа незалежно від форми власності, яка організовує поїздку або подорож фізичних осіб (Застрахованих осіб) за кордон або фізична особа (громадянин України або іноземний громадянин), або особа без громадянства, які уклали зі Страховиком Договір. Страхувальник одночасно може бути Застрахованою особою.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа у віці від 1 до 80 років (станом на дату початку подорожі), щодо страхування якої укладено Договір, яка виїжджає за кордон та на користь якої укладено цей Договір. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА набуває прав та обов'язків Страхувальника та знаходиться під страховим захистом. За одним Договором страхування одночасно може

бути застраховано декілька осіб дані про застрахованих осіб зазначено як Страхувальник в частині «А» Договору.

ДОГОВІР – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено договір страхування (надати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору. Цей Договір складається з 2-х незроздільних частин, що у сукупності є Договором: Частина «А» Договору – визначає окремі істотні умови страхування (дані про Страхувальника; застрахованих осіб; види страхування; групи ризику; строк дії договору страхування; кількість днів перебування; територію дію договору; розмір франшизи, страхової суми та страхового платежу; програми страхування обраної Страхувальником; підписи Страховика і Страхувальника та печатки у разі наявності), інформація щодо Страхувальника та Застрахованих осіб заноситься представником Страховика зі слів Страхувальника. Частина «Б» Договору – визначає загальні умови страхування та всі інші умови Договору. При укладанні Договору, Страхувальнику видаються два примірники Частини «А» Договору з однаковим номером нанесеним типографським способом та один примірник Частини «Б» Договору. Ставлячи підпис на Частині «А» Договору Страхувальник беззаперечно приймає всі умови Договору та підтверджує факт ознайомлення із ним, а також підтверджує факт отримання двох примірників Частини «А» Договору з однаковим номером нанесеним типографським способом та одного примірника Частини «Б» Договору. У Страховика залишається лише примірник Частини «А» Договору з підписом Страхувальника. Додатково Страхувальник може ознайомитись з примірником Частини «Б» Договору на сайті Страховика, що розміщено (опубліковано) на сайті <http://www.oberig-sg.com/>.

СТРАХОВА СУМА – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. По окремих видах страхування та окремих страхових послугах, що вказані у цьому Договорі, встановлені відповідні ліміти страхової суми (ліміти відповідальності) та обмеження, в межах яких здійснюються страхові виплати. Розміри та валюта страхових сум вказуються у Договорі.

ВИД СТРАХУВАННЯ – за цим Договором доступними для вибору Страхувальником є такі види страхування:

- добровільне страхування медичних витрат;
- добровільне страхування вантажів та багажу (вантажобагажу);
- добровільне страхування відповідальності перед третіми особами (оплата претензії / відповідальність перед сусідами);
- добровільне страхування від нещасних випадків;
- добровільне страхування фінансових ризиків (скасування подорожі / понесення витрат);
- добровільне страхування майна.

ГРУПИ РИЗИКУ - визначена ступінь ризику Страхувальника та Застрахованих осіб в залежності від віку мети подорожі та способів відпочинку.

ЗВИЧАЙНИЙ (ПАСИВНИЙ) ТУРИЗМ – лікувально-оздоровчий, культурно-пізнавальний (екскурсійний), паломницький (релігійний), пляжний та інші подібні категорії туризму, що орієнтовані на спокійну і не напружену, в сенсі фізичних навантажень, програму туристичної подорожі.

АКТИВНИЙ ТУРИЗМ – група ризику, відпочинок пов'язаний із ризиком та істотними фізичними навантаженнями, вимагає сміливості і навиків та/або використання механічних та інших

засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, велосипедах, моторолерах, мотоциклах та квадроциклах, сплати на човнах або плотках по річках та інших водоймах та іншими аналогічними видами відпочинку. Також до Активного туризму відносяться Спорт та екстрим – участь у заходах із високим ступенем ризику, що вимагають від учасників спеціальних навиків та підготовки, а саме, участь у спортивних тренуваннях та змаганнях на аматорському або професійному рівні, а також заняття такими видами спорту та туризму: гірськолижний, сноубординг, альпінізм, спелеотуризм, дайвінг, полювання, риболовля у важкодоступних та віддалених місцевостях, стрибки із парашутом, польоти з використанням безмоторних засобів, польоти в якості пілота, участь у перегонах на транспортних засобах або тваринах. Якщо страховий захист поширюється на види життєдіяльності описані вище, тоді в частині «А» Договору наявне умовне позначення - “ACTIVE/SPORTS”, якщо таке позначення відсутнє, то страховий захист на такі випадки не поширюється.

РОБОТА – група ризику, виконання оплачуваної фізичної роботи характерної для робітничих професій у галузях будівництва, промисловості, транспорту, добування корисних копалин, сільського та комунального господарства або в приватних домоволодіннях. Якщо страховий захист поширюється на види життєдіяльності описані вище, тоді в частині «А» Договору наявне умовне позначення - “JOB”, якщо таке позначення відсутнє, то страховий захист на такі випадки не поширюється.

ТИП ПОКРИТТЯ – в частині «А» Договору зазначено тип подорожі, що покривається Договором “ОДНА ПОДОРОЖ” чи “ДЕКІЛЬКА ПОДОРОЖЕЙ”.

ОДНА ПОДОРОЖ – тип покриття, при якому Договір передбачає можливість однієї подорожі однією застрахованою особою за межі України (один факт перетину державного кордону України) впродовж строку дії Договору (з урахуванням обмеження по кількості днів перебування), страховий захист (дія цього Договору) не поширюється на всі наступні перетини державного кордону України цією застрахованою особою, Страховик не несе в цих випадках ніякої відповідальності. Умовне позначення в Договорі - “SINGLE”.

ДЕКІЛЬКА ПОДОРОЖЕЙ – тип покриття, при якому Договір передбачає необмежену кількість подорожей однією застрахованою особою за межі України (фактів перетину державного кордону України) впродовж строку дії Договору (з урахуванням обмеження по кількості днів перебування). Умовне позначення в Договорі - “MULTY”.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1.1. Предметом Договору в залежності від обраної Страхувальником Програми, опцій та видів страхування є майнові інтереси Страхувальника, що не суперечать законодавству України, пов'язані з: непередбаченими медичними та іншими витратами, пов'язаними з наданням Застрахованій особі медичної допомоги; з володінням, використанням, та/або розпорядженням багажем; понесенням витрат та пред'явленням Застрахованій особі Третьою особою майнової претензії щодо відшкодування збитків; життям, здоров'ям і працездатністю Застрахованої особи; майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), пов'язані з його зобов'язаннями відшкодувати шкоду життю та здоров'ю або майну третіх осіб, нанесену з необережності під час закордонної поїздки (за винятком поїздки з метою зміни постійного місця проживання) на території дії Договору страхування; майнові інтереси Застрахованої особи, пов'язані зі збитками внаслідок відмови від заброньованої подорожі або дострокового її переривання

відповідно до договору про надання туристичних послуг або іншого документа, який засвідчує умови туристичної подорожі; Майнові інтереси, що не суперечать закону та пов'язані з: володінням, користуванням, розпорядженням застрахованим майном, відшкодуванням Страхувальником заподіяної ним шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб внаслідок володіння (користування або розпорядження) Страхувальником застрахованим майном.

2. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ (у відповідності до обмежень обраної Страхувальником ПРОГРАМИ, видів страхування та Опцій):

2.1. Страхувальний ризик – певна подія, на випадок якої укладається договір і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання, а саме:

2.1.1. По добровільному страхуванню медичних витрат - понесення витрат, пов'язаних з наданням Третіми особами медичних та інших послуг в разі раптового захворювання та/або нещасного випадку;

2.1.2. По добровільному страхуванню вантажів та багажу (вантажобагажу) - знищення, втрата багажу застрахованої особи у зв'язку з подією, що трапилась в період дії Договору та зазначена у п. 3.2. частини «Б» Договору;

2.1.3. По добровільному страхуванню фінансових ризиків (опція "СКАСУВАННЯ ПОДРОЖІ") - понесення Застрахованою особою збитків через неможливість здійснення подорожі внаслідок раптової, непередбаченої і ненавмисної події, що відбулася до дати початку подорожі, а саме:

2.1.3.1. отримання травми або раптове захворювання, які вимагають стаціонарного лікування Застрахованої особи, або члена її сім'ї, або супутника, якщо термін такого лікування становить 5 і більше днів;

2.1.3.2. знищення нерухомого майна Застрахованої особи внаслідок пожежі, стихійних лих або протиправних дій третіх осіб;

2.1.3.3. неможливість здійснення подорожі через банкрутство туроператора.

2.1.4. По добровільному страхуванню відповідальності перед третіми особами - пред'явлення Застрахованій особі Третьюю особою майнової претензії про відшкодування збитків у зв'язку з подією, що трапилась в період дії Договору та зазначеною і описаною у пункті 3.4. частини «Б» цього Договору в результаті ненавмисних та/або необережних дій Застрахованої особи;

2.1.5. По добровільному страхуванню від нещасних випадків (опція "НЕЩАСНІ ВИПАДКИ") - смерть Застрахованої особи внаслідок настання нещасного випадку; інвалідність Застрахованої особи 1,2 групи внаслідок настання нещасного випадку; тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності внаслідок настання нещасного випадку.

2.1.6. По добровільному страхуванню фінансових ризиків - Понесення витрат у зв'язку з подією, що трапилась в період дії Договору та зазначені п. 3.3. частини «Б» цього Договору.

2.1.7. ОПЦІЯ "СТРАХУВАННЯ ЖИТЛА" на умовах розділу 9 частини «Б» Договору.

2.1.7.1. По страхуванню майна - втрата (загибель) або пошкодження майна в результаті: Пожежі, Задимлення, Вибуху, Удару блискавки, Падіння пілотованих літальних об'єктів або їхніх частин, Стихійних лих, Дії води, Стороннього впливу, Протиправних дій третіх осіб.

2.1.7.2. По добровільному страхуванню відповідальності перед третіми особами - визнаний судом або самим Страхувальником (за попереднього погодження зі Страхувальником), факт настання відповідальності Страхувальника за шкоду, завдану життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб внаслідок володіння, користування або розпорядження застрахованим майном, яка

виникла внаслідок Пожежі, Вибуху та/або Дії води.

2.2. Страхувальними подіями визнаються події, що сталися із Застрахованою особою в період і на території чинності Договору.

2.3. Страхувальний ризик покривається Договором, якщо його покриття передбачено обраною Страхувальником Програмою та/або відповідною обраною додатковою опцією, що обрана Страхувальником та за якою сплачений страховий платіж та визначена страхова сума.

3. ВИТРАТИ, ЯКІ ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК ПРИ НАСТАННІ ОДНОГО З СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ, ЗАЗНАЧЕНОГО В РОЗДІЛІ 2 ЧАСТИНИ «Б» ДОГОВОРУ, СТРАХОВИК ВІДШКОДОВУЄ В МЕЖАХ СТРАХОВОЇ СУМИ НА ОДНУ ЗАСТРАХОВАНУ ОСОБУ (ЇЇ ВІДПОВІДНИХ ЛІМІТІВ) ТА З ВРАХУННЯМ ОБМЕЖЕНЬ ЗГІДНО ОБРАНОЇ ПРОГРАМИ НАСТУПНІ ВИТРАТИ:

3.1. По добровільному страхуванню медичних витрат - понесення витрат, пов'язаних з наданням Третіми особами медичних та інших послуг в разі раптового захворювання та/або нещасного випадку:

3.1.1. На лікування Застрахованої особи:

- в амбулаторних умовах, включаючи витрати на проведення діагностичних досліджень, медикаментів, перев'язочних матеріалів, засобів фіксації, призначені лікарем, та на оплату лікаря (в Програмах "Standart", "Lux"; не включено до програми "Econom"). За програмою "Econom" витрати на лікування в амбулаторних умовах не покриваються, за програмою "Standart" покриваються витрати в ліміті, що не перевищує 15% страхової суми та не більше 5000,00 у.о.;

- перебування і лікування Застрахованої особи в стаціонарі (виключно у палаті стандартного типу) при раптовому захворюванні або нещасному випадку, включаючи витрати на проведення невідкладних операцій, на діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні матеріали, засоби фіксації, призначені лікарем, та на оплату лікаря, при цьому ліміт відповідальності Страхувальника за програмою "Econom" становить – 1000,00 (одна тисяча) у.о., за програмою "Standart" – 3000,00 (три тисячі) у.о., за програмі "Lux" в розмірі страхової суми за Договором);

3.1.2. На транспортування Застрахованої особи до найближчого медичного закладу у випадку раптового захворювання або нещасного випадку, якщо її самостійне пересування неможливе через тяжкий стан (Програми "Econom", "Standart", "Lux");

3.1.3. На евакуацію Застрахованої особи до країни постійного проживання у випадку раптового захворювання або нещасного випадку, якщо витрати на лікування в країні тимчасового перебування можуть перевищити страхову суму на цю Застраховану особу, або в країні тимчасового перебування відсутні можливості надання необхідної медичної допомоги (росповсюджується на програми "Standart", "Lux", окрім програми "Econom");

3.1.4. На репатріацію Застрахованої особи до країни постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, при цьому максимальний розмір страхового відшкодування (ліміт) від Страхувальника за програмою "Econom" становить – 5000,00 у.о., за програмою "Standart" – 10000,00 у.о., за програмою "Lux" в ліміті страхової суми за Договором;

3.1.5. Застрахованим особам віком понад 60 років Страхувальник відшкодовує витрати на отримані невідкладні медичні послуги в розмірі, що не перевищує 3000,00 (три тисячі) у.о., по курсу НБУ на дату надання медичних послуг за всіма страховими випадками за час дії Договору;

3.1.6. На невідкладну стоматологічну допомогу Застрахованій особі в лімітах: 150 у.о. (Програми "Econom", "Standart") та ліміту 300,00 (триста) у.о. (тільки для Програми "Lux");

3.1.7. На термінові повідомлення, пов'язані з надзвичайними

подіями або страховим випадком, що передаються АСИСТАНСУ (Програми "Econom", "Standart", "Lux");

3.1.8. На поховання Застрахованої особи в країні перебування за Програмою "Lux" в розмірі не більшому ніж страхова сума згідно Договору, за програмою "Econom" в розмірі не більшому ніж 5000,00 (п'ять тисяч) у.о., програмою "Standart" не більшому ніж 10000,00 (десять тисяч) у.о.;

3.1.9. На проїзд економічним класом одного з близьких родичів до країни перебування Застрахованої особи та в зворотному напрямку у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі у критичному стані більше 10 днів (Програми "Standart", "Lux");

3.1.10. На проживання в готелі протягом 3 днів одного з близьких родичів у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі у критичному стані, при цьому вартість проживання за одну добу не може перевищувати 50 (п'ятдесят) у.о. (Програми "Standart", "Lux");

3.1.11. На проїзд економічним класом до України близьких родичів Застрахованої особи, які перебувають разом з нею у випадку її смерті (Програми "Standart", "Lux");

3.1.12. На проїзд дітей віком до 16 (шістнадцяти) років економічним класом до України у випадку перебування у медичному закладі (понад 10 днів) Застрахованої особи, з якою вони перебували за кордоном (Програми "Standart", "Lux");

3.1.13. На проїзд економічним класом Застрахованої особи до України у випадку смерті її близьких родичів (Програми "Standart", "Lux");

3.1.14. На перевезення Застрахованої особи до медичного закладу України, визначеного АСИСТАНС за погодженням зі Страховиком, у разі необхідності подальшого стаціонарного лікування (Програма "Lux");

3.1.15. На подальше лікування в Україні після повернення з-за кордону до моменту усунення загрози життю Застрахованої особи, тобто за час перебування у відділенні реанімації (Програма "Lux").

3.2. По добровільному страхуванню вантажів та багажу (вантажобагажу) - знищення, втрата багажу застрахованої особи;

3.2.1. 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 (Програми "Standart", "Lux");

3.2.2. Пов'язані із заміною документів за кордоном при їх втраті або крадіжці в межах ліміту відповідальності 100 (сто) у.о. (Програми "Standart", "Lux");

3.2.3. На придбання предметів першої необхідності та одяг у випадку недоставки Застрахованій особі багажу впродовж 6 годин після його прибуття в аеропорт, крім прибуття в країну постійного проживання або Україну в межах ліміту відповідальності 100,00 (сто) у.о. (Програма "Lux");

3.2.4. При настанні страхового випадку, зазначеного в п. 2.1.2. частини «Б», Страховик відшкодовує за знищений та/або втрачений багаж в межах ліміту 500,00 (п'ятсот) у.о. (тільки Програма "Lux") по всім страховим випадкам під час дії Договору.

3.3. По добровільному страхуванню від фінансових ризиків - Понесення витрат у зв'язку з подією, що трапилась в період дії Договору:

3.3.1. У випадку поламки чи аварії автомобіля Застрахованої особи або у випадку її нездатності керувати автомобілем за медичними показаннями, за умови що такі показання є підтвердженими, а витрати погодженими із СТРАХОВИКОМ/АСИСТАНСОМ:

- Витрати на доставку автомобіля до найближчого сервісного центру або найближчого місця паркування/зберігання в межах

ліміту відповідальності 200,00 (двісті) у.о. (тільки Програма "Lux");

- Витрати на перебування в готелі на час ремонту автомобіля, але не більше 3 (три) днів, при цьому вартість проживання за одну добу не може перевищувати 100,00 (сто) у.о. (тільки Програма "Lux");

- Витрати на дострокове повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання у зв'язку з депортацією. До таких витрат входить вартість зворотного квитка економічним класом або його заміни та вартість оформлення відповідних документів (тільки Програма "Lux");

3.4. По добровільному страхуванню відповідальності перед третіми особами - пред'явлення Застрахованій особі Третьою особою майнової претензії про відшкодування збитків у зв'язку з подією, що трапилась в період дії Договору та зазначеною і описаною у розділі 3 частини «Б» цього Договору в результаті ненавмисних та/або необережних дій Застрахованої особи;

3.4.1. На оплату юридичних послуг:

3.4.1.1. на організацію послуг адвоката, але вартість самої послуги адвоката оплачує Застрахована особа самостійно за власні кошти, Страховик оплачує лише її організацію (Програми "Econom", "Standart"); на оплату послуг адвоката в межах ліміту відповідальності 1000,00 (одна тисяча) у.о. (тільки Програма "Lux");

3.4.1.2. на надання уповноваженим державним органам країни відвідання, що цього вимагають, в якості застави терміном до 3 (три) місяців з дня її надання, суми, що не перевищує ліміту відповідальності 3000,00 (три тисячі) у.о. (тільки Програма "Lux"). Якщо Застраховану особу викликають до суду, а вона ігнорує цей виклик, і заставу конфісковано, Страховик буде вимагати від Застрахованої особи негайного повернення наданої застави. Якщо Застрахована особа не виплатить необхідну суму Страховику в термін до тридцяти робочих днів від дня виставлення претензії Страховиком Страхувальнику (Застрахованій особі) про таке повернення, Страховик може вимагати її стягнення у судовому порядку;

3.4.1.3. на оплату послуг перекладача виключно для отримання юридичних послуг в межах ліміту 300,00 (триста) у.о. (тільки Програма "Lux").

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

4.1 Страховик не несе відповідальності за цим Договором і не відшкодовує визначені в п.2.1.1. частини «Б» цього Договору витрати:

4.1.1. Витрати здійснені Застрахованою особою (Страхувальником) самостійно без попереднього погодження з АСИСТАНСОМ в сумі, що перевищує 200 (двісті) умовних одиниць (не відшкодовується сума такого перевищення). Не відшкодовуються витрати за Програмами "Econom", "Standart", "Lux", що перевищують ліміти встановлені цим Договором для кожної окремої Програми на певні види медичних та інших послуг, які обмежені лімітом в цьому Договорі;

4.1.2. На лікування хронічних захворювань (в тому числі психічних, депресій), крім випадків загострення хронічних хвороб, що становили загрозу життю Застрахованої особи;

4.1.3. На вибіркове або планове медичне обстеження;

4.1.4. На лікування захворювань, не вилікованих на день початку поїздки і які з медичної точки зору є протипоказаннями для поїздки;

4.1.5. На лікування захворювань, які в попередні 6 місяців до настання страхового випадку вимагали стаціонарного лікування;

4.1.6. На медичне обслуговування або лікування Застрахованої особи, що не є невідкладним і не призначене в результаті раптової хвороби або нещасного випадку;

4.1.7. На медичне обслуговування або лікування наслідків нещасного випадку або раптового захворювання Застрахованої особи, що виникли внаслідок участі Застрахованої особи у громадянській війні або війні з іноземною державою, а також участі в бунтах, повстаннях, терористичних актах, диверсіях і т.п.;

4.1.8. Пов'язані з будь-яким радіаційним ураженням;

4.1.9. Пов'язані з епідемією, забрудненням навколишнього середовища та стихійним лихом;

4.1.10. Пов'язані з наслідками вживання алкоголю та сп'яніння (відсоток алкоголю в крові перевищує норму, встановлену законом країни перебування), наркотичного або токсичного сп'яніння, вживання ліків або наркотичних засобів без призначення лікаря;

4.1.11. Пов'язані з наслідками нещасних випадків, що спровоковані Застрахованою особою;

4.1.12. Пов'язані з наслідками самогубства або спроби самогубства Застрахованої особи;

4.1.13. Пов'язані з вагітністю та її наслідками або ускладненнями, в тому числі: пологи, штучне переривання вагітності (за винятком випадків, коли штучне переривання вагітності було необхідним у зв'язку з нещасним випадком або раптовим захворюванням за медичними показаннями);

4.1.14. Пов'язані із захворюваннями, що передаються статевим шляхом (в тому числі TORCH-інфекції, СНІД, ВІЛ);

4.1.15. Пов'язані з нещасними випадками, що сталися в результаті заняттями фізичної праці (Група ризику "РОБОТА"), активним відпочинком, будь-якими видами спорту, в тому числі під час змагань або тренувань (Група ризику "АКТИВНИЙ ТУРИЗМ"), якщо інше не передбачено умовами цього Договору страхування (наявність умовної позначки відповідної групи ризику в частині «А» Договору визначеної Договором);

4.1.16. Пов'язані зі здійсненням Застрахованою особою професійної діяльності, якщо інше не передбачено особливими умовами цього Договору страхування;

4.1.17. На водолікування, косметичне лікування, SPA-процедури;

4.1.18. На протезування, придбання протезів та ортопедичних виробів (оптичних коректорів зору, окулярів, оправ до них, контактних лінз, слухових апаратів, вимірювальних приладів тощо), на придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;

4.1.19. На щеплення;

4.1.20. На стоматологічне лікування, крім випадків, пов'язаних з усуненням гострого зубного болю;

4.1.21. Що виникли внаслідок застосування способів лікування, офіційно не визнаних наукою та медициною;

4.1.22. На лікування, призначене та здійснене особою, з якою Застрахована особа перебуває у родинних/інших близьких стосунках;

4.1.23. Пов'язані з перебуванням в санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку та інших закладах подібного типу;

4.1.24. Пов'язані з наданням послуг медичними закладами, що не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на медичну діяльність;

4.1.25. Пов'язані з відновлювальною терапією та фізіотерапією;

4.1.26. Пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, зволожувача, послуг перукаря, косметолога тощо, якщо інше не передбачено особливими умовами цього Договору страхування;

4.1.27. Пов'язані з доглядом за Застрахованою особою родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи є вони професійними медичними працівниками;

4.1.28. Понесені Застрахованою особою у зв'язку з професійною

помилкою лікаря, моральними збитками та іншими непрямыми збитками.

4.2. Страховик не несе відповідальності за цим Договором і не відшкодовує визначені в п. 2.1.2. частини «Б» цього Договору витрати:

4.2.1. Здійснені без погодження з АСИСТАНСОМ;

4.2.2. Пов'язані з арештом, конфіскацією або знищенням багажу за вимогою військового чи цивільного уряду, митних органів;

4.2.3. Пов'язаних з навмисними діями чи грубою необережністю Застрахованої особи або її представників, а також внаслідок порушення ким-небудь з них встановлених правил перевезення, пересилання і збереження багажу;

4.2.4. Пов'язаних з діями Застрахованої особи або її представників в стані алкогольного сп'яніння, під впливом наркотичних чи токсичних речовин;

4.2.5. Пов'язані із зміною температурно-вологісного режиму, впливу температури, трюмного, багажного, складського повітря чи особливих властивостей і природних якостей багажу (зокрема усушки, повільного виділення тепла при шумуванні, гнитті, самозаймання тощо), природної втрати (зміни) маси (об'єму) багажу або його природного зносу;

4.2.6. Пов'язані з виробничими дефектами багажу;

4.2.7. Пов'язані з невідповідністю упаковки багажу та відправлення багажу в ушкодженому стані;

4.2.8. Пов'язані з нестачею або пошкодженням багажу при цілісності зовнішньої упаковки;

4.2.9. Пов'язані з ушкодженням багажу грибком (пліснявою), черв'яками, гризунами, комахами тощо;

4.2.10. Пов'язані з одержанням багажу в пункті призначення не уповноваженою особою;

4.2.11. Пов'язані з неправильним, несвоєчасним чи неповним оформленням перевізних документів;

4.2.12. 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).

4.2.13. Пов'язані із затримкою доставки багажу транспортними засобами, що здійснюють перевезення, до 6 годин з моменту прибуття Застрахованої особи до терміналу (станції) призначення країни тимчасового перебування;

4.2.14. Пов'язані з затримкою багажу Застрахованої особи, викликану митним доглядом та/або іншими законними процедурами та діями;

4.2.15. 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;

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

4.2.17. Пов'язані з неповідомленням Застрахованою особою представника компанії перевізника про затримку доставки багажу, його втрату;

4.2.18. Пов'язані з витратами на заміну документів, якщо така заміна викликана пошкодженням, утратою ними вигляду придатного до використання.

4.3. Страховик не несе відповідальності за цим Договором, якщо страховий випадок стався:

4.3.1. Внаслідок участі Застрахованої особи в будь-яких діях під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні або на території дії цього

Договору;

4.3.2. Внаслідок участі Застрахованої особи в громадських заворушеннях, революції, заколоті, повстаннях, страйках, путчах, локаутах або терористичних актах;

4.3.3. Внаслідок ядерного інциденту, впливу іонізуючого випромінювання, радіаційного забруднення;

4.3.4. Внаслідок Невиконання Страхувальником офіційних рекомендацій Міністерства закордонних справ України, тел.: +380442381657, сайт: <http://mfa.gov.ua/> щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлені окремим додатком до Договору.

4.3.5. Страховик не відшкодовує витрати на послуги, що перевищують помірні чи обґрунтовані розміри їх оплати у відповідному регіоні.

4.3.6. Страховик не здійснює страхові виплати, пов'язані з відшкодуванням моральної шкоди.

4.3.7. Дія страхового захисту та обов'язки по оплаті вимог чи послуг, передбачених цим договором, 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.

5. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ.

Страховик не оплачує і не відшкодовує вартість лікування та послуг, пов'язаних із такими захворюваннями і подіями:

5.1. лікування хронічних захворювань, вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень;

5.2. новоутворення, хвороби ендокринної системи, цукровий діабет;

5.3. нервові захворювання (крім невритів), психічні захворювання, а також пов'язані з ними травматичні пошкодження;

5.4. венеричні захворювання, імунодефіцитний стан, СНІД;

5.5. хвороби крові та кровотворних органів;

5.6. епідемічні та пандемічні хвороби;

5.7. гостра та хронічна променева хвороба;

5.8. вагітність (за винятком позаматкової вагітності), пологи, переривання вагітності;

5.9. будь-які розлади здоров'я, ускладнення або смерть внаслідок невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічні дії ліків, що не були призначені лікарем, а також побічні дії харчових добавок;

5.10. захворювання або наслідки (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз;

5.11. захворювання та розлади органів слуху, крім гострого захворювання органів слуху;

5.12. грибкові та дерматологічні хвороби, алергічні дерматити будь-якого походження, сонячні опіки першого та другого ступеню;

5.13. захворювання, 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, що виникли після повернення Застрахованої особи з подорожі;

5.14. подальше лікування Застрахованої особи, якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання;

5.15. медичний огляд, що не є наслідком гострого болю, раптового

захворювання та тілесного ушкодження, надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування, а також надання таких спеціальних послуг, як окрема палата, телефон, телевізор тощо;

5.16. послуги та лікування, що можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до закінчення подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування і т.п.;

5.17. проведення високотехнологічних маніпуляцій і операцій на серці та судинах, включно агіографію, ангіопластику, шунтування і т.п.;

5.18. діагностичні послуги: консультації, лабораторні дослідження та інші заходи не призначені лікарем та асистуючою компанією, як необхідні для встановлення діагнозу для подальшого лікування;

5.19. проведення профілактичних вакцинацій, лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;

5.20. всі види пластичних та косметичних операцій і процедур, всі види протезування, трансплантації органів;

5.21. стоматологічне лікування, за винятком (зняття гострого болю);

5.22. фізіотерапевтичне лікування та лікування нетрадиційними методами;

5.23. придбання або ремонт допоміжних засобів (таких як кардіостимулятори, окуляри, контактні лінзи, слухові апарати, інгалятори, протези, милиці, інвалідні візки, вимірювальні прилади тощо), придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування;

5.24. штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи по запобіганню вагітності;

5.25. лікування алкоголізму, наркоманії і т.п., у тому числі лікування абстинентного синдрому;

5.26. медична евакуація, репатріація або поховання за кордоном організовані без письмового узгодження із Страховиком;

5.27. витрати, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування/профілактику;

5.28. самолікування, а також лікування, що здійснюється подружжям, батьками, або дітьми.

5.29. необхідність у індивідуальному догляді, патронажі та охороні;

5.30. на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання, а також не відшкодовуються витрати, які покриваються за рахунок соціального, медичного страхування та іншого забезпечення;

5.31. невиконання Страхувальником офіційних рекомендацій Міністерства закордонних справ України, тел.: +380442381657, сайт: <http://mfa.gov.ua/> щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлені окремим додатком до Договору.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

6.1. Страхувальник має право:

6.1.1. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування;

6.1.2. На зміну умов цього Договору згідно з розділом 10 частини «Б» цього Договору;

6.1.3. На дострокове припинення дії цього Договору відповідно до розділу 11 частини «Б» цього Договору;

6.1.4. На отримання дублікату Договору у разі втрати оригіналу, для чого Страховику надається письмова заява про видачу дублікату. З моменту отримання дублікату загублений Договір є недійсним.

6.2. Страхувальник зобов'язаний:

6.2.1. Своєчасно і в повному обсязі сплачувати страхові платежі;

6.2.2. При укладенні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну страхового ризику;

6.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього об'єкта страхування за аналогічними Правилами;

6.2.4. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору.

6.3. Застрахована особа має право:

6.3.1. На відшкодування тільки витрат в межах лімітів передбачених цим Договором відповідно до обраної Страхувальником для нього Програми з урахуванням зазначених в Договорі вимог та обмежень.

6.3.2. На страховий захист відповідно до обраної Страхувальником для застрахованої особи Програми (згідно частини «А» Договору) та відповідно обраних видів страхування за якими визначено страхову суму та сплачений визначений страховий платіж в розмірі та строки передбачені Договором.

6.3.3. З метою прискорення процедури врегулювання події, що може бути визнана страховою, надавати Страховику наявні документи та інформацію про причини та обставини настання події.

6.4. Застрахована особа зобов'язана:

6.4.1. За перших ознак настання подія, що має ознаки страхового випадку повідомити АСИСТАНС про її настання, а в разі неможливості зробити це невідкладно – впродовж 24-х годин повідомити АСИСТАНС/Страховика в спосіб визначений Договором;

6.4.2. Неухильно дотримуватись інструкцій та рекомендацій, наданих їй АСИСТАНСОМ для координації подальших дій;

6.4.3. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

6.4.4. На вимогу Страховика проходити медичні огляди для підтвердження факту настання страхового випадку.

6.5. Страховик має право:

6.5.1. На дострокове припинення дії Договору відповідно до розділу 11 частини «Б» цього Договору;

6.5.2. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, в правоохоронні органи, медичні та інші установи, підприємства, організації, які володіють такою інформацією, а також самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку;

6.5.3. При необхідності організувати медичні огляди з метою обстеження Застрахованої особи;

6.5.4. При невиконанні Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору повністю або частково відмовити у виплаті страхового відшкодування.

6.6. Страховик зобов'язаний:

6.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами;

6.6.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхового відшкодування;

6.6.3. Здійснити виплату страхового відшкодування на умовах та в строки, передбачені цим Договором. Страховик несе відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені в розмірі подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла на момент прострочення страхової виплати, за кожен день такої затримки.

6.6.4. Зберігати в таємниці відомості про майновий стан Страхувальника та стан здоров'я Застрахованої особи, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

6.7. Третя особа має право:

6.7.1. На відшкодування понесених витрат в межах страхової суми та лімітів відповідальності на умовах п. 8.1.5.1. частини «Б» Договору.

7. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. У разі настання події, що може бути визнана страховою та призвести до непередбачених витрат, визначених п. 2.1.1. частини «Б» цього Договору, Застрахована особа зобов'язана негайно повідомити АСИСТАНС для отримання інструкцій щодо подальших своїх дій.

7.2. З метою координації подальших дій Застрахована особа зобов'язана повідомити АСИСТАНС наступні відомості: Прізвище та ім'я Застрахованої особи; Назву страхової компанії; Номер Договору; Страхову суму; Програму страхування; Термін дії Договору; Адресу місцезнаходження, номер контактного телефону Застрахованої особи; Характер необхідної допомоги.

7.3. При настанні події, яка має ознаки страхового випадку, визначеного п. 2.1.2. частини «Б» цього Договору, Застрахована особа зобов'язана:

7.3.1. Негайно повідомити про це в компетентні органи;

7.3.2. Негайно у будь-який спосіб, який дозволяє зафіксувати факт такого повідомлення, повідомити Страховика та протягом 2 (двох) робочих днів після повернення на територію України надати Страховику письмову заяву на виплату страхового відшкодування. Якщо з поважних причин Страхувальник не мав змоги подати заяву на виплату страхового відшкодування у вказаний строк, цей строк може бути подовжений за згодою Страховика;

7.3.3. Вжити всіх доступних заходів для врятування застрахованого багажу, усунення причин події, яка може бути кваліфікована як страховий випадок

7.3.4. Якщо це не перешкоджає рятуванню багажу, зменшенню збитків чи запобіганню нових:

7.3.4.1. Зберегти всі пошкоджені чи замінені замки і пломби для їх наступного засвідчення компетентними органами;

7.3.4.2. Не змінювати розміщення і упаковку багажу до прибуття представників компетентних органів;

7.3.4.3. Забезпечити можливість огляду ушкодженого багажу для з'ясування причин та розміру збитку.

7.3.5. Вжити всіх доступних заходів для оформлення належним чином всіх документів, необхідних для підтвердження факту настання, причин, характеру та розміру збитку, і надати Страховику.

7.3.6. Сповістити Страховика про випадки одержання компенсації, повернення/відновлення знищеного/втраченого багажу.

7.4. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, визначеного п. 2.1.3. частини «Б» цього Договору, Застрахована особа зобов'язана діяти відповідно до вимог п.7.1.,7.2. частини «Б» цього Договору.

8. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

8.1. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ ПРИ НАСТАННІ ПОДІЇ ЯКА МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ, ВИЗНАЧЕНИХ п. 2.1.1., 2.1.2., 2.1.4. ЧАСТИНИ «Б» ЦЬОГО ДОГОВОРУ

8.1.1. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком, Страховик приймає рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у п. 8.1.8. частини «Б» цього Договору шляхом складання страхового акта або акта про відмову у виплаті страхового відшкодування відповідно.

8.1.2. Строк прийняття рішення подовжується Страховиком на

період проведення медичного огляду, очікування документації та інформації про випадок від АСИСТАНСУ, відповідей компетентних органів, закладів за запитами Страховика.

8.1.3. Виплату страхового відшкодування Страховик здійснює протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складення страхового акту.

8.1.4. При відмові у виплаті страхового відшкодування Страховик зобов'язаний протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складання акту про відмову у виплаті страхового відшкодування повідомити Застрахованій особі у письмовій формі обґрунтовані причини відмови.

8.1.5. При настанні страхового випадку, зазначеного п. 2.1.1. частини «Б» цього Договору та згідно обраної Страхувальником Програми, а також в межах лімітів зазначених в Договорі Страховиком здійснюється виплата страхового відшкодування:

8.1.5.1. Безпосередньо АСИСТАНСУ, за надані Застрахованій особі послуги, на підставі договору про співробітництво між Страховиком та АСИСТАНСОМ та документів, що підтверджують факт настання та врегулювання страхового випадку;

8.1.5.2. Безпосередньо Застрахованій особі в разі порушення Застрахованою особою обов'язку щодо повідомлення АСИСТАНСУ або Страховика, Страховик може здійснити компромісну виплату страхового відшкодування, при якій відшкодувати безпосередньо Застрахованій особі тільки непередбачені медичні витрати в межах суми, що становить еквівалент 200 (двісті) у.о. в українській гривні;

8.1.5.3. Безпосередньо Застрахованій особі за випадками, визначеними п. 2.1.2. частини «Б» в межах ліміту, що становить еквівалент 500 (п'ятсот) у.о. в грошовій одиниці України.

8.1.6. Розмір страхового відшкодування визначається Страховиком на підставі отриманих документів, що засвідчують факт настання страхового випадку.

8.1.7. Страхове відшкодування сплачується Страховиком на підставі страхового акту в межах страхової суми на одну Застраховану особу та лімітів відповідальності, в розмірі фактичних та документально підтверджених витрат за вирахуванням франшизи, якщо така встановлена.

8.1.8. Для отримання страхового відшкодування на підставі п. 8.1.5.2. цього Договору Застрахована особа (її представники, спадкоємці) надає Страховику для прийняття рішення про визнання або невизнання страхового випадку та виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування, такі документи:

8.1.8.1. Заяву на виплату страхового відшкодування;

8.1.8.2. Документ, що ідентифікує Застраховану особу;

8.1.8.3. Договір;

8.1.8.4. Оригінали документів, де вказані прізвище, ім'я пацієнта, діагноз захворювання, інформація про лікувальні процедури та дати їх проведення, а також сума сплати за проведене лікування;

8.1.8.5. Рецепти з печаткою, де вказані прізвище лікаря, назви ліків, а також оригінали документів, що підтверджують оплату медикаментів, призначених лікарем у зв'язку з цим захворюванням;

8.1.8.6. Інші документи, що підтверджують понесені Застрахованою особою витрати (квитанції, чеки тощо);

8.1.8.7. Копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру платника податків;

8.1.8.8. Інші документи на вимогу Страховика, що містять інформацію про подію, яка має ознаки страхового випадку.

8.1.9. Документи, зазначені в п. 8.1.8. цих частини «Б», можуть бути надані англійською, французькою, німецькою або іспанською мовами. Якщо документи складені іншими мовами, Застрахована особа має надати офіційний переклад українською мовою відповідно завіреним (засвідченим).

8.1.10. Документи, що надаються для прийняття рішень про визнання або невизнання страхового випадку та виплату або

відмову у виплаті страхового відшкодування, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.

8.1.11. Якщо Застрахована особа отримала відшкодування 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 зобов'язана повідомити Страховика.

8.1.12. Страхова сума на одну Застраховану особу зменшується протягом строку дії Договору на суму виплачених відшкодувань.

8.2. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ ПРИ НАСТАННІ ПОДІЇ ЯКА МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ, ВИЗНАЧЕНОГО п. 2.1.5. ЧАСТИНИ «Б» ЦЬОГО ДОГОВОРУ (НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ)

8.2.1. Страхова виплата здійснюється:

а) у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку у розмірі 100% страхової суми;

б) у разі одержання Застрахованою особою травми внаслідок нещасного випадку і встановлення інвалідності: I групи – 100% страхової суми; II групи – 60% страхової суми.

в) у разі тимчасової втрати Застрахованою особою працездатності – 0,2% від страхової суми за кожен день втрати працездатності, але не більше 50% страхової суми.

8.2.2. Інші умови здійснення страхової виплати:

8.2.2.1. У разі смерті (загибелі) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку виплачується 100% страхової суми по добровільному страхуванню від нещасних випадків за вирахуванням раніше здійснених страхових виплат;

8.2.2.2. У разі встановлення інвалідності після тимчасової втрати працездатності та отримання Застрахованою особою страхової виплати згідно підпункту "в" п. 8.2.1. Частини «Б» Договору Застрахованій особі виплачується різниця між належною до виплати сумою та вже здійсненою страховою виплатою.

8.2.3. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про страховий випадок через АСИСТАНС чи напряму СТРАХОВИКА впродовж трьох робочих днів з моменту настання страхового випадку. Для отримання страхової виплати Страхувальник у п'ятнадцяти денний термін з моменту повернення в Україну зобов'язаний надати Страховику наступні документи: заява-повідомлення про настання нещасного випадку; договір, документ, що посвідчує особу-одержувача страхової виплати; довідки, що підтверджують факт настання страхового випадку; довідку з правоохоронних органів, якщо нещасний випадок стався внаслідок неправомірних дій будь-яких осіб, медичну довідку про термін тимчасової втрати працездатності, довідки із спеціалізованих установ про встановлення інвалідності 1/2 групи, інші документи, на вимогу Страховика.

8.2.4. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі страхового акта протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання від Страхувальника (Застрахованої особи) всіх документів.

8.2.5. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ ПО СТРАХУВАННЮ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ.

8.2.5.1. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо Страхувальник (Застрахована особа): а) не подав всіх документів, необхідних для прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати, визначених у п.8.2.3 Частини «Б» цього Договору; б) подав Страховику завідомо неправдиві відомості про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку; в) невчасно повідомив Страховика про настання страхового випадку, згідно з п. 8.2.3. Частини «Б» цього Договору; г) в інших випадках, передбачених Договором, чинним законодавством України та Правилами.

8.3. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ ПРИ НАСТАННІ ПОДІЇ ЯКА МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ, ВИЗНАЧЕНИХ п. 2.1.3. ЧАСТИНИ «Б» ЦЬОГО ДОГОВОРУ.

8.3.1. У випадку захворювання або нещасного випадку перед подорожжю, до прийняття рішення про відмову від подорожі, необхідно звернутися до Страховика телефоном.

8.3.2. При настанні події внаслідок якої Страхувальник (Застрахована особа, або особа, що представляє її інтереси) приймає рішення про скасування подорожі, необхідно протягом 24 годин (без урахування вихідних та святкових днів) з моменту настання будь-якого страхового випадку зазначеного у пункті 2.1.3. повідомити про це Страховика за телефоном. У випадку недотримання строків повідомлення, обґрунтувати це у письмовій формі. У повідомленні мають бути вказані причина та обставини страхової події, назва, адреса та реквізити суб'єкта туристичної діяльності, який організував поїздку, дата виїзду, вартість подорожі, адреса та номер телефону Страхувальника.

8.3.3. Протягом 30 календарних днів від дати настання страхового випадку (відмови від запланованої подорожі) надати Страховику заяву про виплату страхового відшкодування. У заяві мають бути вказані причини та обставини страхової події, назва, адреса та реквізити суб'єкта бронювання послуг та постачальників послуг для поїздки, дата виїзду, вартість подорожі, сума сплачених за подорож коштів та додані всі необхідні документи, які обґрунтовують причину настання страхового випадку, суму сплачених коштів та розмір завданого збитку.

8.3.4. У випадку смерті Застрахованої особи спадкоємець зобов'язаний надати Страховику заяву про виплату страхового відшкодування протягом 30 днів від дати прийняття спадщини та всі необхідні документи, які обґрунтовують причину настання страхового випадку та розмір завданого збитку.

8.3.5. Витрати, які відшкодовуються Страховиком.

8.3.5.1. Страхувальнику відшкодовується та частина його коштів, що включена до страхової суми, яку не повертають йому постачальники послуг у відповідності до ставок штрафних санкцій.

8.3.5.2. Сума страхового відшкодування не може бути більше страхової суми в гривнях, розрахованої на дату укладання Договору.

8.3.5.3. При скасуванні подорожі (випадки згідно п. 2.1.3. Договору) сума страхового відшкодування розраховується як різниця між фактично понесеними витратами Застрахованої особи (Страхувальника) по придбанню пакета послуг для подорожі, включаючи вартість проїзних документів, попередню оплату вартості проживання і т.п., та повернутою суб'єктом туристичної діяльності сумою у відповідності зі ставками штрафних санкцій, встановлених постачальниками туристичних послуг та/або іншими третіми особами (Страховиками, гарантами, поручителями, банками тощо).

8.3.6. Умови здійснення страхової виплати.

8.3.6.1. Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику на підставі наступних документів:

- аява на отримання страхового відшкодування;
- оговір із суб'єктом туристичної діяльності про надання туристичних послуг або іншим постачальником послуг для заброньованої подорожі;
- еки, квитанції, що свідчать про сплату Страхувальником вартості послуг заброньованих для подорожі;
-

окументи від суб'єкта туристичної діяльності або іншого постачальника послуг для заброньованої подорожі, що підтверджують бронювання та оплату послуг для Страхувальника (Застрахованої особи);

- окументи, що підтверджують штрафні санкції внаслідок скасування подорожі, від транспортних підприємств, консульств, готелю та інших організацій, послуги яких були замовлені та оплачені для Застрахованої особи;

- окументи від суб'єкта туристичної діяльності або іншого постачальника послуг для заброньованої подорожі, щодо суми коштів повернутої Страхувальнику внаслідок скасування подорожі;

- окумент, що посвідчує особу Страхувальника (у випадку смерті – спадкоємця) та копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера;

- разі скасування заброньованої подорожі внаслідок страхових випадків із членами сім'ї або супутниками Застрахованої особи, надаються копії документів, що підтверджують родинні зв'язки Застрахованої особи та особи, в наслідок події з якою скасовується подорож (якщо така особа не є Застрахованою особою), копії договорів страхування, проїзних документів, ваучерів і т.п. супутників, що мали здійснювати спільну із Застрахованою особою подорож;

- одатково до вищезазначених документів Страхувальник зобов'язаний надати документи, відповідні страховому випадку.

8.3.6.2. в разі скасування Страхувальником заброньованої подорожі внаслідок травми, захворювання, смерті Застрахованої особи або членів її сім'ї, або супутників: офіційну довідку із медичного закладу про травму (захворювання, лікування), медичні приписи та застереження щодо подорожі, копії документів, що підтверджують родинні зв'язки Застрахованої особи та особи через хворобу якої скасовується подорож (якщо така особа не є Застрахованою особою), копії договорів страхування супутників, що мали здійснювати спільну із Застрахованою особою подорож. У випадку смерті особи – Страховику надається копія свідоцтва про смерть та копія свідоцтва про спадок;

8.3.6.3. в разі скасування заброньованої подорожі внаслідок знищення нерухомого майна Застрахованої особи: правоустановчі документи на майно, довідка встановленого зразка з компетентних органів залежно від характеру страхового випадку (правоохоронних органів, МНС, аварійних служб, житлово-комунальних служб, сейсмологічної служби тощо), які підтверджують факт настання страхового випадку, а також перелік та опис знищеного майна;

8.3.6.4. Ліміт відповідальності Страховика (страхова сума) за ризиком визначеним п. 2.1.3. частини «Б» цього Договору зазначається в частині «А» Договору, в графі "Скасування подорожі".

8.3.7. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. НЕ ВИЗНАЄТЬСЯ СТРАХОВИМ ВИПАДКОМ ПРИ НАСТАННІ ПОДІЇ ЯКА МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ, ВИЗНАЧЕНИХ п. 2.1.3. ЧАСТИНИ «Б» ЦЬОГО ДОГОВОРУ, ЯКЩО:

8.3.7.1. така подорож була протипоказана Застрахованій особі за станом здоров'я;

ч

8.3.7.2. причиною скасування або переривання подорожі є хронічні, психічні та інфекційні захворювання, трансплантація органів, імунодефіцитний стан, СНІД набуті до дати бронювання

подорожі;

8.3.7.3. причиною скасування подорожі є події, інші ніж вказані у пункті 2.1.3. цього Договору.

8.3.8.Строки дії договору страхування фінансових ризиків:

8.3.8.1. Періодом страхування в частині неможливості здійснення заброньованої подорожі є строк від дати укладання цього договору до дати початку подорожі.

9. УМОВИ “СТРАХУВАННЯ ЖИТЛА” (ОПЦІЯ) ризики згідно п.2.1.7. Договору

9.1. ЗАГАЛЬНА СТРАХОВА СУМА ЗА ОПЦІЄЮ. ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. ФРАНШИЗА.

9.1.1. ЗАГАЛЬНА СТРАХОВА СУМА ЗА ОПЦІЄЮ – 100 000,00 (сто тисяч) гривень.

9.1.2. ЗАГАЛЬНА СТРАХОВА СУМА за опцією поділяється на ліміти відповідальності:

- нерухоме майно (конструкції з невід’ємними комунікаціями та зовнішнім оздобленням) – 50 000,00 грн. (п’ятдесят тисяч грн.)
- Внутрішнє оздоблення – 20 000,00 грн. (двадцять тисяч грн.)
- Рухоме (домашнє майно) – 20 000,00 грн. (двадцять тисяч грн.), поділяється на дві групи: Група А – предмети інтер’єру та меблі, килимові вироби, санітарно-технічне обладнання (унітази, раковини, ванни тощо), газові й електричні плити, лічильники, електропобутові прилади, аудіо-, відео-, кіно-, фото-, електронна техніка, протипожежні та охоронні системи та Група Б – одяг, білизна, взуття, предмети домашнього господарства та вжитку, господарський та спортивний інвентар тощо. Ліміт відповідальності Страховика щодо відшкодування збитку, завданого домашньому майну, яке відноситься до групи Б на одиницю, складає 5 000 (п’ять тисяч) гривень. Ліміт відповідальності Страховика щодо відшкодування збитку за кожну одиницю майна з категорії «Домашнє майно» становить: - для Групи А - 5 000,00 (п’ять тисяч) грн.; - для Групи Б - 500,00 (п’ятсот) грн.

- цивільна відповідальність перед сусідами – 10 000,00 грн. (десять тисяч грн. 00 коп.)

9.1.3. Безумовна франшиза – 1000,00 грн. (одна тисяча грн. 00 коп.) за кожним і будь-яким страховим випадком по цій опції.

9.1.4. Застрахованим майном (об’єктом страхування цивільної відповідальності перед третіми особами, сусідами) є житлове приміщення, адресу якого зазначено в частині «А» Договору в графі “Страхування житла та відповідальності перед сусідами”.

9.2. Всі інші умови страхування, порядок дій Страховальника, порядок виплати страхового відшкодування та всі інші умови регулюються відповідною Офертою, що розміщено (опубліковано) на сайті <http://www.oberig-sg.com/> “ДОБРОБУТ В КОЖНУ ОСЕЛЮ”, автоматично обраним вважається варіант “2.а «LITE»” для квартири у багатоповерхових будинках та варіант “3.а «LITE»” для приватних будинків. Страховальник ставлячи підпис на частині «А» Договору та обравши опцію “Страхування житла та відповідальності перед сусідами” будучи при повному розумі і твердій пам’яті, без будь якого примусу, добровільно приймає умови та керується умовами та положеннями статті 634 Цивільного кодексу України підписавши цей Договір-заяву на приєднання (акцепт) договору (оферти): “ДОБРОБУТ В КОЖНУ ОСЕЛЮ”, дає свою безвідкличну згоду на приєднання та приєднується до договору (оферти): “ДОБРОБУТ В КОЖНУ ОСЕЛЮ”, що розміщено (опубліковано) на офіційному сайті Страховика - <http://www.oberig-sg.com/> (вживається в тексті як “Оферта”). Своім підписом на цьому Договорі Страховальник підтверджує, що він ознайомлений і згоден з Офертою, Правилами та умовами страхування, в т.ч. викладеними на сайті <http://www.oberig-sg.com/>.

9.3. Дії СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

По страхуванню майна.

9.3.1. При настанні події, що за умовами Договору може бути кваліфікована як страховий випадок та сталась внаслідок ризиків, передбачених Договором, Страховальник (Вигодонабувач), за його відсутності - член його родини, зобов’язаний: вжити всіх доступних заходів для врятування застрахованого майна, майна третіх осіб, усунення причин події; забезпечити охорону ушкодженого майна, виконати всі інструкції, отримані від Страховика; забезпечити збереження стану предметів, які можуть виступати як речові докази тих або інших причин настання події, що може бути кваліфікована як страховий випадок; негайно повідомити про це в органи міліції, пожежної охорони та інші спеціалізовані органи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків подій, передбачених Договором, та розслідування причин їх виникнення; негайно, у будь-який спосіб, повідомити Страховика та протягом 2 (двох) робочих днів після настання події, яка може бути кваліфікована як страховий випадок, надати Страховику письмове повідомлення про таку подію (надалі – Повідомлення про подію). Так само, як на Страховальника, обов’язок негайного повідомлення про настання події, яка може бути кваліфікована як страховий випадок, покладений і на Вигодонабувача. Якщо з поважних причин Страховальник не мав змоги надати Повідомлення про подію у вказаний строк, цей строк може бути збільшений за згодою Страховика; письмово повідомити Страховика про початок проведення ремонтних або інших робіт, які пов’язані зі змінами фактичного стану пошкодженого майна на місці події, яка може бути кваліфікована як страховий випадок; забезпечити представнику Страховика можливість огляду ушкодженого майна для з’ясування причин та розмірів збитку, а також забезпечити участь представника Страховика в будь-яких комісіях, створених для встановлення причин і визначення розміру збитку; надати всі необхідні документи згідно з Договором та сповістити Страховика про всі випадки одержання компенсації, повернення або відновлення третіми особами ушкодженого або знищеного майна; надати всі документи, необхідні Страховику для висунення позову до осіб, винних у настанні страхового випадку (якщо такі є), з метою отримання від них компенсації за заподіяні збитки; негайно повідомити Страховику місцезнаходження втраченого майна, якщо воно знайдене.

По страхуванню цивільної відповідальності перед сусідами.

9.3.2. При одержанні претензії від третіх осіб, Страховальник зобов’язаний: не давати обіцянок, або іншим чином заявляти про свій намір задовольнити будь-які претензії без письмової згоди Страховика; протягом 2 (двох) робочих днів після її одержання, письмово повідомити Страховика шляхом надання письмового повідомлення про зміст такої претензії (надалі –Повідомлення про подію) та відправити на адресу Страховика копію претензії; надати Страховику всіляке сприяння у судовому та несудовому захисті у випадку пред’явлення майнової претензії або позову від третьої особи; у випадку, якщо існує можливість та підстави відмови у задоволенні майнових претензій, заявлених зі сторони третіх осіб, або зменшення розміру відшкодування, повідомити про це Страховика та вжити всіх необхідних заходів для здійснення цієї можливості; докласти зусиль до фіксування у відповідних документах всіх обставин, що призвели до настання страхового випадку, усіх наслідків страхового випадку, зокрема викликати і залучати представників Компетентних органів, експертів, відповідних спеціалістів, а також підтверджувати відповідними документами розмір збитків; надати всі необхідні документи згідно Договору; повернути одержане від Страховика страхове відшкодування (або його частину), якщо виявиться, що

Страховальник не мав права на його одержання або якщо збитки за страховим випадком (повністю або частково) відшкодовані особами, винними у його настанні; у випадку, якщо Страховик у зв'язку зі страховим випадком вважатиме за необхідне призначити свого адвоката або іншу уповноважену особу для захисту як своїх інтересів, так і інтересів Страховальника, видати довіреність та інші необхідні документи особам, які призначені Страховиком.

10. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

10.1. При настанні страхового випадку, визначених Договором, підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є:

10.1.1. Невиконання Страховальником (Застрахованою особою) умов Договору;

10.1.2. Невиконання або несвоєчасне виконання Застрахованою особою вимог щодо повідомлення АСИСТАНСУ або Страховика про настання подій, що можуть призвести до непередбачених витрат, або створення Страховику перешкод у визначенні причин та обставин настання страхового випадку, характеру та розміру збитків;

10.1.3. Здійснення Страховальником або Застрахованою особою навмисних дій, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страховальника або Застрахованою особою встановлюється відповідно до законодавства України;

10.1.4. Невиконання Застрахованою особою медичних призначень, рекомендацій та інструкцій АСИСТАНСУ / СТРАХОВИКА;

10.1.5. Відмова Застрахованої особи від проходження медичного огляду, призначеного за вимогою Страховика для підтвердження факту настання подій, що призвели до страхового випадку;

10.1.6. Подання Страховику неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

10.1.7. Вчинення Страховальником або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

10.1.8. Ненадання Застрахованою особою всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку;

10.1.9. В усіх інших випадках, передбачених чинним законодавством України, Договором та Правилами.

10.2. Якщо за фактом, який став причиною настання страхового випадку, ведеться кримінальна справа або розпочато судовий процес, рішення Страховика про виплату страхового відшкодування може бути відкладене до закінчення розслідування і судового розгляду для встановлення невинуватості Страховальника, але не більше ніж на 180 (сто вісімдесят) робочих днів.

11. ДІЯ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ЙОГО ДІЇ

11.1. Будь-які зміни та доповнення до Договору здійснюються за згодою Страховальника та Страховика шляхом укладання додаткової угоди, яка стає невід'ємною частиною Договору або переукладенням Договору.

11.2. Договір припиняє свою дію та втрачає чинність за згодою Страховика і Страховальника, а також у разі:

11.2.1. Закінчення строку його дії;

11.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою у повному обсязі;

11.2.3. Несплати Страховальником страхових платежів у встановлені Договором розміри та строки;

11.2.4. Ліквідації Страховальника - юридичної особи або смерті Страховальника-громадянина (Застрахованої особи) чи втрати ними дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування";

11.2.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

11.2.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

11.2.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

11.3. Норматив витрат на ведення справи Страховика складає 40%.

11.4. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховальника Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних сум страхового відшкодування, які були виплачені за Договором. Якщо вимога Страховальника обумовлена невиконанням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страховальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

11.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страховальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страховальником умов Договору, то Страховик повертає Страховальнику страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних сум страхового відшкодування, які були виплачені за Договором.

11.6. Договір набуває чинності з дати зазначеної в частині «А» як дата початку дії Договору, але не раніше дня наступного за днем надходження страхового платежу на розрахунковий банківський рахунок Страховика та моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при виїзді з території України. Договір діє з дати зазначеної в частині «А» як дата закінчення дії Договору. Дія договору по відношенню до окремої застрахованої особи припиняється після вичерпання кількості днів перебування зазначеної в частині «А» Договору. Фактична кількість днів перебування окремою застрахованою особою за кордоном розраховується виходячи з відповідних позначок, штампів та відміток державних уповноважених органів, що містять дати перетинання Державного кордону України при виїзді застрахованої особи за межі України та при в'їзді застрахованої особи в Україну, для цього застрахована особа надає Страховику свій закордонний паспорт та/або митну декларацію. При кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії Договору.

11.7. Страховий захист не надається на території України та її кордонах.

11.8. Дострокове припинення дії Договору в частині страхування фінансових ризиків за ініціативою Страховальника можливе не менш, ніж за 7 днів до дати закінчення строку дії договору страхування фінансового ризику (до початку подорожі).

12. ІНШЕ

12.1. Відповідно до Закону України "Про захист персональних даних" від 01.06.2010 р. № 2297-VI Страховальник надає Страховику свою згоду на обробку та використання його персональних даних з метою здійснення страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансовогосподарської діяльності, забезпечення реалізації адміністративно-правових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку та ведення внутрішніх баз даних Страховика. Під обробкою персональних даних розуміється збір, реєстрація, накопичення, зберігання, адаптування, уточнення (оновлення, зміни), використання, поширення (у тому числі передачу третім особам), знеособлення, знищення і будь-які інші

дії з персональними даними. Під персональними даними розуміється будь-яка інформація, що відноситься до Страхувальника як до суб'єкта персональних даних, у тому числі прізвище, ім'я, по батькові, паспортні дані, адреса, дані про ідентифікаційний номер та інша персональна інформація. Ставлячи підпис на лицьовій стороні Договору, Страхувальник підтверджує, що повідомлений, про те, що його персональні дані включені в базу персональних даних Страховика і вони можуть бути передані третім особам. Зміст прав як суб'єкта персональних даних відповідно до Закону України "Про захист персональних даних" Страхувальнику відомий і зрозумілий. Така сама згода згідно п. 12.1. Договору, стосується і застрахованих осіб за цим Договором. Страхувальник зобов'язаний отримати письмову згоду від застрахованих осіб на укладання цього договору, а також ознайомлення з його умовами. Своїм підписом на цьому Договорі Страхувальник підтверджує, що він ознайомлений і згоден з, Правилами та умовами страхування, а також підтверджує, що всі вище вказані відомості є правдивими і ним перевірені, примірник Договору одержав, Підписанням (укладанням) цього Договору Страхувальник підтверджує та визнає, що: до укладення цього Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» (надалі - Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону (надалі – інформація); зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування страхувальників Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет <http://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 цього Договору та Правил йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення цього Договору не нав'язане йому іншою особою; цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правосдатності та дієздатності для укладення Договору.

12.2. У випадку розходження умов цього Договору з положеннями Правил Сторони керуються умовами та положеннями Договору.

12.3. Умовною валютою цього Договору (скорочено "у.о.") є валюта зазначена в частині «А» Договору (\$ - долар США; € - євро) . Всі розрахунки, що визначені цим Договором в умовних одиницях здійснюються в гривневому еквіваленті, за відповідним курсом Національного Банку України на момент настання страхового випадку, якщо інше не погоджено Страхувальником та Страховиком.

12.4. Страхувальник (Застрахована особа) підтверджує що він до моменту укладення цього Договору ознайомлений зі зразками підписів уповноважених осіб та печатки Страховика та надає згоду на використання факсимільних зразків підпису уповноважених осіб та печатки Страховика, шляхом нанесення їх типографським засобом у Договір страхування.

Спори між Страхувальником, Застрахованою особою, Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

12.5. У разі недосягнення згоди, розв'язання спорів здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством України.

12.6. При вирішенні питань, що не врегульовані цим Договором, Страхувальник, Застрахована особа, Страховик керуються Правилами та законодавством України.

12.7. Контактну інформацію СТРАХОВИКА та АСИСТАНСУ для звернень по страховим випадкам та з питань обслуговування договору - зазначено на звороті частини «А» Договору.