

ЗАТВЕРДЖЕНО:
НАКАЗ № 2024/06/30 від 30.06.2024
Початок строку дії з 01.07.2024

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ КОМПЛЕКСНОГО СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ»**

(КЛАСИ СТРАХУВАННЯ 1, 18)

ЗМІСТ

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ	3
2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ	6
3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ	7
4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ	8
5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	10
6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	10
7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	11
8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	15
9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	16
10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	16
11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	21
12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	21

Ці Загальні умови комплексного страхового продукту "Страховання подорожуючих" (надалі - **Загальні умови продукту**) за класами страхування:

Клас 1 – страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання);

Клас 18 – страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі,

розроблені відповідно до Закону України «Про страхування» від 18.11.2021 року за №1909-IX зі змінами та доповненнями (далі - Закон) та відповідно до вимог Положення про внутрішню політику з андеррайтингу та Положення про внутрішню політику з розроблення та впровадження страхових продуктів.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

1.1. **АКТИВНИЙ ТУРИЗМ** – діяльність Застрахованої особи, пов'язана із наступними видами спорту та/або істотними фізичними навантаженнями (виключно на аматорському рівні, без участі в змаганнях), що вимагає спеціальних навичок та/або використання механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі: зимові види спорту (гірські лижі та сноуборд на гірськолижних курортах під час відпочинку); дайвінг (глибина занурення до 18 метрів); плавання (у річці, морі), аквааеробіка; рафтинг (1-2 рівень складності); катання на конях, верблюдах, слонах; катання на квадроциклах та багі (в тому числі перебування 30 у якості пасажира); катання на велосипеді; парасейлінг; туристичні походи/ трекінг (1-2 категорії складності), пляжний футбол, важка атлетика, віндсерфінг, воднолижний спорт, гирьовий спорт, лижне двоборство, пауерліфтинг, стрибки у воду, фігурне катання, армспорт, багатоборство (всі види), велоспорт (трек, шосе), водно-моторний спорт, гребля, спортивна гімнастика, картинг, кінний спорт, ковзанярський спорт, катання на ковзанах, контактні види спорту (боротьба вільна, боротьба греко-римська, дзюдо, козацький двобій, рукопашний двобій, традиційне карате, кікбоксинг, бокс, дзюдо, боротьба, самбо, сумо), подорожі (піші походи) у гірських районах, поло, регбі, санний спорт, спідвей, шорт-трек, футбол (всі види), хокей з шайбою, автототоспорт, гірський велосипед, гірськолижний спорт, дельтапланерний спорт, авіаційний спорт, мотоциклетний спорт, парашутний спорт, планерний спорт, піші походи (за спеціальними маршрутами), ралі, слалом (всі види), скелелазіння, спелеологія, стрибки на лижах з трампліна, фрістайл-акробатика, стрибки на батуті, рибальський спорт, стендова та кульова стрільба, біатлон, бодібілдинг, художня гімнастика, ігрові види спорту (баскетбол, бейсбол, водне поло, волейбол, гандбол, пейнтбол, хокей на траві, футбол, хокей з шайбою, легка атлетика, рок-н-рол акробатичний, сквош, спортивні танці, теніс. Дія Договору поширюється на активні види відпочинку, вказані вище, виключно за умови, коли в Сертифікаті проставлено умовне позначення - АКТИВНИЙ ТУРИЗМ.

1.2. **АСИСТУЮЧА КОМПАНІЯ (АСИСТАНС)** – суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) застрахованим особам або іншим особам, визначеним договором страхування, на умовах, передбачених таким договором страхування.

1.3. **БАГАЖ** – речі, вантаж та інші матеріальні цінності, що упаковані для відправлення повітряним, наземним, залізничним, морським (річковим) транспортом, які відправляються їх власником (Застрахованою особою) за наявності у власника проїзних документів, за окрему плату, у багажному відсіку транспортного засобу.

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

- 1.5. 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 становить загрозу життю Застрахованої особи.
- 1.6. ГРУПА РИЗИКУ - ступінь ризику, визначена за Договором для Застрахованих осіб, в залежності від їх віку, мети подорожі, способів відпочинку. Застосовується для визначення розміру страхової премії за Договором.
- 1.7. ЗАГРОЗА ЖИТТЮ ТА ЗДОРОВ'Ю - ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної невідкладної 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.
- 1.8. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (ЗО) - фізична особа, що яка здійснює або має намір здійснити подорож за кордон, життя, здоров'я та працездатність якої є об'єктом страхування за договором страхування. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника.
- 1.9. ЗАХВОРЮВАННЯ - гостре захворювання, розлад здоров'я, тілесне ушкодження Застрахованої особи, що сталося несподівано і становить загрозу для життя та здоров'я Застрахованої особи та потребує невідкладної медичної допомоги.
- 1.10. ЗАНЯТТЯ СПОРТОМ ТА ЗМАГАННЯ - діяльність ЗО, пов'язана із наступними видами спорту та/або істотними фізичними навантаженнями (на професійному рівні, з можливістю участі в змаганнях), що вимагає спеціальних навичок та/або використання механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі: зимові види спорту (гірські лижі та сноуборд на гірськолижних курортах під час відпочинку); дайвінг (глибина занурення до 18 метрів); плавання (у річці, морі), аквааеробіка; рафтинг (1-2 рівень складності); катання на конях, верблюдах, слонах; катання на квадроциклах та багі (в тому числі перебування ЗО у якості пасажира); катання на велосипеді; парасейлінг; туристичні походи/ трекінг (1-2 категорії складності), пляжний футбол, важка атлетика, віндсерфінг, воднолижний спорт, гирьовий спорт, лижне двоборство, пауерліфтинг, стрибки у воду, фігурне катання, армспорт, багатоборство (всі види), велоспорт (трек, шосе), водно-моторний спорт, гребля, спортивна гімнастика, картинг, кінний спорт, ковзанярський спорт, катання на ковзанах, контактні види спорту (боротьба вільна, боротьба греко-римська, дзюдо, козацький двобій, рукопашний двобій, традиційне карате, кікбоксинг, бокс, дзюдо, боротьба, самбо, сумо), подорожі (піші походи) у гірських районах, поло, регбі, санний спорт, спідвей, шорт-трек, футбол (всі види), хокей з шайбою, автототспорт, гірський велосипед, гірськолижний спорт, дельтапланерний спорт, авіаційний спорт, мотоциклетний спорт, парашутний спорт, планерний спорт, піші походи (за спеціальними маршрутами), ралі, слалом (всі види), скелелазіння, спелеологія, стрибки на лижах з трампліна, фрістайл-акробатика, стрибки на батуті, рибальський спорт, стендова та кульова стрільба, біатлон, бодібілдинг, художня гімнастика, ігрові види спорту (баскетбол, бейсбол, водне поло, волейбол, гандбол, пейнтбол, хокей на траві, футбол, хокей з шайбою, легка атлетика, рок-н-рол акробатичний, сквош, спортивні танці, теніс. Дія Договору поширюється на заняття спортом та змагання, вказані вище, виключно за умови, коли в Сертифікаті проставлено умовне позначення - ЗАНЯТТЯ СПОРТОМ ТА ЗМАГАННЯ.
- 1.11. ІНТЕЛЕКТУАЛЬНА ПРАЦЯ - група ризику, виконання Застрахованою особою оплачуваної інтелектуальної роботи, окрім 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 інтелектуальної праці, тоді в Сертифікаті вказується умовне позначення - ІНТЕЛЕКТУАЛЬНА ПРАЦЯ.
- 1.12. КРАЇНА ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ - країна, в якій Застрахована особа проживає у цілому не менше 183 (ста вісімдесяти трьох) днів протягом календарного року.
- 1.13. ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ (ЛІМІТ ВІДШКОДУВАННЯ) - грошова сума, яка встановлена в рамках Страхової суми, в межах якої Страховик несе зобов'язання при настанні страхового випадку відносно надання ЗО конкретної послуги. Після здійснення страхової виплати ліміт відповідальності зменшується на суму цієї виплати.

- 1.14. НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА - медичні послуги, що надаються Застрахованій особі при такому її стані, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму або до загрози життю ЗО.
- 1.15. НЕВІДКЛАДНА СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА - надання медичної послуги Застрахованій особі, при раптовому гострому захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямованої на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, без подальшого відновлювального лікування, у такому обсязі: стоматологічний огляд; рентгенівське дослідження; видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку.
- 1.16. НЕОБМЕЖЕНА КІЛЬКІСТЬ ВИЇЗДІВ - тип страхового покриття, при якому Договір передбачає необмежену кількість подорожей однією Застрахованою особою за кордон (фактів перетину кордону в обох напрямках) впродовж строку дії Договору (з урахуванням обмеження по кількості днів перебування за кордоном протягом строку дії Договору). Умовне позначення в Сертифікаті - "MULTY".
- 1.17. НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК - раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю, працездатності або її смерті.
- 1.18. ОСВІТА - група ризику, пов'язана із виїздом за кордон для отримання ЗО певних послуг у сфері освіти. Не враховує фактори, характерні для груп ризику "Активні види відпочинку" і "Робота". Дозволяє ЗО здійснювати заняття аналогічні пасивному туризму. Якщо страховий захист стосується ЗО із групою ризику "Навчання", тоді у Сертифікаті вказується умовне позначення ОСВІТА.
- 1.19. ПАСИВНИЙ ТУРИЗМ - лікувально-оздоровчий, культурно-пізнавальний (екскурсійний), паломницький (релігійний), пляжний та інші подібні категорії туризму, що орієнтовані на спокійну і ненапружену, в сенсі фізичних навантажень, програму туристичної подорожі.
- 1.20. ПЕРІОД ВИКЛЮЧЕННЯ - 3 (три) календарних дні від дати укладання Договору, (включаючи дату укладання договору), застосовується виключно для Застрахованих осіб, які на момент укладання Договору перебували за межами України. Період виключення не застосовується для випадків безперервного страхування (дата початку дії нового договору страхування є не пізнішою ніж дата завершення попереднього договору страхування, що був укладений на таких самих умовах страхування, як і новий договір страхування).
- 1.21. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ - перелік витрат, які відшкодовуються Страховиком згідно договору страхування.
- 1.22. РЕПАТРІАЦІЯ ТІЛА - це транспортування останків Застрахованої особи (ЗО) до конкретного пункту країни постійного проживання (за рішенням Страховика або Асистанса), якщо смерть ЗО є страховим випадком згідно умов Договору. За згодою близьких родичів Застрахованої особи та Страховика, замість репатріації тіла, може бути здійснено поховання (кремація) тіла (останків) Застрахованої особи у країні тимчасового перебування. Всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Асистанс за погодженням зі Страховиком. При цьому, невикористаний зворотний квиток ЗО передається Асистансу (Страховику).
- 1.23. СЕРТИФІКАТ - документ, що посвідчує укладення договору страхування, містить окрему інформацію щодо умов страхування, проте не встановлює прав, обов'язків Страховика і Страхувальника та не врегульовує питання щодо умов та порядку здійснення Страховиком виплати страхового відшкодування.
- 1.24. СТРАХОВА ВИПЛАТА (СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ) - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку, в межах страхової суми (ліміту відповідальності), відповідно до умов договору страхування.
- 1.25. СТРАХОВА ПРЕМІЯ - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з договором страхування. Розмір страхової премії встановлюється в залежності від розміру страхової суми, строку страхування та інших умов договору страхування.
- 1.26. СТРАХОВА СУМА - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов договору страхування, зобов'язаний організувати надання необхідної послуги або провести страхову виплату в

разі настання страхового випадку. Страхова сума залежить від обраної програми страхування та додаткових ризиків.

1.27. СТРАХОВЕ ПОКРИТТЯ - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору.

1.28. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК - подія, передбачена договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства.

1.29. СТРАХОВИЙ РИЗИК - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

1.30. СТРАХОВИЙ ТАРИФ – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття, залежить від вірогідності настання ризику і визначається у відсотках від страхової суми.

1.31. СТРАХОВИК - фінансова установа, яка має право здійснювати діяльність із страхування на території України.

1.32. СТРАХУВАЛЬНИК - особа, яка уклала із Страховиком договір страхування.

1.33. СТРОК СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ - період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов договору.

1.34. ТЕЛЕМЕДИЦИНА (телемедичне консультування) – це медичні консультації, що здійснюються з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі.

1.35. ТІЛЕСНІ УШКОДЖЕННЯ - травми, поранення, опіки, що були отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час дії договору страхування, та потребують госпіталізації або амбулаторного лікування.

1.36. ТРЕТІ ОСОБИ - юридичні та фізичні особи, які на законних підставах надають послуги, передбачені Договором, Застрахованій особі.

1.37. УМОВНА ОДИНИЦЯ СТРАХОВОЇ СУМИ (У.О.) - різновид іноземної валюти, у якій визначається страхова сума, а також розміри лімітів відповідальності, вказаних у Договорі.

1.38. ФІЗИЧНА ПРАЦЯ - група ризику, виконання Застрахованою особою 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 діяльності, описані вище, тоді в Сертифікаті вказується умовне позначення - ФІЗИЧНА ПРАЦЯ.

1.39. ФРАНШИЗА (безумовна) - частина збитків, що не відшкодовується страховиком згідно з договором страхування. При здійсненні страхової виплати франшиза застосовується ВИКЛЮЧНО за страхуванням медичних витрат. Інші страхові послуги за Договором (страхування багажу та від нещасних випадків) надаються без застосування франшизи.

1.40. ХРОНІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ (ХРОНІЧНА ХВОРОБА) – хвороба людини з первинним перебігом більше 5 (п'яти) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік, або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин і органів.

2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

2.1. Згідно з умовами Договору комплексного страхування подорожуючих (далі - **Договір**) та обраною Програмою страхування, Страховик зобов'язується за визначену Договором страхову премію здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору, шляхом відшкодування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особі, яка потрапила у скрутне становище під час здійснення нею подорожі (поїздки) за кордоном (Страхувальнику та/або іншій особі, визначеній у Договорі), або шляхом оплати вартості таких витрат, внаслідок:

2.1.1. раптового захворювання, загострення хронічного захворювання, розладом здоров'я, внаслідок нещасного випадку, смерті Застрахованої особи, на випадок виникнення якого проводиться

страхування (страхового ризику), а саме витрати на отримання медичної допомоги, медичних послуг, уключаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги), певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором та обраною Програмою страхування;

2.1.2. пошкодження, знищення або втрати багажу Застрахованої особи, згідно з умовами Договору та обраною Програмою страхування.

2.2. Згідно з умовами Договору та обраною Програмою страхування Страховик зобов'язується за визначену Договором страхову премію здійснити страхову виплату (Застрахованій особі, Вигодонабувачу) відповідно до умов Договору, у разі настання страхового випадку, уключаючи смерть, встановлення інвалідності внаслідок нещасного випадку, який стався із Застрахованою особою.

3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

3.1. Страхувальник має право:

3.1.1. ознайомитись з Загальними умовами продукту та Договором;

3.1.2. вимагати від Страховика своєчасної страхової виплати (виплати страхового відшкодування) у термін, визначений Договором;

3.1.3. протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого договору без пояснення причин, в порядку зазначеному в Розділі 5 цих Загальних умов продукту;

3.1.4. ініціювати внесення змін до умов Договору протягом строку його дії;

3.1.5. достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог Розділу 4 цих Загальних умов продукту;

3.1.6. одержати від Страховика дублікат Сертифікату в разі втрати оригіналу;

3.1.7. оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або розмір здійсненої страхової виплати в судовому порядку.

3.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

3.2.1. надати Страховику всю відому йому інформацію, що має значення для оцінки страхового ризику;

3.2.2. повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкта страхування;

3.2.3. повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи;

3.2.4. повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, Застраховану особу про укладений на її користь Договір, і якщо Застрахована особа протягом 30 календарних днів не повідомила страховика про наявність заперечень проти укладення договору страхування, такий договір вважається укладеним на її користь;

3.2.5. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором;

3.2.6. протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором;

3.2.7. при настанні страхового випадку діяти відповідно до умов та вимог, викладених у Розділі 6 цих Загальних умов продукту;

3.2.8. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

3.2.9. погоджувати зі Страховиком та(або) Асистуючою компанією, телефони якої вказані у Сертифікаті, всі дії, пов'язані з отриманням лікування та інших послуг у разі настання ризиків, обумовлених Розділом 5 Договору;

3.2.10. виконувати розпорядження та рекомендації Страховика та(або) його Асистуючий компанії;

3.2.11. на вимогу Асистансу (Страховика), проходити медичні огляди для підтвердження факту настання страхового випадку, необхідності надання відповідних медичних послуг;

3.2.12. надати право вільного доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком.

3.3. Страховик має право:

3.3.1. перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію;

3.3.2. відмовити у страховій виплаті (виплаті страхового відшкодування) у випадках, передбачених Договором та чинним законодавством України, а також у випадку невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог п.3.2. цих Загальних умов продукту;

3.3.3. ініціювати внесення змін до умов Договору протягом строку його дії;

3.3.4. самостійно з'ясувати причини та обставини страхової події, робити запити в компетентні органи про відомості, пов'язані зі страховою подією;

3.3.5. при необхідності, організовувати медичні огляди з метою обстеження Застрахованої особи;

3.3.6. достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог Розділу 4 цих Загальних умов продукту;

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

3.4. Страховик зобов'язаний:

3.4.1. ознайомити Страхувальника з Договором та Загальними умовами продукту;

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

3.4.3. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений Договором строк.

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

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

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

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

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

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

4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

4.1. Зміни та доповнення вносяться у договір страхування за згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання додаткових угод, підписаних сторонами, які стають невід'ємною частиною договору страхування.

4.2. Якщо інше не передбачено договором страхування, зміна умов договору страхування здійснюється за згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін, яка надається

за 15 (п'ятнадцять) робочих днів до дня внесення цих змін. Рішення про зміну умов договору страхування приймається протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту одержання заяви іншою стороною по договору страхування і оформляється додатковою угодою до договору страхування.

4.3. Якщо Страховик чи Страхувальник не згодні із внесенням змін в договір страхування, в строк 5 (п'яти) робочих днів вирішується питання про дію договору страхування на попередніх умовах чи про припинення його дії.

4.4. З моменту одержання заяви однією із сторін та до моменту прийняття рішення, договір страхування продовжує діяти на попередніх умовах.

4.5. Дія договору страхування припиняється та договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

4.5.1. закінчення строку дії договору страхування;

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

4.5.3. несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

4.5.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

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

4.5.6. в інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

4.6. Дія договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Дія договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами такого договору та законодавством України.

У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю. У разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення договору страхування відповідно до частини третьої статті 56 Закону "Про страхування" за ініціативою Страхувальника після такої передачі страховик- правонаступник повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування.

4.7. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.8. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, Страховик повертає страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

4.9. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

4.10. У разі дострокового припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

4.11. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов договорів страхування за цим страховим продуктом, яка закладається у страховий тариф під час його обчислення, складає **60%**.

5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

5.1.1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

5.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування.

5.2. Про намір відмовитися від договору страхування страхувальник повідомляє страховика у письмовій (електронній) формі.

5.3. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

У разі настання події, що має ознаки страхового випадку (надалі - **Подія**), Страхувальник, Застрахована особа (ЗО) або їх представник зобов'язані:

6.1. У разі настання раптового захворювання, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я, внаслідок нещасного випадку, у найкоротший можливий строк повідомити Асистанс для отримання інструкцій щодо своїх подальших дій з наданням наступної інформації:

- прізвище та ім'я ЗО;
- назву страхової компанії;
- номер Договору;
- страхову суму;
- програму страхування;
- строк дії Договору;
- адресу місцезнаходження ЗО;
- номер контактного телефону ЗО;
- опис Події та характер необхідної допомоги.

Вжити всі необхідні та доцільні заходи щодо запобігання та зменшення шкоди, завданої життю, здоров'ю Застрахованої особи та усунення причин, що сприяють виникненню додаткової шкоди.

6.2. У разі пошкодження, знищення або втрати багажу, Застрахована особа зобов'язана виконати такі дії:

6.2.1. Якщо в аеропорту прибуття ЗО не отримала свій багаж, вона одразу ж, у контрольній зоні аеропорту прибуття, повинна:

6.2.1.1. звернутись до служби розшуку багажу "Lost and Found" та оформити Акт про неналежне перевезення багажу PIR (Property Irregularity Report);

6.2.1.2. разом з копією акта PIR, отримати лист з інформацією про терміни та умови розшуку багажу, контактами служби розшуку та 10-значним кодом (для використання під час перевірки стану запиту в системі відстеження багажу World Tracer);

6.2.1.3. у разі, якщо протягом 3-х днів багаж ЗО не було не знайдено, скласти список речей, які знаходилися в багажі (кількість, опис, фірми-виробники, дата придбання, ціна) та надіслати його на адресу служби розшуку багажу, із зазначенням у темі листа номеру акту PIR;

6.2.1.4. передати в Асистанс копії Акта PIR та списку речей, які знаходилися у неотриманому багажі ЗО.

6.2.2. У разі отримання в аеропорту прибуття пошкодженого багажу, ЗО повинна:

6.2.2.1. у найкоротший строк повідомити про це компетентні органи (службу "Lost and Found" або іншу сервісну службу, представника перевізника, поліцію тощо);

6.2.2.2. негайно, у будь-який спосіб, який дозволяє зафіксувати факт такого повідомлення, повідомити Асистанс (Страховика) та протягом 2 (двох) робочих днів після повернення на територію

- країни постійного проживання надати Страховику письмову заяву на виплату страхового відшкодування. Якщо, з поважних причин, ЗО не мала змоги подати заяву на виплату страхового відшкодування у вказаний строк, останній за згодою Страховика, може бути продовжений;
- 6.2.2.3. Вжити всіх доступних заходів для рятування багажу, усунення причин події, яка може бути кваліфікована як страховий випадок.
- 6.2.3. Якщо це не перешкоджає рятуванню багажу, зменшенню наявних збитків чи запобіганню нових збитків:
- 6.2.3.1. Зберегти всі пошкоджені чи замінені замки і пломби - для їх наступного засвідчення компетентними органами;
- 6.2.3.2. Не змінювати розміщення і упаковку багажу до прибуття представників компетентних органів;
- 6.2.3.3. Забезпечити можливість огляду пошкодженого багажу для з'ясування причин та розміру збитку.
- 6.2.4. Вжити всіх доступних заходів для оформлення належним чином всіх документів, необхідних для підтвердження факту настання, причин, характеру та розміру збитку, і надати Асистансу (Страховику).
- 6.2.5. Сповістити Страховика про випадки одержання компенсації, повернення/ відновлення знищеного/ втраченого багажу.
- 6.3. Виконувати розпорядження та рекомендації Страховика та/або Асистанса.
- 6.4. Надати Страховику документи згідно Розділу 7 цих Загальних умов продукту.
- Якщо Страхувальник не мав фізичної можливості своєчасно виконати дії, передбачені п.6.1.-п.6.4. цих Загальних умов продукту, він повинен надати Страховику документи, які підтверджують це.

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

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

7.1. Здійснення страхової виплати за страхуванням медичних витрат.

7.1.1. Страховик сплачує (в межах Страхової суми/ Лімітів відповідальності/ обмежень, встановлених Договором та Розділом 10 цих Загальних умов продукту) вартість послуг, наданих Застрахованій особі згідно з умовами Договору, на підставі рахунків Третіх осіб, наданих Страховику: через Асистанс чи безпосередньо Третіми особами, або відшкодовує Застрахованій особі, згідно умов Договору, грошові суми, сплачені за вказані послуги, що були надані ЗО.

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

7.1.3. Перерахування коштів за послуги, фактично надані ЗО згідно умов Договору, на рахунки Асистанса (Третіх осіб) здійснюється на підставі договорів, укладених між Страховиком і Асистансом

(Третіми особами), та документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданих ЗО необхідних послуг. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком та Асистансом (Третіми особами).

7.1.4. При відшкодуванні Застрахованій особі (Вигодонабувачу) Страховиком грошових сум, сплачених за послуги, що були надані ЗО, протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати повернення цієї ЗО із закордонної подорожі, Страховику мають бути надані такі документи:

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

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

7.1.6. За умови попереднього погодження переліку послуг та суми витрат з Асистансом або Страховиком (до їх оплати), Страховик сплачує вартість наданих послуг (здійснені витрати) у повному обсязі в межах Страхової суми/Ліміту відповідальності, з урахуванням обмежень, встановлених Розділом 10 цих Загальних умов продукту.

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

7.1.8. Якщо витрати ЗО (перелік послуг, наданих ЗО) не було попередньо погоджено з Асистансом або Страховиком, останній відшкодовує тільки суму витрат у межах Ліміту відповідальності, встановленого згідно п.10.3.4. цих Загальних умов продукту.

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

7.1.10. Страхова виплата здійснюється з вирахуванням:

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

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

7.1.12. Рішення про виплату страхового відшкодування ЗО (Вигодонабувачу) або про відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у п.7.1.4. цього розділу, шляхом складання страхового акта.

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

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

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

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

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

7.2. Здійснення страхової виплати за страхуванням від нещасних випадків.

7.2.1. Страховик здійснює страхову виплату внаслідок настання із ЗО нещасного випадку, за умови кваліфікації цієї події, згідно з умовами Договору, у якості страхового випадку: при настанні смерті ЗО або встановленні ЗО 1 (першої) чи 2 (другої) групи первинної інвалідності.

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

- заява Застрахованої особи (її спадкоємця за законом) про виплату страхового відшкодування, за встановленою Страховиком формою;
- Сертифікат (примірник Страхувальника);
- копії закордонного паспорту (чи дитячого проїзного документу) Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю про перетин державного кордону країни постійного проживання;
- копії паспорта отримувача страхової виплати та довідки про присвоєння йому реєстраційного номеру облікової картки платника податку;
- довідка з правоохоронних органів за місцем настання події, якщо нещасний випадок стався внаслідок неправомірних дій будь-яких осіб;
- медична довідка про настання нещасного випадку із ЗО, у якій має бути зазначено місце, дата і час настання нещасного випадку, дата і час звернення до лікувального закладу, діагноз, вид травми, обставини настання нещасного випадку, а також висновок про наявність алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння ЗО на момент настання цієї події;
- у разі встановлення Застрахованій особі інвалідності I чи II групи - оригінал (нотаріально завірена копія) довідки про встановлення групи інвалідності, яка видана Державною установою (органом, відомством), що уповноважена видавати документи встановленого державою зразка щодо встановлення групи інвалідності;
- у разі смерті ЗО внаслідок нещасного випадку - медична довідка щодо причини смерті ЗО, нотаріально засвідчені копії "Свідоцтва про смерть" ЗО та "Свідоцтва про право на спадщину" (для спадкоємців ЗО);
- на обґрунтовану вимогу Страховика - інші документи, що підтверджують (встановлюють) обставини настання страхового випадку із ЗО, страховий інтерес отримувача страхової виплати тощо.

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

7.2.4. Рішення про здійснення страхової виплати ЗО (Вигодонабувачу) або про відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у п.7.2.2. цього розділу, шляхом складання страхового акту.

7.2.5. Строк прийняття рішення може бути продовжений Страховиком на період проведення медичного огляду ЗО, очікування документації та інформації про страховий випадок від відповідних

компетентних органів, медичних та інших закладів за запитами Страховика.

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

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

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

б) у разі встановлення ЗО інвалідності внаслідок нещасного випадку: I групи – 100% страхової суми; II групи – 70% страхової суми.

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

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

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

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

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

- Сертифікат (примірник Страхувальника);

- копії закордонного паспорту ЗО з відмітками прикордонного контролю про перетин державного кордону країни постійного проживання;

- копії паспорта ЗО та довідки про присвоєння їй реєстраційного номеру облікової картки платника податку;

- копії Акта PIR та списку речей, які знаходилися у багажі ЗО;

- у разі пошкодження (знищення) багажу - документи, що підтверджують розмір заподіяного збитку;

- митну декларацію ЗО (за наявності);

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

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

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

- у випадку втрати (нестачі) багажу – розміру дійсної (ринкової) вартості втраченого багажу ЗО;

- у випадку пошкодження або псування багажу – сумі, на яку знизилася вартість багажу, або сумі витрат на його відновлення (вартість ремонту, запасних частин (деталей) і матеріалів);

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

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

7.3.6. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати або відмову у страховій виплаті протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у п.7.3.1. цього розділу, шляхом складання страхового акту.

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

7.3.8. При відмові у здійсненні страхової виплати, Страховик, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня

складання акту, направляє письмове повідомлення Застрахованій особі з обґрунтуванням причин відмови.

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

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

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

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

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

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

8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

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

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

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

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

8.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (ЗО, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

8.1.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими умовами Договору;

8.1.6. порушення Страхувальником умов Договору;

8.1.7. невиконання Страхувальником (ЗО) своїх обов'язків за Договором;

8.1.8. створення Страхувальником (ЗО, Вигодонабувачем) Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

8.1.9. несплата Страхувальником страхової премії в розмірах та в строки, які встановлені в Сертифікаті;

8.1.10. ненадання документів згідно Розділу 7 цих Загальних умов продукту;

8.1.11. інші випадки, передбачені Договором або законодавством України.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Страховик (страховий посередник) до укладення договору страхування надає клієнту інформацію про Страховий продукт згідно вимог законодавства. Інформація про даний Страховий продукт надається клієнту в електронній формі шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика (страхового посередника): oberig-sg.com (відповідному сайті страхового посередника).

9.2. Страхувальник перед укладенням договору страхування зобов'язаний проінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію, у тому числі про наявність страхового інтересу, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування та/або про розмір страхової премії за договором страхування. До обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, відносяться:

- інформація про Страхувальника та Застрахованих осіб (ПІБ, вік, стать, стан здоров'я, професія, заняття спортом чи активними видами відпочинку, тощо);
- інформація про укладання інших договорів страхування щодо об'єкту чи предмету договору страхування.

9.3. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

9.4. При укладенні договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника документи, необхідні для оцінки страхового ризику та укладання договору страхування.

9.5. В Договорі може бути передбачено, що окремі положення цих Загальних умов продукту не включаються в Договір і не діють в конкретних умовах страхування, або умови Договору доповнюються іншими умовами за згодою Сторін, або ж умови Договору мають пріоритет над цими Загальними умовами продукту.

9.6. Договір страхування може бути укладений відповідно до вимог Цивільного кодексу України шляхом пропозиції однієї сторони укласти договір (оферти) і прийняття пропозиції (акцепту) другою стороною. Порядок надання пропозиції та прийняття пропозиції встановлюється договором страхування.

9.7. Укладення договору страхування посвідчується Сертифікатом.

10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Якщо інше не визначено Договором, не визнаються страховими випадками події:

- 10.1.1. немайнового характеру (моральна шкода) та інші непрямі збитки;
- 10.1.2. через навмисні дії чи бездіяльність Страхувальника (Застрахованої особи), що призвели до настання страхового випадку;
- 10.1.3. які сталися поза межами території дії Договору та які настали не під час дії Договору.

10.2. Страховим випадком не є і страхова виплата (виплата страхового відшкодування) не здійснюється, якщо страхові випадки, зазначені у Договорі, сталися внаслідок:

- 10.2.1. вживання ЗО та/або перебування під дією, алкогольних, наркотичних або токсичних речовин;
- 10.2.2. самогубства або замаху на самогубство;
- 10.2.3. участі у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту);
- 10.2.4. участі у військових діях будь-якого роду, народних заворушеннях, повстаннях;
- 10.2.5. терористичних актів, війни (оголошеної чи не оголошеної), бойових або військових дій, громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану;
- 10.2.6. прямої чи непрямої дії радіоактивного чи іонізуючого випромінювання, хімічного,

бактеріологічного забруднення;

10.2.7. польоту Застрахованої особи на літальному апараті, крім випадків польоту на літальному апараті цивільної авіації, керованого професійним пілотом

10.2.8. захворювань, які виникли в результаті невиконання вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень;

10.2.9. лікування, а також погіршення стану здоров'я чи смерть Застрахованої особи внаслідок такого лікування, у випадку коли подорож була здійснена з наміром отримати таке лікування.

10.3. В частині страхування медичних витрат Договір містить наступні обмеження:

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

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

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

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

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

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

10.4.2. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом:

- без відповідного посвідчення, яке визнається у країні тимчасового перебування;

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

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

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

10.4.5. невиконання з боку ЗО рекомендацій лікуючого лікаря;

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

- 10.4.7. несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку, який стався в період дії Договору.
- 10.4.8. захворювання Застрахованої особи на сальмонельоз або дизентерію внаслідок гострого отруєння недоброякісними харчовими продуктами; захворювання, в тому числі раптові та професійні (за винятком правцю, сказу, менінгоенцефаліту, що передається укусами кліщів);
- 10.4.9. випадків пов'язаних з судомним приступом;
- 10.4.10. смерть природна та/або за віком;
- 10.4.11. визнання Застрахованої особи в судовому порядку безвісно відсутньою особою;
- 10.4.12. подій, що мають прямий причинно-наслідковий зв'язок з оголошеним органами влади, на території дії Договору, надзвичайним чи особливим станом.
- 10.5. Не підлягають відшкодуванню витрати, пов'язані із наданням Застрахованій особі таких медичних та інших послуг, за наступних обставин:
- 10.5.1. діагностика та лікування вроджених аномалій (вад розвитку), тяжких неврологічних та психічних захворювань, зокрема, порушень мозкового кровообігу, пухлин головного та/або спинного мозку, епілепсії, СНІД, тяжких (декомпенсованих) форм захворювань серцево-судинної системи, а також хронічних захворювань, їх ускладнень та наслідків, крім загострень хронічних захворювань, що безпосередньо загрожують життю ЗО;
- 10.5.2. діагностика та лікування захворювань, що виникли до початку дії Договору, у тому числі тих, що є протипоказаннями для здійснення закордонної подорожі, а також лікування захворювань, які в попередні 6 (шість) місяців до настання із ЗО події, що мала ознаки страхового випадку, вимагали стаціонарного лікування;
- 10.5.3. переривання вагітності (за винятком випадків, коли штучне переривання вагітності було необхідним у зв'язку з нещасним випадком або раптовим захворюванням за медичними показаннями), ведення вагітності та пологів, пологової допомоги при терміні вагітності ЗО понад 7 (сім) місяців;
- 10.5.4. лікування алкоголізму, наркоманії тощо, у тому числі, лікування абстинентного синдрому;
- 10.5.5. проведення лікування нервових (крім невритів), невралгій та психічних захворювань та їх загострення, лікування вроджених аномалій та психічного розладу, а також пов'язаних з ними травматичних ушкоджень;
- 10.5.6. лікування захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (в тому числі TORCH-інфекції, СНІД та ВІЛ-інфекція, імунодефіцитний стан);
- 10.5.7. діагностика та лікування хвороб крові та кровотворних органів;
- 10.5.8. діагностика та лікування захворювань або наслідків (ускладнень) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз;
- 10.5.9. діагностика та лікування захворювань і розладів здоров'я в частині органів слуху, крім випадків загострення/ гострого захворювання органів слуху;
- 10.5.10. діагностика та лікування онкологічних захворювань, новоутворень, хвороб ендокринної системи (зокрема, цукрового діабету), променевої хвороби (включаючи загострення);
- 10.5.11. лікування захворювань шкіри (дерматитів, кропивниць та еритем тощо), крім випадків, що потребують невідкладної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи (зокрема, набряк Квінке);
- 10.5.12. ангіографія, а також витрати, пов'язані з операціями на серці та судинах, в тому числі стентування, шунтування, протезування артерій, балонна ангіопластика;
- 10.5.13. лікування сонячного опіку або теплового удару, пов'язаних із дією сонячного проміння, крім виникнення підвищеної небезпеки для життя Застрахованої особи, що мало наслідком лікування цієї особи у стаціонарних умовах;
- 10.5.14. діагностика та лікування, пов'язані з пластичною, коригуючою, косметичною або реконструктивною хірургією, трансплантацією органів;
- 10.5.15. стоматологічне лікування, крім випадків, пов'язаних з усуненням гострого зубного болю (невідкладна стоматологічна допомога);

- 10.5.16. надання медичної допомоги у зв'язку з епідеміями, крім епідемії грипу, пандемії COVID-19;
- 10.5.17. проведення профілактичних щеплень, вакцинацій, дезінфекцій, лікарської експертизи;
- 10.5.18. здійснення лікування Застрахованої особи її родичами, а також самолікування ЗО;
- 10.5.19. лікування Застрахованої особи в санаторії, будинку відпочинку тощо;
- 10.5.20. лікування нетрадиційними методами (фітотерапія, іридодіагностика, гомеопатичне лікування, рефлексотерапія, масаж, мануальна терапія тощо);
- 10.5.21. проведення реабілітації, відновлювальної терапії або лікувальної фізіотерапії, водолікування, SPA-процедур;
- 10.5.22. будь-яке протезування, включаючи зубне, придбання протезів, ортопедичних виробів, придбання та ремонт допоміжних засобів (оптичних корекції зору, окулярів, оправ до них, контактних лінз, слухових апаратів, інвалідних візків, тростин, вимірювальних приладів тощо), на придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;
- 10.5.23. витрати на фіксатори для проведення остеосинтезу (штифти, цвяхи, спиці, гвинти тощо);
- 10.5.24. надання ЗО у стаціонарному медичному закладі засобів та послуг додаткового комфорту, зокрема: радіоприймача, кондиціонера, телевізора, а також послуг перукаря, косметолога тощо;
- 10.5.25. отримання лікування, пов'язаного з ускладненням/ побічними діями ліків, не призначених лікарем;
- 10.5.26. отримання ЗО медичної допомоги в результаті заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування/ отримання профілактичних медичних послуг за кордоном;
- 10.5.27. транспортування ЗО до лікарні або до лікаря, за відсутності клінічної необхідності та медичних показань у транспортуванні автомашиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом чи засобом санітарної авіації з необхідним медичним супроводом;
- 10.5.28. здійснення медичного огляду та надання медичної допомоги, що не пов'язані з страховим випадком;
- 10.5.29. надання медичних послуг, які не є обов'язковими для діагностики та лікування при настанні страхового випадку;
- 10.5.30. здійснення вибіркового або планового медичне обстеження ЗО;
- 10.5.31. отримання ЗО послуг індивідуального догляду, патронажу та охорони;
- 10.5.32. надання ЗО послуг медичними закладами, що не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на медичну діяльність;
- 10.5.33. перебування у стаціонарному медичному закладі за кордоном з метою отримання головним чином опікунського чи реабілітаційного догляду;
- 10.5.34. лікування та інші витрати у державному чи соціальному лікувальному закладі країни перебування, якщо ЗО має право на безкоштовне медичне обслуговування згідно з законодавством цієї країни;
- 10.5.35. витрати на лікування Застрахованої особи, які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі на проведення хірургічних операцій, які, до закінчення подорожі, можливо замінити курсом консервативного лікування тощо;
- 10.5.36. проведення медичної репатріації ЗО, якщо, за медичними показаннями, лікування захворювання або тілесного ушкодження ЗО може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання та/або якщо ушкодження здоров'я ЗО не перешкоджає продовженню її поїздки;
- 10.5.37. оформлення та виписки медичної документації, переоформлення білетів на рейсовий транспорт на інший строк, будь-яке транспортування Застрахованої особи, крім перевезення ЗО до лікарні або лікаря за медичними показаннями;
- 10.5.38. продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до країни постійного проживання, зокрема, лікування ускладнень, які виникли після проведеного за кордоном планового (оперативного або консервативного) лікування ЗО;
- 10.5.39. медична репатріація або поховання ЗО за кордоном, які були організовані без письмового погодження із Страховиком (Асистансом);

10.5.40. лікування у медичному закладі або перебування на обсервації (ізоляції), а також будь-які додаткові витрати, які надаються Застрахованій особі безкоштовно за правилами країни перебування;

10.5.41. заподіяння шкоди Застрахованій особі у зв'язку з професійною помилкою лікаря;

10.5.42. медичні та інші послуги, надані Застрахованій особі, не передбачені Програмою, обраною для цієї ЗО;

10.5.43. лікування, що здійснено поза межами території дії Договору

10.6. В частині страхування від нещасних випадків, Страховик не несе зобов'язань за Договором, за наявності обставин, вказаних у п.10.4. цих Загальних умов продукту.

10.7. Страховик не несе зобов'язань за Договором в частині страхування багажу і не відшкодовує витрати (збитки) ЗО, які:

10.7.1. здійснені без погодження з Асистансом;

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

10.7.3. пов'язаних з навмисними діями чи внаслідок порушення з боку ЗО або її представників встановлених правил перевезення, пересилання і зберігання багажу;

10.7.4. пов'язані зі зміною режиму зберігання багажу, впливу температури, трюмного, багажного, складського повітря чи особливих властивостей і природних якостей багажу (зокрема усушки, повільного виділення тепла при гнитті, самозайманні тощо), природної втрати (зміни) маси (об'єму) багажу або його природного зносу;

10.7.5. пов'язані з виробничими дефектами речей у багажі;

10.7.6. пов'язані з невідповідністю упаковки багажу та відправлення багажу у пошкодженому стані;

10.7.7. пов'язані з нестачею або пошкодженням багажу при цілісності зовнішньої упаковки;

10.7.8. пов'язані з пошкодженням багажу грибок (пліснявою), черв'яками, гризунами, комахами тощо;

10.7.9. пов'язані з одержанням багажу в пункті призначення особою, не уповноваженою на це законним отримувачем багажу;

10.7.10. пов'язані з неправильним, несвоєчасним чи неповним оформленням перевізних документів;

10.7.11. пов'язані з втратою та пошкодженням наступних речей: готівки, особистої та ділової документації (в тому числі комерційних або наукових матеріалів), дорожніх чеків, банківських карток, авіа- та залізничних квитків, цінних паперів, особливо цінних речей та предметів (дорогоцінних металів та виробів з них, ювелірних виробів, колекцій, речей та предметів, що мають художню або історичну цінність);

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

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

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

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

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

10.8. Дія Договору та обов'язки Страховика по оплаті вимог чи послуг, передбачених 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.

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

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

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

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

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

12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

12.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач або їх представник має звернутися до Асистанса «ENSURIA» за тел. **+380443338463** або до Страховика за тел. 0 800 218 201 або +38 044 221 44 21.

12.2. Для листування (поштових відправлень): e-mail: care@ensuria.com або info@oberig-sg.com, 03040, м. Київ, вул. Васильківська, 14.

12.3. Страховик може надати додаткові контактні дані, для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, в Договорі/Сертифікаті.