

ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ “СТРАХОВА ГРУПА “ОБЕРІГ” іменована надалі Страховик, з однієї сторони та **Особа, яка приєдналася до цього договору відповідно до умов і положень статті 634 Цивільного кодексу України, підписавши Договір-заяву на приєднання** до цього Договору (оферти) (надалі в тексті – Договір-заява на приєднання), і прийняла його умови, іменована надалі Страхувальник, з другої сторони, що тут і надалі спільно іменуються “Сторони” та кожна окремо “Сторона”, попередньо ознайомлені з вимогами чинного законодавства України щодо недійсності правочинів, а також у відповідності до ст. 634 Цивільного кодексу України, розуміючи значення своїх дій та діючи добровільно уклали цей Договір - “КОМПЛЕКСНИЙ ДОГОВІР МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ТА СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ (У Т.Ч. ІНОЗЕМЦІВ, ЯКІ ТИМЧАСОВО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ)”, надалі – Договір, про наступне:

1. СТРАХОВИК:

ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ “СТРАХОВА ГРУПА “ОБЕРІГ”

Веб-сайт: www.oberig-sg.com. E-mail: info@oberig-sg.com. Тел.: 0442214421, 0800218201. Код ЄДРПОУ 39433769.

м. Київ, вул. Васильківська, 14.

Банківські реквізити Страховика зазначаються в Договорі-заяві на приєднання (акцепт) до цього Договору.

2. СТРАХУВАЛЬНИК: Особа, яка приєдналася до цього договору відповідно до умов і положень статті 634 Цивільного кодексу України, підписавши Договір-заяву приєднання (акцепт) до цього Договору. Інформація про страхувальника наявна в Договорі-заяві на приєднання.

3. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ

Згідно Договору-заяви на приєднання

4. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. ВИДИ СТРАХУВАННЯ (ОПЦІЇ). ВАРІАНТ СТРАХУВАННЯ.

Згідно Договору-заяви на приєднання.

4.1. Ліміт відповідальності страховика за медичним страхуванням на один страховий випадок щодо однієї застрахованої особи становить 5 000 (п'ять тисяч) гривень 00 копійок.

5. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ.

Згідно Договору-заяви на приєднання, але не раніше дати наступної за днем надходження страхового платежу на розрахунковий рахунок Страховика.

6. ТЕРМІН СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ.

Страховий платіж оплачується одноразово в день підписання Договору-заяви на приєднання, в повному обсязі.

7. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ВИТРАТИ, ЩО ВІДШКОДУЮТЬСЯ СТРАХОВИКОМ.

7.1. При добровільному медичному страхуванні:

7.1.1. Страховим ризиком є раптове гостре захворювання, загострення хронічного захворювання (що загрожує життю Застрахованої особи) та нещасний випадок, що мають ознаки ймовірності та випадковості настання.

7.1.2. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору через Ассистанс до державного відомчого медичного закладу та отримання екстреної медичної допомоги та інших послуг в межах страхової суми, передбаченої

Договором, з приводу раптового гострого захворювання, загострення хронічного захворювання (що загрожує життю Застрахованої особи) та нещасного випадку. Під «екстреною» розуміють медичну допомогу, яка необхідна за життєвими показаннями та ненадання або відстрочення надання якої становить пряму загрозу життю Застрахованої особи.

- **Під раптовим гострим захворюванням** розуміють хворобу, що виникла несподівано для Застрахованої особи в період та на території дії Договору, яка загрожує життю Застрахованої особи та вимагає невідкладного медичного втручання.

- **Під загостренням хронічного захворювання** розуміють період перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем).

- **Під нещасним випадком** розуміють раптову, не передбачувану, ненавмисну та незалежну від волі Застрахованої особи подію, що фактично відбулася та документально підтверджена, внаслідок якої застрахована особа отримала інвалідність або настала смерть Застрахованої особи.

7.1.3. Захворювання (хвороби та медичні стани), які визнаються страховим випадком за цим Договором:

7.1.3.1. Інфекційні та паразитарні хвороби:

- Харчові отруєння

- Дифтерія

- Менінгококова інфекція.

- Вірусний гепатит (крім хронічної форми)

- Лептоспіроз

- Гострі шлунково-кишкові інфекційні захворювання

- Гострі респіраторні інфекційні захворювання (стан, що потребує екстреної допомоги)

7.1.3.2. Хвороби ендокринної системи:

- Діабет (коматозний стан)

- Хвороби щитовидної залози (мікседематозна кома та тиреотоксичний криз)

- Гіперпаратиреоз (судомний синдром)

- Хвороби надниркової залози (гостра надниркова недостатність)

7.1.3.3. Хвороби нервової системи та органів відчуття:

- Гострі запальні процеси центральної та периферичної системи (стан, що потребує екстреної допомоги)

- Гіпоталамічний криз

- Гострі запальні процеси та травми ока

- Гострі запальні процеси та травми вуха, горла, носа

7.1.3.4. Хвороби системи кровообігу:

- Гіпотонічна хвороба (стан, що потребує екстреної допомоги)

- Гіпертонічна хвороба (стан, що потребує екстреної допомоги)

- Гострий інфаркт міокарду

- Стенокардія (стан, що потребує екстреної допомоги)

- Гостре порушення серцевого ритму

- Гостра серцева недостатність

- Набряк легенів

- Емболія та гострий тромбоз судин

- Гостре порушення мозкового кровообігу

7.1.3.5. Хвороби органів дихання:

- Порушення прохідності верхніх дихальних шляхів.

- Гострі запальні процеси органів дихання (стан, що потребує екстреної допомоги).

- Бронхіальна астма (приступ).

7.1.3.6. Хвороби та ураження органів травлення:

- Перфорації шлунку та кишок
- Гострий апендицит
- Защемлена грижа
- Непрохідність кишкова
- Гострий холецистит
- Гострий панкреатит
- Шлунково-кишкові кровотечі
- Тромбоз мезентеріальних судин
- Абсцеси черевної порожнини

7.1.3.7. Хвороби сечостатевої системи:

- Гострі запальні процеси сечостатевої системи (стан, що потребує екстреної допомоги)
- Гостра ниркова недостатність
- Ниркова колька
- Гостра затримка сечі

7.1.3.8. Гостра акушерська-гінекологічна патологія:

- Гостре запалення органів жіночої статеві сфери (стан, що потребує екстреної допомоги)
- Кровотечі із статевих шляхів
- Інша акушерсько-гінекологічна патологія, що потребує невідкладного оперативного втручання або маніпуляцій

7.1.3.9. Хвороби шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів:

- Гострі запальні процеси шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів, тощо (стан, що потребує екстреної допомоги)

7.1.3.10. Симптоми, ознаки та неточно зазначені стани:

- Кома
- Ступор
- Шок (будь якої етіології)
- Асфіксія
- Кровотечі

7.1.3.11. Травми та отруєння різної етіології:

- Переломи кісток черепа
- Переломи хребта та кісток тулуба
- Переломи кісток верхньої та нижньої кінцівки
- Ураження суглобів та м'язів
- Внутрішньочерепні травми
- Травми внутрішніх органів
- Ураження голови, шиї і тулуба
- Ураження верхньої та нижньої кінцівки
- Ураження кровоносних судин, що загрожують життю
- Опіки
- Відмороження
- Теплові та сонячні удари, що потребують госпіталізації
- Отруєння різної етіології (за винятком алкогольного та наркотичного)

7.1.3.12. Стоматологія:

- Карієс (рентген, знеболювання, встановлення тимчасової пломби, видалення зуба)
- Пульпіт (рентген, знеболювання, встановлення тимчасової пломби, видалення зуба)

Травматичні пошкодження зубів і щелеп

7.1.4. Страховик відшкодовує наступні витрати на екстрену медичну допомогу, що надається на базі державних відомчих медичних закладів:

7.1.4.1. невідкладна медична допомога, що передбачає виклик через диспетчера Ассистансу спеціалізованої бригади швидкої допомоги або кваліфікованих медичних фахівців відповідного профілю до місця перебування Застрахованої особи, доставку каретою швидкої медичної допомоги у лікарню для проведення подальшого лікування, забезпечення необхідними медикаментами та витратними медичними матеріалами,

цілодобовий телефонний зв'язок з координаторами Ассистансу. Ліміт відповідальності страховика за медичним страхуванням на один страховий випадок щодо однієї застрахованої особи становить 5 000 (п'ять тисяч) гривень 00 копійок.;

7.1.3.2. екстрена амбулаторна допомога, що передбачає консультації та інші професійні послуги лікарів-фахівців, проведення необхідних діагностичних досліджень та лікувальних заходів і маніпуляцій, забезпечення необхідними медикаментами та витратними медичними матеріалами, цілодобовий телефонний зв'язок з координаторами Ассистансу. Ліміт відповідальності страховика за медичним страхуванням на один страховий випадок щодо однієї застрахованої особи становить 5 000 (п'ять тисяч) гривень 00 копійок;

7.1.3.3. екстрена стаціонарна допомога, що передбачає екстрену госпіталізацію у медичний заклад, в умовах якого Застрахованій особі буде надана необхідна медична допомога - невідкладні хірургічні втручання, лікувальні маніпуляції, інтенсивна терапія, необхідні консультаційні заходи, забезпечення необхідними медикаментами та витратними медичними матеріалами. Ліміт відповідальності страховика за медичним страхуванням на один страховий випадок щодо однієї застрахованої особи становить 5 000 (п'ять тисяч) гривень 00 копійок;

7.1.3.4. екстрена стоматологічна допомога, що передбачає надання невідкладної першочергової стоматологічної допомоги по страховим випадкам. Ліміт відповідальності Страховика (максимальна сума, на яку може бути надана медична допомога або здійснена страхова виплата) за екстреною стоматологічною допомогою складає 200 (двісті) гривень 00 копійок;

7.1.3.5. медична евакуація Застрахованої особи, що передбачає транспортування до найближчого до її місця проживання лікувального закладу. Евакуація проводиться на розсуд Страховика і може бути проведена у випадках, коли витрати на перебування Застрахованої особи у стаціонарі можуть перевищувати ліміт страхової суми. Рішення про доцільність медичної евакуації та засоби її здійснення можуть приймати тільки лікарі, призначені Ассистансом або Страховиком. Після надання екстреної медичної допомоги (у разі необхідності, евакуації) подальше лікування Застрахованої особи за рахунок Страховика не здійснюється;

7.1.3.6. репатріація, що передбачає організацію Ассистансом транспортування останків Застрахованої особи, якщо її смерть стала наслідком страхового випадку, до країни постійного місця проживання. 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 померлої Застрахованої особи.

7.2. При страхуванні від нещасних випадків:

7.2.1. страховим випадком є подія, що відбулася в період та на території дії Договору, документально підтверджена компетентними органами (медичними закладами, правоохоронними органами) та з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору, а саме:

7.2.1.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

7.2.1.2. Первинна інвалідність I, II групи Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

7.2.1.3. Травмування Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (розмір страхової виплати встановлюється за "Таблицею розмірів страхових виплат у зв'язку із травмуванням

Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку” (Додаток №1 до Правил добровільного страхування від нещасних випадків). Травмуванням за Договором є результат нещасного випадку, що призвів до тимчасової непрацездатності Застрахованої особи (для непрацюючих осіб та дітей - перебування на амбулаторному або стаціонарному лікуванні) не менше ніж на 7 календарних днів.

7.2.2. Смерть Застрахованої особи або встановлення їй інвалідності (в т.ч. зміна групи інвалідності на вищу) внаслідок нещасного випадку, що мав місце в період дії Договору, визнається страховим випадком, якщо вона сталася (встановлена) протягом строку, що не перевищує один рік від дня настання нещасного випадку, незалежно від дати закінчення дії Договору.

7.3. Будь-який з перелічених страхових ризиків покривається цим Договором лише у разі наявності відповідної позначки у квадраті навпроти кожного окремого виду страхування (відповідній опції) та за умови сплати за ним страхового платежу на умовах Договору.

8. ЧАС ДІЇ ДОГОВОРУ

8.1. Цілодобово.

9. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

9.1. Територія дія договору - Україна, окрім АР Крим та регіонів, де проводяться військові дії (в т.ч. антитерористична операція на сході України) та/або має місце збройний/воєнний конфлікт, заворушення, революції та інше.

9.2. Страховик не несе відповідальності по випадках, що трапилися поза територію страхування.

10. ІНШІ УМОВИ

10.1. Відповідно до Закону України “Про захист персональних даних” від 01.06.2010 р. № 2297-VI Страхувальник дає свою згоду згідно з вимогами Закону України «Про захист персональних даних» Страховика на обробку та використання його персональних даних з метою здійснення страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності, забезпечення реалізації адміністративно-правових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку та ведення внутрішніх баз даних Страховика.

10.2. Всі зміни та доповнення до цього Договору оформлюються додатковими угодами, укладеними у письмовій формі, за підписами уповноважених представників Сторін, а також акцептами, прийнятими Сторонами, що є невід'ємними частинами цього Договору.

10.3. Будь-які спори, що можуть виникнути у зв'язку з виконанням Договору, підлягають вирішенню шляхом переговорів.

10.4. У випадку розходження умов цього Договору з положеннями Правил Сторони керуються умовами Договору. Страховик є платником податку на прибуток на підставах, передбачених п. 7.2 ст. 7 та ст. 10 Закону України “Про оподаткування прибутку підприємств”. Цей Договір укладений на підставі усної заяви Страхувальника, згідно з вимогами Закону України “Про страхування”, Правил добровільного страхування від нещасних випадків, Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я – зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг “19” лютого 2015р., розпорядження №209 та відповідних ліцензії по цим видам страхування виданим Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг “19” лютого 2015р., розпорядження про видачу №209 та розпорядження про переоформлення №2258 від “08” вересня 2016р., (надалі – Правила та ліцензії відповідно).

10.5. Своїм підписом на Договорі-заяві на приєднання

Страхувальник підтверджує, що він ознайомлений і згоден з Офертою, Правилами та умовами страхування, в тому числі викладеними на сайті <http://www.oberig-sg.com/>, а також підтверджує, що всі вище вказані відомості є правдивими і ним перевірені, примірник Договору одержав, згоду Застрахованих осіб на страхування отримав, 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 правоздатності та дієздатності для укладення Договору. Підписанням Договору-заяви на приєднання до цього Договору Страхувальник надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації Страхувальником Повідомлень про подію та іншої інформації, щодо страхових випадків, для виконання зобов'язань за Договором та надає згоду Страховику на використання інформації (в тому числі записів телефонних розмов), іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків за умовами цього Договору у взаємовідносинах з фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, заяв, позовів), пов'язаних з виконанням Сторонами зобов'язань за цим Договором. Страховик гарантує використання інформації та документів, отриманих від Страхувальника (в тому числі запису телефонних розмов) з метою та в межах зобов'язань, передбачених цим Договором та діючим законодавством з дотриманням обмежень, встановлених Конституцією України, Законом України "Про інформацію" та іншими актами законодавства, що регулюють відносини в сфері інформації.

10.6. За рішенням і погодженням Страховика, Страхувальник може надавати Страховику документи необхідні для виконання Договору (в т.ч. для виплати страхового відшкодування) в електронному вигляді у вигляді сканованих копій документів або фотокопій на електронну адресу повідомлену Страховиком Страхувальнику для кожного окремого випадку (в т.ч. зі своїм особистим підписом), в цьому випадку Страхувальник підтверджує і визнає, що документи в електронному вигляді з його особистим підписом мають повну юридичну силу та можуть використовуватися і розглядатися Страховиком як оригінали документів.

10.6.1. За першою усною чи письмовою вимогою Страховика Страхувальник зобов'язаний надати Страховику оригінали таких документів в строк до десяти робочих днів, а у випадку їх ненадання Страховик має право стягнути зі Страхувальника суму страхового відшкодування, якщо воно було сплачене з врахуванням (залученням до справи, пакету) документів наданих в електронному вигляді (скан-копії/ фотокопії).

11. ВИГОДОНАБУВАЧ.

Вигодонабувачем за цим Договором є застраховані особи, та/або особа яка має право на отримання страхового відшкодування за цим Договором згідно законодавства.

12. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

Текст цього Договору підписується Страховиком та скріплюється його печаткою. Цей текст є Офертою в розумінні частини 1 статті 634 Цивільного кодексу України.

Оферта підписується в одному екземплярі, який зберігається у Страховика, для всіх інших осіб в т.ч. ця Оферта доступна в електронному вигляді для ознайомлення з нею та прийняття її умов, для цього Оферту розміщено (опубліковано) на веб-сайті Страховика за адресою в мережі Інтернет – <http://www.oberig-sg.com/>. Страхувальник може приєднатися до неї шляхом підписання Договору-заяви на приєднання.

Оферта є стандартною формою в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, яку може акцептувати інша особа шляхом приєднання до Договору в цілому.

Договір-заява на приєднання оформляється на бланку Страховика в двох примірниках (по одному для Страховика і Страхувальника) з унікальним номером, ідентичним для обох примірників. Один примірник Договору-заяви на приєднання підписаної Страхувальником, зберігається у Страховика, другий – залишається у Страхувальника на підтвердження укладення Договору. Підписання Страхувальником Договору-заяви на приєднання є його акцептом Оферти. Договір-заява на приєднання засвідчує право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором.

Договір складається з Оферти та Договору-заяви на приєднання і вважається укладеним у спрощений спосіб, у розумінні частини 1 статті 181 Господарського кодексу України, з моменту приєднання Страхувальника до умов Оферти. На виконання ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (адреса, номер телефону тощо), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів:

Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг України, 01001, м.Київ, вул. Б.Грінченка 3,

тел./факс: (044) 234-39-46, (044) 234-99-07, E-mail: info@dfp.gov.ua

Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Адреса: 01001, м. Київ, вул. Б.Грінченка, 1

13. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

13.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

14. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

14.1. Не можуть бути застрахованими інваліди I та II групи; особи, яким більше 75 років; особи, що визнані недієздатними; особи, які страждають важкими нервовими захворюваннями, гострим енцефалітом, психічними захворюваннями, захворюваннями серцево-судинної системи з порушенням кровообігу важкого ступеню, діабетом у важкій формі, системними поразками опорно-рухового апарата. Дія страхового захисту у відношенні конкретної Застрахованої особи припиняється, як тільки ця Застрахована особа стала особою, що не може бути застрахованою з причин, наведених вище.

14.2. Страховик не несе відповідальності за Договором, якщо страхові випадки стосовно конкретної Застрахованої особи:

14.2.1. викликані, або є наслідком венеричного захворювання, СНІДу або спорідненого СНІДу комплексу, незалежно від того, яким чином він був надбаний і яким медичним терміном був

названий, будь-якого захворювання, викликані ВІЛ – інфекцією;

14.2.2. виникли внаслідок внутрішнього громадського заворушення, якщо Застрахована особа була співучасником дій, які відповідно до чинного законодавства кваліфікуються як злочин проти громадського порядку та моральності;

14.2.3. виникли внаслідок впливу ядерної енергії в будь-якій формі, зокрема: радіації або радіоактивного зараження, внаслідок порушення норм екологічної безпеки;

14.2.4. сталися за межами території дії Договору;

14.2.5. виникли внаслідок будь-яких дій Застрахованої особи, здійснених нею під дією алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів, а також внаслідок отруєння наркотичними або токсичними речовинами, алкоголем або іншими речовинами, які вживалися з метою сп'яніння;

14.2.6. виникли внаслідок вживання медикаментів, які застосовувалися не за призначенням лікаря або за призначенням особи, що не мала на те відповідної кваліфікації, якщо це було причиною страхового випадку;

14.2.7. заподіяні тілесними або іншими uszkodженнями здоров'я при самолікуванні або лікуванні особою, яка не має відповідної медичної освіти та кваліфікації;

14.2.8. відбулися при здійсненні Застрахованою особою собі тілесних uszkodжень, самогубства або спроби самогубства та їх наслідків, за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб. При цьому вказані дії Застрахованої особи визнаються такими тільки на підставі рішення компетентних органів, що доводять вчинене;

14.2.9. відбулися в результаті керування Застрахованою особою транспортним засобом, на керування яким Застрахована особа не мала права або за відсутності у Застрахованої особи посвідчення водія на право керування транспортним засобом відповідної категорії;

14.2.10. трапились під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення та інших оперативних слідчих дій, що визначені кримінально-процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними;

14.2.11. сталися внаслідок форс-мажорних обставин на території дії Договору (війни, будь-яких військових дій, надзвичайного стану, оголошеного органами влади, революції, заколоту, повстання, громадських заворушень, страйку, путчу, терористичного акту тощо);

14.2.12. сталися внаслідок свідомого перебування Застрахованої особи в місцях, заздалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя (місця проведення вибухових робіт, військові полігони, стрільбища та т.ін.), якщо це не пов'язане із спробою врятування людського життя;

14.2.13. відбулися при спробі здійснення або здійсненні Застрахованою особою протиправних дій.

14.3. Страхове покриття не включає випадки, що сталися внаслідок професійного заняття Застрахованою особою спортом, участі в будь-яких спортивних змаганнях; заняття аматорським спортом / активним відпочинком.

14.4. При добровільному медичному страхуванні не підлягають відшкодуванню витрати Застрахованої особи, пов'язані із наданням таких послуг:

14.4.1. медичні послуги при діагностуванні та лікуванні хронічних захворювань (крім випадків їх загострення з наявністю симптомів, що загрожують життю Застрахованої особи);

14.4.2. стоматологічна допомога, крім екстреної допомоги у випадку гострого зубного болю або допомоги, необхідної для лікування наслідків нещасного випадку;

14.4.3. проведення абортів (крім випадків, коли він необхідний внаслідок настання нещасного випадку або раптового

захворювання); надання медичних послуг, пов'язаних з вагітністю, її ускладненнями та пологами, починаючи з 29-го тижня вагітності, діагностикою вагітності, лікування безпліддя, заходи контрацепції;

14.4.4. проведення лікування нервових та психічних захворювань та їх загострення, лікування вроджених аномалій та психічного розладу, а також релаксації та станів, за наявності яких існує реальний ризик швидкого погіршення стану здоров'я;

14.4.5. лікування захворювань, що передаються переважно статевим шляхом;

14.4.6. будь-яке протезування, включаючи зубне;

14.4.7. проведення операцій, пов'язаних з косметичною, пластичною хірургією (крім випадків, коли такі витрати пов'язані з наслідками нещасного випадку);

14.4.8. здійснення медичного огляду/медичної допомоги, що не пов'язані з раптовим захворюванням чи нещасним випадком; проведення відновлювальної терапії, лікувальної фізіотерапії;

14.4.9. послуги, отримані після закінчення дії Договору (крім випадків стаціонарного лікування, розпочатого в період дії Договору - до 30 днів з дати його закінчення);

14.4.10. медичні послуги, які не є обов'язковими для діагностики та лікування, або лікування, не призначене лікарем; проведення профілактичних вакцинацій і дезінфекцій, лікарської експертизи, медичні довідки і свідчення;

14.4.11. здійснення лікування Застрахованої особи її родичами;

14.4.12. придбання та ремонт допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів та ін.);

14.4.13. обстеження та лікування нетрадиційними методами;

14.4.14. лікування розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або потрапляння води);

14.4.15. лікування хвороб шкіри та підшкірної клітковини, що класифікуються Міжнародною Класифікацією Хвороб - 10-го перегляду, як L-20 - L60 (включаючи, але не обмежуючись дерматитами, пов'язаними з дією сонячного випромінювання, алергічними контактними дерматитами), крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи.

14.4.16. на лікування, коли на думку лікаря, призначеного Ассистансом або Страховиком, медична евакуація є можливою за медичними показаннями, крім тих витрат, що були понесені з метою здійснення медичної репатріації Застрахованої особи;

14.4.17. на лікування, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання;

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

14.5. Страховик не відшкодовує витрати:

11.5.1. на послуги, що перевищують помірні чи обґрунтовані розміри їх оплати в певному регіоні (визначається Ассистансом) чи перевищують необхідні;

14.5.2. пов'язані з лікарською помилкою, неправильними або недостатніми медичними маніпуляціями, з моральною шкодою у зв'язку з цим;

14.5.3. на медичну евакуацію, транспортування з одного медичного закладу в інший або репатріацію останків, які були організовані без узгодження з Ассистансом або Страховиком;

14.5.4. на медичну евакуацію, якщо хвороба або тілесне ушкодження не є досить серйозними за медичними показаннями і лікування може бути здійснене в країні постійного проживання Застрахованої особи.

14.6. При страхуванні від нещасних випадків не є страховим випадком встановлення інвалідності або смерть Застрахованої

особи внаслідок:

14.6.1. захворювань, що не були наслідком нещасного випадку;

14.6.2. загострення хронічного захворювання, раптового захворювання, інфекційного захворювання, харчової токсикоінфекції (за винятком правцю, сказу, кліщового енцефаліту та інших хвороб, що передаються через укуси тварин та комах);

14.6.3. психічного розладу або втрати свідомості, включаючи обставини, викликані крововиливом у мозок, сп'янінням, епілептичним przypadком або іншими конвульсіями, що охоплюють все тіло Застрахованої особи.

14.7. Страховик має право відмовити у відшкодуванні витрат, якщо Застрахована особа або третя особа, що представляє її інтереси, не сповістила Ассистанс або Страховика про необхідність отримання медичної допомоги (або отриману медичну допомогу), порушила медичні приписи при наданні їй будь-яких видів невідкладної допомоги або здійснила навмисні дії, що призвели до збільшення витрат Страховика. Страховик не несе зобов'язань за відшкодування моральної шкоди, заподіяної Застрахованій особі під час здійснення нею туристичної або ділової поїздки.

14.8. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

14.8.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського або службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, достоїнства та ділової репутації. Кваліфікація дій зазначених осіб визначається відповідно до чинного законодавства України;

14.8.2. здійснення або спроба здійснення Застрахованою особою навмисного злочину, що призвів до страхового випадку;

14.8.3. несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання події, що має ознаки страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру події та розміру шкоди;

14.8.4. надання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування, страховий ризик, факт настання страхового випадку, а також приховування таких відомостей;

14.8.5. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я;

14.8.6. невиконання (неналежне виконання) Страхувальником умов Договору та інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

14.9. У разі настання подій, зазначених у п. 14 Договору, Страховик не здійснює виплат страхових відшкодувань та страхових виплат.

15. ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

15.1. Страхувальник має право:

15.1.1. отримати належне йому страхове відшкодування на умовах цього Договору та Правил;

15.1.2. достроково припинити дію цього Договору та отримати належну суму страхових платежів на умовах цього Договору та Правил;

15.1.3. отримувати від Страховика консультації, інформацію і пояснення щодо умов страхування, ініціювати внесення змін до умов Договору;

15.1.4. ознайомитись з матеріалами стосовно події, що має ознаки страхового випадку, після затвердження Страховиком страхового акту.

15.2. Страхувальник зобов'язаний:

15.2.1. своєчасно та в повному обсязі сплачувати страхові

платежі;

15.2.2. при укладенні Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і надалі інформувати його про будь-які зміни страхового ризику;

15.2.3. при укладанні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмету Договору;

15.2.4. вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої особи та провадити усі можливі заходи, спрямовані на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

15.2.5. при настанні події, що має ознаки страхового випадку, діяти відповідно до Договору;

15.2.6. для здійснення страхової виплати надати Страховику визначені Договором необхідні документи протягом передбаченого Договором строку;

15.2.7. у разі втрати Договору (примірника Страхувальника) протягом 2 (двох) робочих днів письмово повідомити про це Страховика;

15.2.8. ознайомити Застраховану особу з умовами Договору, а також проінформувати її про дії при настанні події, що має ознаки страхового випадку.

15.3. Страховик має право:

15.3.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником, а також виконання Страхувальником умов Договору;

15.3.2. ініціювати внесення змін до умов Договору за згодою Вигодонабувача в разі його наявності, а також вимагати від Страхувальника сплати додаткового страхового платежу при зміні протягом дії Договору ризику. Невиконання цієї умови дає підстави Страховику при настанні події, що має ознаки страхового випадку, повністю або частково відмовити у виплаті страхового відшкодування;

15.3.3. самостійно з'ясувати причини та обставини події, що має ознаки страхового випадку;

15.3.4. надсилати запити у відповідні установи, витребувати додаткові документи, необхідні для з'ясування обставин події, що має ознаки страхового випадку, та складання страхового акту. Перебіг строку прийняття Страховиком рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування призупиняється на період очікування вказаної інформації;

15.3.5. при настанні події, що має ознаки страхового випадку, вимагати від Страхувальника в разі необхідності надання додаткових документів, крім зазначених в цьому Договорі;

15.3.6. виплатити страхове відшкодування за одним з обраних Страховиком варіантів:

- за домовленістю Сторін або згідно з угодою про розмір страхового відшкодування;

- на підставі висновку незалежного експерта погодженого Страховиком;

- за рахунками, калькуляціями, кошторисами, нарядами-замовленнями, актами виконаних робіт, якщо вони були погоджені зі Страховиком.

15.3.7. ініціювати дострокове припинення дії Договору;

15.3.8. відмовити у виплаті страхового відшкодування на умовах Договору, в тому числі якщо факт настання події, що має ознаки страхового випадку, не зафіксований компетентними органами (якщо така фіксація передбачена цим Договором) або у випадку, коли Страхувальник (користувач) залишив місце події до оформлення всіх необхідних документів, що засвідчують факт настання цієї події.

15.4. Страховик зобов'язаний:

15.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та Правилами;

15.4.2. прийняти рішення про виплату або про відмову у виплаті

страхового відшкодування шляхом складення страхового акту або листа-відмови відповідно у строки, встановлені цим Договором;

15.4.3. вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення виплати страхового відшкодування;

15.4.4. при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування на користь Страхувальника або його законних представників (або на користь Вигодонабувача в разі його наявності) в строки та у розмірі відповідно до умов цього Договору, Правил та чинного законодавства України.

16. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

16.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку по добровільному медичному страхуванню:

16.1.1. негайно повідомити про випадок до державних уповноважених органів, дочекатися реєстрації факту настання події й одержати від них документи, що підтверджують факт і час настання події;

16.1.2. При виникненні у Страхувальника/ЗО необхідності в отриманні медичної допомоги за випадками, які передбачені цим Договором, він має звернутися до Асистансу Страховика за телефоном, що зазначено Договорі-заяві на приєднання. Асистуюча компанія організовує обслуговування ЗО відповідно до умов Договору.

16.1.3. Якщо у Страхувальника/ЗО не було об'єктивної можливості одразу звернутися до Асистансу через втрату свідомості, тощо і без її відома розпочато надання медичної допомоги, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний повідомити про це Асистуючу компанію протягом перших 24 годин госпіталізації. Для отримання страхової виплати Страхувальник/ЗО повинен протягом 10 (десяти) календарних днів після закінчення лікування надати Страховку документи, визначені цим Договором для врегулювання випадку;

16.1.4. виконати всі інші дії та процедури необхідні для надання Страховику документів передбачених цим Договором, дослідження обставин настання такої події, оформлення страхової справи та складання страхового акту.

16.2. Якщо у Застрахованої особи виникне необхідність в отриманні екстреної медичної допомоги та інших послуг, передбачених Договором, Застрахована особа або третя особа, що представляє її інтереси, повинна негайно, протягом 24-х годин звернутися до цілодобового Асистансу за телефоном, що зазначено Договорі-заяві на приєднання та повідомити таку інформацію: номер договору страхування та строк його дії; контактний телефон; прізвище та ім'я Застрахованої особи; розмір страхової суми; точне місцезнаходження Застрахованої особи; детальний опис того, що трапилось та характер необхідної допомоги

16.3. Після звернення до Асистансу виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій.

16.4. У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин не зв'язалась із Асистансом для отримання необхідної допомоги та внаслідок цього повинна була самостійно оплатити вартість наданої їй невідкладної медичної допомоги, вона зобов'язана узгодити здійснені витрати із Асистансом при першій же можливості та в подальшому діяти згідно наданих рекомендацій. Сума страхового відшкодування (виплати) в такому випадку не може перевищувати 1000,00 грн. (однієї тисячі) гривень 00 коп.

16.5. Якщо Застрахована особа не мала фізичної можливості повідомити вчасно про настання страхового випадку, вона зобов'язана підтвердити це відповідним документом закладу охорони здоров'я.

16.6. Зібрати документи, що необхідні для встановлення причин,

обставин та характеру страхового випадку.

16.7. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку (в т.ч. виконувати рекомендації лікаря).

17. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЯКІ ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ, ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

17.1. Для підтвердження факту настання події, що має ознаки страхового випадку, та визначення розміру завданих Страхувальнику збитків Страховику надаються: письмове повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку, заява на виплату, в разі наявності Вигодонабувача - лист із зазначенням отримувача страхового відшкодування, документи отримувача страхового відшкодування (виплати) і Страхувальника (заявника), оригінал Договору, квитанції (платіжного доручення) про сплату страхового платежу (на вимогу Страховика), а також:

17.2. При добровільному медичному страхуванні одержання екстреної медичної допомоги та інших послуг Застрахованою особою має бути підтверджено такими документами: листком непрацездатності або його копією, випискою з карти амбулаторного / стаціонарного хворого, підписаною відповідальною особою та завіреною печаткою медичного закладу; оригіналами деталізованих рахунків щодо наданої медичної допомоги та інших послуг; квитанціями, чеками про оплату наданої медичної допомоги та інших послуг; рецептами з назвами ліків та документами, що підтверджують оплату з зазначенням назви та вартості кожного медичного препарату і поставленою печаткою відповідної аптеки (якщо ліки окремо оплачувались Застрахованою особою); документами Ассистансу щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком; свідоцтвом (копією) про смерть у разі смерті Застрахованої особи.

17.3. При страхуванні від нещасних випадків для одержання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа, спадкоємці у випадку смерті Застрахованої особи) надають Страховику такі документи: акт про нещасний випадок на виробництві або в побуті (Н-1 або НТ); виписку з карти амбулаторного або стаціонарного хворого, підписану відповідальною особою та завірену печаткою медичного закладу; довідку лікувально-профілактичного закладу встановленої форми, в якій повинні бути зазначені місце та час настання нещасного випадку, дата та час звернення до медичного закладу, діагноз і характер травми, опис події, що призвела до настання нещасного випадку, а також висновок про наявність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Застрахованої особи в момент нещасного випадку (якщо Застраховану особу було направлено на таке освідчення працівниками відповідного органу МВС або іншого компетентного державного органу). Враховуючи обставини кожного конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про необхідність надання документів, зазначених у цьому пункті.

17.3.1. Настання страхового випадку та розмір страхових виплат, залежно від його характеру додатково підтверджують такі документи:

17.3.1.1. При травмуванні Застрахованої особи - листок непрацездатності, в якому вказано період, місце та характер лікування, або довідка лікувально-профілактичного закладу встановленої форми, в якій вказано діагноз, період, місце та характер лікування.

17.3.1.2. При встановленні Застрахованій особі первинної інвалідності I, II групи - довідка МСЕК про встановлення групи інвалідності.

17.3.1.3. У разі смерті Застрахованої особи - оригінал свідоцтва

про смерть Застрахованої особи (або його нотаріально засвідчена копія) із зазначенням причини смерті; довідка лікувального закладу про причину смерті; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; оригінал свідоцтва або нотаріально засвідчена копія про право на спадщину.

17.4. Крім того, при настанні страхового випадку одержувач страхової виплати подає Страховику: письмову Заяву на отримання страхової виплати; оригінал Договору (примірник Страхувальника); паспорт.

17.5. Документи, які подаються для отримання страхової виплати, мають бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.

17.6. Інші документи або відомості, на запит Страховика, що необхідні для встановлення факту, причин, обставин та наслідків страхового випадку.

17.7. Перелік документів, зазначених в розділі 17 цього Договору, не є вичерпним та може доповнюватись за вимогою Страховика в залежності від обставин конкретної події, що має ознаки страхового випадку.

18. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

18.1. Загальні умови здійснення страхової виплати:

18.1.1. Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком на користь Страхувальника (або на користь Вигодонабувача в разі його наявності за його письмовою вимогою) відповідно до умов цього Договору, Правил та чинного законодавства України, на підставі заяви на виплату страхового відшкодування та страхового акту. В усіх випадках збитки відшкодовуються з урахуванням положень цього Договору, а також з вирахуванням розміру франшизи, отриманих від третіх осіб грошових коштів, якщо вони були отримані Страхувальником або його уповноваженою особою до моменту врегулювання збитку. Розмір завданих збитків встановлюється відповідно до умов цього Договору. Відшкодуванню підлягають тільки реальні прямі збитки, що спричинені страховим випадком.

18.1.2. Страхове відшкодування підлягає виплаті після того, як повністю будуть встановлені причини, обставини та розмір збитків.

18.1.3. В разі отримання відшкодування збитків від третіх осіб Страхувальник втрачає право на одержання страхового відшкодування від Страховика. В разі компенсації завданого збитку третьою особою після виплати Страховиком відшкодування Страхувальник зобов'язаний повернути страхове відшкодування Страховику у розмірі фактично отриманої від третьої особи компенсації в десятиденний термін з дня отримання обґрунтованої вимоги Страховика.

18.1.4. Виплата страхового відшкодування здійснюється на підставі письмової заяви на виплату від Страхувальника / Вигодонабувача та підписаного страхового акту в терміни до 10 (десяти) робочих днів після прийняття рішення про визнання події страховим випадком. Здійснення виплати страхового відшкодування проводиться на реквізити зазначені Страхувальником / Вигодонабувачем у заяві на виплату.

18.1.5. За наявності обставин, що вимагають додаткового розслідування, прийняття рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування може бути відкладено на строк до 6 (шести) місяців від дня отримання Страховиком останнього документа відповідно до цього Договору. Протягом цього часу Страховик може без погодження зі Страхувальником (Вигодонабувачем) проводити додаткове розслідування причин, обставин та наслідків випадку, експертизи. Якщо проводиться слідство і визначити обставини настання події не представляється можливим, термін розгляду справи продовжується до моменту отримання зазначених відомостей.

18.1.6. Страховик приймає рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних та додатково витребуваних ним документів, передбачених цим Договором.

18.1.7. Розмір збитку визначається на день настання страхового випадку.

18.2. При добровільному медичному страхуванні страхові виплати здійснюються згідно з фактичними витратами за надані послуги, у межах страхової суми, передбаченої Договором, шляхом оплати Страховиком вартості медичних послуг Ассистансу, що забезпечує надання послуг Застрахованій особі, або безпосередньо Застрахованій особі, у разі самостійної оплати нею цих послуг в межах 1000,00 (однієї тисячі) грн. (але при умові погодження розміру витрат з Ассистансом).

18.3. При страхуванні від нещасних випадків страхові виплати здійснюються у таких розмірах:

18.3.1. у випадку травмування Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку розмір страхової виплати встановлюється згідно з "Таблицею розмірів страхових виплат у зв'язку із травмуванням Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку" (Додаток №1 до Правил добровільного страхування від нещасних випадків);

18.3.2. у випадку встановлення Застрахованій особі первинної інвалідності внаслідок нещасного випадку: при встановленні I групи інвалідності -100% страхової суми; при встановленні II групи інвалідності - 70% від страхової суми.

18.3.3. у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку виплачується 100% страхової суми.

18.4. Загальна сума виплат за одним або декількома страховими випадками за кожним видом страхування, що сталися в період дії Договору, не може перевищувати страхової суми, визначеної Договором для кожного виду страхування.

18.5. Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків, приймає рішення про здійснення страхової виплати та складає страховий акт або приймає рішення про відмову у виплаті.

18.6. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті або її відстрочення Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

18.7. Страхова виплата здійснюється (Страхувальнику, Застрахованій особі, спадкоємцям Застрахованої особи у випадку її смерті) протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня складання страхового акта.

18.8. Якщо при травмуванні Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку Застрахованій особі була здійснена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж страхового випадку Застрахованій особі була встановлена первинна інвалідність I, II групи та/або настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата проводиться у розмірі, передбаченому для цих випадків за вирахуванням раніше проведеної суми страхової виплати. При цьому загальний розмір страхових виплат по одному страховому випадку, що відбувся в період дії Договору, не може перевищувати страхову суму, встановлену у Договорі для окремої Застрахованої особи.

18.9. У разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору стосовно надання Страховику протягом визначеного Договором строку всіх документів, необхідних для проведення страхової виплати, Страховик припиняє розгляд справи про страхову виплату після закінчення зазначеного строку. Страховик повідомляє Страхувальника в письмовій формі про причини припинення розгляду справи про страхову виплату,

а також про необхідність надання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхової події та інших документів, передбачених Договором, необхідних для здійснення страхової виплати.

19. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

19.1. Виплата страхового відшкодування не здійснюється за подіями, які не є страховими випадками в розумінні розділу 7 Договору, є виключеннями зі страхових випадків відповідно Правил страхування та відповідно до розділу 14 Договору, а також в разі, якщо Страхувальник або його представник:

19.1.1. порушив положення Договору;

19.1.2. перешкоджав Страховику у визначенні обставин виникнення, характеру та розміру збитків, в тому числі надав неправдиві відомості відносно предмету Договору та обставин настання страхового випадку;

19.1.3. отримав від третіх осіб будь-які кошти, цінності, речі, незалежно від їх виду та кількості, в якості компенсації за завдані збитки;

19.1.4. Не сплатив страховий платіж (його частину) у строки передбачені умовами Договору;

19.1.5. Інші випадки та підстави, які передбачені цим Договором, Правилами страхування та законодавством;

19.2. Страховик письмово інформує Страхувальника (та Вигодонабувача в разі його наявності) про відмову у здійсненні виплати страхового відшкодування, із зазначенням причин відмови, в строк до 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

19.3. Відмову Страховика у виплаті страхового відшкодування може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку. У разі, якщо відмову у виплаті страхового відшкодування або розмір суми страхового відшкодування, сплаченого Страхувальнику за цим Договором, не було оскаржено Страхувальником у судовому порядку протягом 1 (одного) року з дати винесення такої відмови або дати виплати, то така відмова або розмір суми страхового відшкодування, сплаченого Страхувальнику за цим Договором, приймається Сторонами як справедливе і в подальшому оскарженню не підлягає.

20. ПОРЯДОК ЗМІНИ УМОВ ДОГОВОРУ, ДІЯ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

20.1. Зміни до умов цього Договору вносяться за взаємною згодою Сторін шляхом підписання уповноваженими представниками Сторін додаткової угоди до цього Договору.

20.2. Якщо одна зі Сторін не згодна з внесенням змін у цей Договір, Сторони вирішують питання про дію цього Договору на попередніх умовах або про припинення його дії. До моменту вирішення цього питання цей Договір продовжує діяти на попередніх умовах.

20.3. Цей Договір припиняє свою дію за згодою Сторін, а також у разі: закінчення строку дії; виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі за поточний рік страхування; несплати Страхувальником страхових платежів у визначений цим Договором строк. Договір може бути поновлено шляхом сплати Страхувальником належного заборгованого страхового платежу з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати цього страхового платежу, та проведення Страховиком огляду ТЗ, що має бути підтверджено документально, шляхом підписання Сторонами акту огляду ТЗ із зазначенням наявних пошкоджень. Страховик не несе відповідальності і не здійснює виплату страхового відшкодування за випадками, що сталися в період призупинення дії цього Договору; ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування"; ліквідації Страховика; прийняття

судового рішення про визнання цього Договору недійсним; в інших випадках, передбачених цим Договором та чинним законодавством України. Сторона, що є ініціатором дострокового розірвання цього Договору, зобов'язана повідомити про це іншу Сторону за 30 календарних днів до бажаної дати розірвання цього Договору.

20.4. У разі дострокового припинення цього Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати подачі письмової заяви сплачений страховий платіж за період, що залишився до закінчення поточного року страхування, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у % відповідно до Правил, сум фактично виплачених страхових відшкодувань за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, останній повертає Страхувальнику сплачений страховий платіж в повному обсязі. У разі дострокового припинення цього Договору за вимогою Страховика Страхувальнику протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати подачі письмового повідомлення повертаються сплачені ним страхові платежі за поточний рік страхування повністю. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов цього Договору, Страховик повертає Страхувальнику страховий платіж за період, що залишився до закінчення строку дії договору, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у % відповідно до Правил, сум фактично виплачених страхових відшкодувань за цим Договором.

20.5. Договір набуває чинності з 00-00 годин дати початку дії Договору, яка вказана в Договорі-заяві на приєднання, але не раніше другого дня за днем сплати Страхувальником страхового платежу в повному обсязі, згідно Договору на розрахунковий рахунок чи до каси Страховика та діє до 24-00 години дня, вказаного Договорі-заяві на приєднання як дата закінчення дії Договору. Якщо страховий платіж за Договором, сплачений Страхувальником в неповному обсязі, Страховик сплачує страхове відшкодування частково, а саме пропорційно відношенню фактично сплаченого страхового платежу до платежу, належного до сплати або відмовляє у виплаті.

Текст цієї Оферти (Договору) затверджено "01" вересня 2016р. Наказом генерального директора №1 ТДВ "СГ "ОБЕРІГ". Оригінал з підписом та печаткою зберігається в Центральному офісі ТДВ "СГ "ОБЕРІГ" за адресою: м. Київ, вул. Васильківська, 14.

Генеральний директор ТДВ "СГ "ОБЕРІГ"

Крендельов Іван Федорович, який діє на підставі Статуту

