

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДОГОВІР № УБ1725528 від 02.09.2024 р.

комплексного страхування медичних та інших витрат, страхування від нещасних випадків та страхування багажу подорожуючих за межі України, страховий продукт «TRAVEL INSURANCE» (код страхового продукту 732)

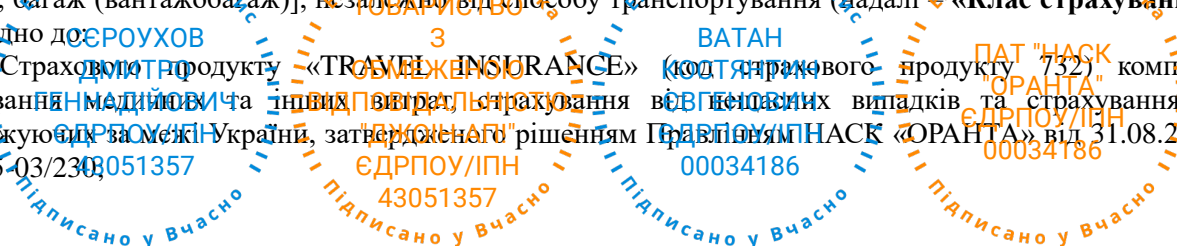
СТРАХОВИК	ПУБЛІЧНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «НАЦІОНАЛЬНА АКЦІОНЕРНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ОРАНТА» (скорочено – НАСК «ОРАНТА»).
Уповноважена особа від імені Страховика	Директора з організації роздрібних продажів, Ватана Костянтина Євгеновича, який діє на підставі Довіреності №08-03-05/95 від 26.02.2024 р.
Адреса Страховика	02081, м. Київ, вул. Здолбунівська, 7Д
Телефон, e-mail, Код ЄДРПОУ	067/050/093 170 73 37 oranta@oranta.ua ; ЄДРПОУ 00034186
Банківські реквізити	№ UA463057490000002650230547101 в АТ «БАНК КРЕДИТ ДНІПРО»
СТРАХУВАЛЬНИК	Товариство з обмеженою відповідальністю «ДЖОІН-АП!» Ліцензія: туроператорська № 274 від 28.10.2019
Уповноважена особа від імені Страхувальника	Генерального директора Дмитра Сероухова, який діє на підставі Статуту
Адреса Страхувальника	02121 м. Київ, Харківське шосе, 201-203, офіс 2А
Телефон, e-mail, Код ЄДРПОУ	+(380)44 303-99-99; (044)303-94-44 e-mail: office@joinup.ua ЄДРПОУ 43051357
Банківські реквізити	IBAN UA433052990000026008030107570 в АТ КБ ""ПРИВАТБАНК

надалі разом – «Сторони», а кожен окремо – «Сторона», уклали цей Генеральний договір комплексного страхування медичних та інших витрат, страхування від нещасних випадків та страхування багажу подорожуючих за межі України, страховий продукт «TRAVEL INSURANCE» (код страхового продукту 732) (надалі – «Договір», «Договір страхування») про наступне:

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Цей Договір страхування укладено на підставі Закону України «Про страхування» (надалі – «Закон»); Ліцензії, виданої Національним банком України (дата внесення запису 29.04.2024 року), що підтверджується Витягом із Державного реєстру фінансових установ; в тому числі за Класом страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі», страховим ризиком в межах класу «страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон», та страховим ризиком «страхування витрат, інших, ніж медичні, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон», (надалі – «Клас страхування 18»), за Класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)», (надалі – «Клас страхування 1»), страховим ризиком в межах класу «страхування від нещасного випадку, включаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання», за Класом страхування 7 «Страхування майна, що перевозиться (включаючи вантаж, багаж (вантажобагаж)», ризиком в межах класу: страхування майна, що перевозиться [включаючи вантаж, багаж (вантажобагаж)], незалежно від способу транспортування (надалі – «Клас страхування 7») та відповідно до ЄДРПОУ 43051357

1.1.1. Страхове продукту «TRAVEL INSURANCE» (код страхового продукту 732) комплексного страхування медичних та інших витрат, страхування від нещасних випадків та страхування багажу подорожуючих за межі України, затвердженого рішенням Правління НАСК «ОРАНТА» від 31.08.2024 року №08-05-03/230, ЄДРПОУ/ІПН 43051357



1.1.2. Загальних умов страхового продукту «TRAVEL INSURANCE» (код страхового продукту 732) комплексного страхування медичних та інших витрат, страхування від нещасних випадків та страхування багажу подорожуючих за межі України (надалі – «**Загальні Умови**»), затверджені рішенням Правлінням НАСК «ОРАНТА» від 31.08.2024 року № 27.1.24, дата початку дії 01.09.2024 року, та розміщених на веб-сайті Страховика за посиланням <https://oranta.ua/info/all-products> та на веб-сайті Туроператора <https://joinup.ua>.

1.2. Договір страхування є додатковим до інших товарів (робіт, послуг), що не є страховими.

1.3. Ідентифікація та верифікація Страхувальника/Застрахованої особи здійснюється Страховиком у випадках, передбачених Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», у способи, визначені нормативно-правовим актом Національного банку України з питань здійснення установами фінансового моніторингу.

1.4. Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) на умовах і в обсязі, визначених Договором страхування, шляхом сплати Асистансу, за допомогою якого Застрахованій особі була надана медична допомога (медичні послуги) та інші види допомоги (послуг), або Застрахованій особі у разі самостійної оплати вартості зазначеної допомоги (послуг), або Застрахованій особі (її Вигодонабувачу) при настанні нещасного випадку або пошкодження/втрати багажу, а Страхувальник зобов'язується вчасно і в повному обсязі сплатити страховий(і) платіж(і) і виконувати інші умови Договору страхування. У випадку, коли Застрахована особа є дитиною віком до 16-ти років, далі за текстом цього Договору під будь-якими діями Застрахованої особи маються на увазі дії та витрати представника такої Застрахованої особи, що діятиме в її інтересах.

1.5. Страховик здійснює комплексне страхування Застрахованих осіб, які зазначені в бордеро Застрахованих осіб, за формою, що міститься в **Додатку 2** до Договору страхування (далі – «**Бордеро Застрахованих осіб**»), що є його невід'ємною частиною, в порядку та на умовах, визначених в Договорі страхування.

1.6. Страхувальник укладає Генеральний Договір комплексного страхування медичних та інших витрат, страхування від нещасних випадків та страхування багажу подорожуючих за межі України за страховим продуктом «TRAVEL INSURANCE» (код страхового продукту 732) на користь та за згодою осіб, які придбали туристичний продукт Страхувальника (надалі – «**Застрахованих осіб**»), сплачує страхові платежі у визначені строки та виконує інші умови Договору страхування.

1.7. Укладення Договору страхування по відношенню до кожної Застрахованої особи підтверджується **Сертифікатом Застрахованої особи**, форма якого наведена в **Додатку 3** до Договору.

1.8. Застрахованими особами є фізичні особи, особисті дані яких зазначаються в **Бордеро Застрахованих осіб**.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ У ДОГОВОРІ. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

2.1. Активний відпочинок - заняття під час подорожі активними видами аматорського спорту: футбол, волейбол, водне поле, теніс, гольф, аквааеробіка (передбачено Договором страхування, якщо в Сертифікаті Застрахованої особи зазначається спеціальна відмітка щодо умови «Активний відпочинок»).

2.2. Загроза життю та здоров'ю - ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання, смерті Застрахованої особи.

2.3. За кордон/за кордоном – за межі/за межами країни постійного місця проживання Застрахованої особи.

2.4. Застрахована особа (Турист, Вигодонабувач) – фізична особа, громадянин(-ка) України, іноземний(-а) громадянин(-ка) чи особа без громадянства, на користь якої укладений Договір страхування.

2.5. Багаж - особисті речі Застрахованої особи, що перевозяться при здійсненні подорожі за межі країни постійного проживання, а саме: речі, що оформлені як багаж в транспортній організації, а також ручна поклажа.

2.6. Безумовна франшиза – встановлена Договором страхування сума збитку, яка не відшкодовується Страховиком у разі настання страхового випадку.

2.7. Близькі родичі – діти (у т. ч. усиновлені), чоловік та дружина, батьки, рідні брати та сестри, баба та дід як з боку батька, так і з боку матері.

2.8. Вартість проїзду – вартість квитка на проїзд залізничним та/або морським транспортом першим класом або авіаквитка – економним класом.

2.9. Вигодонабувач – Застрахована особа, або особа, визначена згідно із законодавством України та отримує страхову виплату у разі втрати Застрахованою особою дієздатності (її опікун/піклувальник за законом) або у

разі смерті Застрахованої особи (її спадкоємці за законом, заповітом або спадковим договором) або інша особа, що має право на отримання страхової виплати або понесла витрати на оплату вартості послуг, наданих Застрахованій особі, що підлягають оплаті Страховиком на умовах укладеного Договору страхування. Страхова виплата щодо малолітньої/неповнолітньої Застрахованої особи, для якої не настала повна цивільна дієздатність, здійснюється батькам такої малолітньої/неповнолітньої особи або її опікунам/піклувальникам.

2.10. Географічний розподіл країн згідно з умовами даного Договору страхування (територія дії Договору страхування):

- **Територія дії 1:** країни СНД та Балтії, країни Європи, Мадейра, Кіпр, Ізраїль, Об'єднані Арабські Емірати
- **Територія дії 2:** Таїланд, Індія, Індонезія, Китай, Куба, Домініканська республіка, Малайзія, Багамські, Бермудські, Сейшельські острови, Фіджі, Гавайї, Гонконг, Ямайка, Йорданія, Мальдіви, Марокко, Маврикій, Шрі Ланка
- **Територія дії 3:** географічна зона 1 та 2 + усі інші країни світу (крім України)
- **Територія дії 4:** (країни масового туризму) Туреччина, Єгипет, Туніс

2.11. Гостре захворювання - раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

2.12. Гострий біль - реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

2.13. Договір страхування – письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування, а Страхувальник зобов'язаний сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

2.14. Договір на туристичне обслуговування – письмова угода, за якою одна сторона (туроператор, турагент) за встановлену договором плату зобов'язується забезпечити надання за замовленням іншій стороні (Туристу) комплекс туристичних послуг.

2.15. Екстрена медична допомога - медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

2.16. Країна перебування - країна (місце, територія), назначена(-е) в Договорі страхування (Сертифікаті щодо конкретної Застрахованої особи), на території якої Застрахована особа тимчасово знаходиться під час подорожі та діє страховий захист за Договором страхування. Під час дії Договору страхування Застрахована особа може відвідувати кілька країн, при цьому Договір страхування буде діяти на території кожної з цих країн, якщо це передбачено умовами Договору страхування та Сертифікатом для конкретної Застрахованої особи (місцем дії Договору страхування).

2.17. Країна постійного місця проживання – за умовами Договору страхування до країн постійного місця проживання належить/прирівнюється:

- Україна;
- країна, громадянином якої є Застрахована особа;
- країна постійного місця проживання Застрахованої особи (в тому числі у разі отримання Застрахованою особою посвідки на проживання або аналогічного документу, що видається Застрахованій особі в країні перебування).

2.18. Ліміт відповідальності Страховика – в межах страхової суми встановлена за згодою Сторін Договору страхування гранична сума зобов'язань Страховика, в межах якої буде здійснюватися страхова виплата за окремим страховим випадком.

2.19. Медична репатріація - транспортування Застрахованої особи за допомогою комерційного перевізника в країну її постійного місця проживання під наглядом лікаря після стабілізації стану здоров'я Застрахованої особи в медичному закладі країни її перебування.

2.20. Медичний заклад — заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, з яким Страховиком або Асистиансом укладена угода про надання медичних послуг Застрахованим особам.

2.21. Нещасний випадок - випадкова, раптова, короткочасна, непередбачувана, не спричинена навмисно та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що сталась протягом строку дії Договору страхування

внаслідок впливу зовнішніх чинників та незалежно від будь-яких інших обставин і призвела до тимчасового або постійного розладу здорово Застрахованої особи та/або її смерті. До нещасних випадків відносяться: травматичне ушкодження, утоплення; опіки; відмороження; переохолодження; ураження електричним струмом або блискавкою; випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (побутовими або промисловими), ліками, отруйними рослинами, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції - дизентерії, сальмонельозу); укуси тварин, отруйних комах, змій; захворювання кліщовим енцефалітом та ін., що не підпадають під виключення згідно з умовами даного Договору страхування.

2.22. Первинна консультація та діагностика - надання консультації лікарем, проведення лабораторної та/або інструментальної діагностики, що необхідні для встановлення попереднього діагнозу Застрахованій особі. За Договором страхування встановлюється ліміт відповідальності на відшкодування таких витрат на одну Застраховану особу в розмірі не більше **200 (двісті) євро** для країн Шенгенської Зони та **100 (ста) євро** для інших країн за весь комплекс послуг.

2.23. Подорож - рух (поїздка) Туриста (Застрахованої особи) за маршрутом, передбаченим придбаним ним Туристичним продуктом. Країна(и) перебування Застрахованої особи під час здійснення такої подорожі зазначається у Сертифікаті Застрахованої особи.

2.24. Програма страхового продукту - строкові, вартісні та територіальні складові страхового захисту, що пропонуються споживачу та обираються ним окремо в межах умов одного страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхового платежу або страхового тарифу, видом та розміром франшизи.

2.25. Туристичний продукт – попередньо розроблений комплекс туристичних послуг, який поєднує не менше ніж дві такі послуги, що реалізується або пропонується для реалізації за визначеною ціною, до складу якого входять послуги перевезення, послуги розміщення та інші туристичні послуги не пов'язані з перевезенням і розміщенням (послуги з організації відвідувань об'єктів культури, відпочинку та розваг, реалізації сувенірної продукції тощо).

2.26. Туристичний Ваучер – документ, що встановлює право Туриста на послуги, що входять до складу Туристичного продукту.

2.27. Подорож – рух Туриста по маршруту, передбаченого придбаним ним Туристичним продуктом.

2.28. Турагент – суб'єкт туристичної діяльності, який здійснює посередницьку діяльність з реалізації Туристичного продукту Страхувальника.

2.29. Тур – туристична подорож за визначеним маршрутом у конкретні терміни, забезпечена комплексом туристичних послуг (бронювання, розміщення, харчування, транспорт).

2.30. Необережність – дії особи, здійснюючи які вона свідомо припускає настання цілком ймовірних негативних наслідків, але легковажно цим нехтує.

2.31. Раптова хвороба (захворювання) – раптове непередбачуване або викликане хронічними захворюваннями, або зовнішнім впливом порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я іншої сторони договору на туристичне обслуговування (Туриста).

2.32. Сертифікат Застрахованої особи – документ, який засвідчує факт укладення Договору страхування, за формою, що міститься в Додатку 3 до Договору страхування), що видається Страхувальником (Турагентом) та містить інформацію про Страховика, Програму страхового продукту.

2.33. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Застрахованій особі або іншій третій особі.

2.34. Страховий захист – зобов'язання Страховика щодо здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку, що виникло протягом строку дії Договору страхування.

2.35. Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача у страхуванні ризиків, передбачених Договором страхування.

2.36. Страховий ризик – певна полія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

2.37. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

2.38. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

2.39. Страховий платіж – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

2.39. Страховий акт – документ, який підтверджує рішення Страховика щодо визнання страхового випадку та регламентує розмір та порядок виплати страхового відшкодування (страхової виплати).

2.40. Страхове відшкодування – страхова виплата, яка здійснюється Страховиком у межах страхової суми та/або ліміту відповідальності відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

2.41. Спеціалізована служба Страховика (Асистанс, Асистуюча/Асистанська компанія) - юридична або фізична особа, в тому числі суб'єкт підприємницької діяльності, яка(ий) діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи та осіб, які надають послуги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку, організовує, контролює, оплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика. Назва, адреса та телефони Асистансу зазначаються у Сертифікаті Застрахованої особи. Асистанс може здійснювати виплати за страховим випадком за Застраховану особу та вимагати відповідної компенсації від Страховика.

2.42. Спеціалізовані особи - треті особи, що є закладами по наданню технічної, адміністративної допомоги, які надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) через Асистанс або Страховика та мають право на здійснення своєї діяльності.

2.43. Територія страхування - територія країни перебування Застрахованої особи під час здійснення подорожі, що зазначена в Сертифікаті Застрахованої особи, за виключенням території країни / країн постійного місця проживання Застрахованої особи.

2.44. Тілесні пошкодження - травма, поранення, опіки, які були отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час подорожі / поїздки в країні перебування та під час дії Договору страхування, і потребують госпіталізації або амбулаторного лікування.

2.45. Травматичні ушкодження — ушкодження м'яких тканин, органів та систем організму зовнішніми чинниками, а саме: власне травми, опіки, ураження блискавкою або електричним струмом, обмороження, переохолодження, випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (промисловими або побутовими) чи ліками; наслідки укусів тварин, отруйних змій, які сталися під час подорожі /поїздки Застрахованої особи в країні перебування і потребують невідкладної медичної допомоги,

2.46. Третя особа — юридична або дієздатна фізична особи, яка не є стороною Договору страхування, однак приймає участь у правовідносинах, що регулюються таким Договором страхування.

2.47. Хронічне захворювання - хвороба, на яку особа хворіла під час укладання Договору страхування, яка має хронічний характер (або вроджений стан), незалежно від того чи здійснювалось лікування такої хвороби та чи знала про таку хворобу сама особа.

2.48. Форс-мажорні обставини - незвичайні і непередбачувані обставини поза контролем Страхувальника, наслідків яких не можна було уникнути навіть при докладанні найбільших зусиль, дії непереборної сили, яких неможливо запобігти або уникнути.

3. ОБ'ЄКТ ТА ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ.

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

3.2. Об'єктом Договору страхування є життя, здоров'я і працездатність Застрахованої особи, а також можливі збитки чи витрати Застрахованої особи, пов'язані із втратою багажу піж час здійснення подорожі; а також з яким пов'язані:

- страхові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи / Вигодонабувача);
- страхові ризики, що підлягають страхуванню за цим Договором страхування.

3.3. Страховими ризиками за цим Договором є:

3.3.1. гостре захворювання в Застрахованої особи;

3.3.2. загострення хронічного захворювання в Застрахованої особи;

3.3.3. нещасний випадок із Застрахованою особою;

3.3.4. незручності використання авіаційного транспорту, а саме: втрата, пошкодження, знищення багажу.

3.4. Страховим випадком за Договором страхування є:

3.4.1. Здійснення Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом)/Застрахованою особою непередбачуваних витрат, пов'язаних з наданням Застрахованій особі медичної та медико-транспортної допомоги та послуг у межах та в обсязі Програми страхового продукту та лімітів страхування, передбачених Договором страхування у зв'язку із зверненням Застрахованої особи під час дії Договору страхування до Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) або медичного

закладу з приводу гострого захворювання, розладу здоров'я або внаслідок нещасного випадку.

3.4.2. Настання страхового ризику, передбаченого п. 3.3.3. Договору страхування, протягом строку дії страхового захисту та Договору страхування, що підтверджено документально і не є виключенням зі страхових випадків, а саме:

3.4.2.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

3.4.2.2. Травматичне ушкодження чи інший розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що передбачені **Таблицею страхових виплат при травматичних пошкодженнях** (надалі – **Таблиця виплат**), що є **Додатком 4** до цього Договору страхування та **Додатком 1** до Загальних умов страхового продукту.

3.4.2.3. Встановлення первинної групи інвалідності Застрахованій особі (I, II або III групи або встановлення категорії «дитина з інвалідністю») внаслідок нещасного випадку.

3.4.3. Понесення не медичних витрат Застрахованою особою внаслідок страхового ризику, зазначеного в п. 3.3.4. Договору страхування, а саме - знищення, пошкодження чи втрата всього або частини багажу Застрахованої особи внаслідок:

- стихійних лих - бурі, граду, повені, землетрусу, урагану, зсуву ґрунту тощо;
- пожежі, вибуху, удару блискавки, використання засобів пожежогасіння;
- крадіжки з незаконним проникненням до приміщення, грабежу, розбою;
- дорожньо-транспортної пригоди або нещасного випадку із Застрахованою особою;
- навмисного псування багажу третіми особами.

3.5. Витрати, що відшкодовуються Страховиком за страховим випадком відповідно до п. 3.4.1. Договору страхування:

3.5.1. Витрати на лікування - витрати, що виникли при наданні медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе надання:

- *невідкладної стаціонарної допомоги* в медичних закладах (медикаментозне лікування, діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги і винагороди медичному персоналу, вартість перебування в палатах, у т. ч. реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному медичному закладі);

- *невідкладної амбулаторної допомоги* в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарські послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, необхідні засоби фіксації тощо);

- *невідкладної стоматологічної допомоги* (стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням зубу та/або оточуючих зуб тканин або щелепною травмою, що отримана внаслідок нещасного випадку) на суму, що не перевищує **100 (сто) євро**;

- *невідкладної пологової допомоги до 7-го місяця вагітності*;

- *іншої медичної допомоги*, а саме: первинної консультації та діагностики, які надаються Застрахованій особі для встановлення попереднього діагнозу, при зверненні Застрахованої особи зі скаргами до Асистансу за телефонами, вказаними в сертифікаті Застрахованої особи. Первинна консультація та діагностика підлягають відшкодуванню за рахунок Страховика лише в разі їх організації Асистансом і в розмірі, що не перевищує **200 (двісті) євро** для країн Шенгенської Зони та **100 (сто) євро** для інших країн за весь комплекс послуг. Подальше надання медичної допомоги проводиться відповідно до умов Договору страхування (**Сертифікату Застрахованої особи**), крім випадків передбачених п. 3.7. розділу 3 та розділом 4 Договору страхування.

- *оплати ліків*, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану (за умови, що такі ліки придбані за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого рецепту та підтвердження факту оплати).

У разі загрози життю Застрахованої особи в результаті загострення та/або ускладнення хронічного захворювання на яке Застрахована особа була хвора до початку дії Договору страхування, Страховик відшкодовує витрати на лікування щодо такого захворювання у розмірі, що не перевищує **5000 (п'ять тисяч) євро**.

3.5.2. Витрати на транспортування Застрахованої особи:

- до найближчого медичного закладу чи лікаря машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом, а також, після проведення консультації та/або обстеження, до місця тимчасового проживання Застрахованої особи під час подорожі у країні перебування (готелю або

іншого місця), в розмірі, що не перевищує **50 (п'ятдесят) євро** за транспортування в обидві сторони;
 - до конкретного пункту (медичного закладу, найближчого до міжнародного аеропорту або найближчого до пункту перетину кордону, тощо) країни постійного місця проживання, якщо необхідність транспортування виникла в результаті нещасного випадку або раптового захворювання, щодо якого діє страховий захист, та є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку (у т. ч. медична репатріація), на суму, що не перевищує **1 500 (одна тисяча п'ятсот) євро**.

Рішення щодо необхідності та можливості здійснення такого транспортування (у т. ч. медичної репатріації), а також про вибір пункту призначення, маршруту та засобу здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком. Страховик залишає за собою право оплачувати витрати на лікування Застрахованої особи в країні перебування (в межах страхової суми за Договором страхування щодо такої Застрахованої особи) до тих пір, доки стан здоров'я такої Застрахованої особи не дозволить перевезти її в країну постійного місця проживання для подальшого лікування. Рішення про доцільність транспортування Застрахованої особи (у т. ч. медичну репатріацію) та засоби його здійснення може приймати тільки Страховик та Асистанс на підставі медичних висновків лікарів, призначених Асистансом (Страховиком). Якщо лікарі, уповноважені Асистансом (Страховиком), вважають, що транспортування (у т. ч. медична репатріація) можливе, а Застрахована особа відмовляється від нього, Страховик має право припинити оплату витрат на лікування.

3.5.2.1. Витрати на проїзд особи, яка супроводжує Застраховану особу з країни перебування до країни постійного місця проживання, якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного місця проживання і це підтверджено медичним висновком.

Рішення щодо необхідності та про вибір пункту призначення, маршруту та засобу здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистансом за узгодженням зі Страховиком.

3.5.2.2. Витрати на репатріацію тіла (останків) Застрахованої особи до конкретного пункту країни постійного місця проживання (за рішенням Страховика або Асистансу) або на поховання (кремацію) тіла (останків) Застрахованої особи за кордоном в країні перебування, якщо смерть настала внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, щодо якого діє страховий захист. Всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Асистанс за узгодженням зі Страховиком. Якщо має місце репатріація, Страховик має право використання зворотного квитка Застрахованої особи. Страховик відшкодовує витрати виключно за мінімально необхідним набором послуг з репатріації або поховання (кремації) в країні перебування, але не більше **1 500 (одна тисяча п'ятсот) євро**.

Для організації репатріації тіла (останків) Застрахованої особи, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло (останки) померлого після перевезення труни на митну територію країни постійного місця проживання Застрахованої особи.

3.5.2.3. Витрати на телефонний зв'язок включають витрати на послуги з надання телефонного зв'язку Застрахованій особі або особі, що представляє її інтереси, з Асистуючою компанією та/або Страховиком з приводу повідомлення про страховий випадок та з метою передачі термінових повідомлень, пов'язаних зі страховим випадком.

3.6. Страховик здійснює страхове відшкодування в межах страхової суми з вирахуванням безумовної франшизи, яка вказана для кожної Застрахованої особи в **Сертифікаті Застрахованої особи**. При цьому франшиза не вираховується в разі виплати страхового відшкодування за послуги, які надані особам, які на дату настання страхового випадку не досягли віку **4 (чотирьох) років**.

3.7. Витрати, що не підлягають відшкодуванню Страховиком.

3.7.1. Не підлягають відшкодуванню витрати, пов'язані з:

3.7.1.1. Діагностикою та лікуванням, що здійснено під час подорожі з метою лікування.

3.7.1.2. Лікуванням хвороби що виникли до укладення Договору страхування, у тому числі захворювань на етапі лікування.

3.7.1.3. Діагностикою та лікуванням (що включає лікування, оперативні втручання, придбання медикаментів) вроджених та хронічних захворювань, які існували на момент укладання Договору страхування, та наслідками таких захворювань, крім випадків з гострою смертельною небезпекою для життя Застрахованої особи. При цьому обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком медичних витрат є підтвердження Асистансом критичного стану здоров'я Застрахованої особи, що загрожує її життю та який потребує невідкладної медичної допомоги.

3.7.1.4. Надмірними витратами, а саме в тій їх частині, що перевищує розумну або звичайну ціну

конкретної послуги чи препаратів у тому місці, де такі витрати понесені Застрахованою особою.

3.7.1.5. Будь-якою вимогою щодо лікування раптового захворювання або відшкодування витрат у результаті нещасного випадку, якщо такі витрати не було узгоджено з Асистансом чи Страховиком та їх розмір перевищує **100 (сто) євро**.

3.7.1.6. Наданням стоматологічної допомоги, крім знеболюючого лікування та пломбування лише природних зубів відповідно до п. 3.3.1. Договору страхування.

3.7.1.7. Проведенням абортів (крім випадків, коли він необхідний під час настання нещасного випадку або раптового захворювання), а також наданням медичних послуг, пов'язаних із вагітністю, їх ускладненнями та пологами, починаючи з 22-го тижня вагітності.

3.7.1.8. Проведенням лікування нервових та психічних захворювань та їх загострень, лікуванням уроджених аномалій та психічного розпаду, а також релаксації та станів, за наявності яких існує реальний ризик швидкого погіршення стану здоров'я. Лікуванням інсульту мозкового, пухлини головного та спинного мозку, епілепсії та шизофренії, інфаркту, судомних приступів, перебігу психічних захворювань.

3.7.1.9. Діагностикою та лікуванням захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (в тому числі СНІД та ВІЛ-інфекція).

3.7.1.10. Будь-яким протезуванням, включаючи зубне.

3.7.1.11. Здійсненням медичного огляду та медичної допомоги, які не пов'язані з раптовим захворюванням або нещасним випадком, та наданням послуг, не передбачених Договором страхування та Програмою страхування, обраною Страхувальником (Застрахованою особою).

3.7.1.12. Проведенням відновлюваної терапії або лікувальної фізіотерапії.

3.7.1.13. Проведенням операції, пов'язаної з пластичною, косметичною або реконструктивною хірургією.

3.7.1.14. Наданням медичних послуг, які не є обов'язковими для діагностики та лікування при настанні раптового захворювання або нещасного випадку.

3.7.1.15. Проведенням профілактичних вакцинацій і дезінфекцій, лікарською експертизи.

3.7.1.16. Здійсненням лікування Застрахованої особи її родичами.

3.7.1.17. Лікуванням Застрахованої особи в санаторії та/або будинку відпочинку.

3.7.1.18. Придбанням та ремонтом допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, милиць, тростин та ін.).

3.7.1.19. Лікуванням експериментальними або нетрадиційними методами (іридіодіагностика, біокорекція, гіпноз, психотерапія, рефлексотерапія, біологічні добавки, фізіо- та мануальна терапія, масаж тощо).

3.7.1.20. Штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, заходами щодо запобігання вагітності.

3.7.1.21. Наданням засобів та послуг додаткового комфорту, а саме: радіоприймача, кондиціонера, телевізора, а також послуг перукаря або косметолога, тощо.

3.7.1.22. Лікуванням ускладнень, які виникли після проведеного за кордоном в країні перебування планового (оперативного або консервативного) лікування Застрахованої особи.

3.7.1.23. Проведенням репатріації, якщо за медичними показаннями лікування захворювання або тілесного ушкодження може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного місця проживання та/або якщо захворювання не перешкоджає продовженню поїздки.

3.7.1.24. Лікуванням, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного місця проживання.

3.7.1.25. Транспортуванням Застрахованої особи до лікарні або лікаря за відсутності клінічної необхідності та медичних показань у транспортуванні автомашиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом, засобом санітарної авіації з необхідним медичним супроводом.

3.7.1.26. Оформленням, випискою та копіювання медичної документації, перекомпостуванням білетів

на рейсовий транспорт на інший строк, будь-яким транспортуванням Застрахованої особи, крім транспортування до лікарні (лікаря) та з лікарні до місця тимчасового перебування за медичними показаннями.

3.7.1.27. Діагностикою та лікуванням онкологічних захворювань, діагностикою та лікуванням доброякісних та злоякісних пухлин у т. ч. захворювань онкогематологічної природи. Лікуванням гематологічних захворювань.

3.7.1.28. Діагностикою та лікуванням дерматитів, кропивниць та еритем, в тому числі алергічних дерматитів, викликаних впливом ультрафіолетового випромінювання, сонячних опіків, крім випадків, що потребують невідкладної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої

особи.

3.7.1.29. Отриманням медичної допомоги у випадках, що сталися під час подорожі / поїздки, яку було здійснено всупереч порадам лікаря, або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном (за межами країни постійного місця проживання).

3.7.1.30. Видаленням бородавок, натоптишів, ортопедичним лікуванням плоскостопості, придбанням супінаторів, укладок для коригування стоп, лікуванням деформованих нігтів стопи чи кисті, грибкових захворювань.

3.7.1.31. Ангіографією, а також витратами, пов'язаними з операціями на серці та судинах, в тому числі стентування, шунтування, протезування артерій, балонна ангіопластика тощо.

3.7.1.32. Лікуванням методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), масажу, гомеопатії, фіто- і натуропатії і т. п.

3.7.1.33. Наданням послуг медичним закладом, що не має ліцензії або фізичною особою, яка не має права займатися медичною діяльністю.

3.7.1.34. Пересадкою органів та/або їх частин.

3.7.1.35. Вартістю медикаментозного лікування, лікарських препаратів, вартість короткочасного або довгострокового курсу лікування захворювань, що виникли в результаті невиконання вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень.

3.7.1.36. Витратами на діагностику та лікування гінекологічних захворювань, якщо його необхідність не була викликана загрозою для життя.

3.7.1.37. Витратами на діагностику та лікування урологічних захворювань, крім витрат на надання невідкладної допомоги.

3.7.1.38. Витратами на операції з видалення та дроблення каміння будь-якої локалізації у сечовивідних шляхах, нирках, жовчному міхурі.

3.7.1.39. Витратами на діагностику та лікування алергії, крім випадків негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи.

3.7.1.40. Витратами на лікування травм, станів та захворювань, що виникли під час грубого порушення загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, в т. ч. що рекомендовані представниками Страховика, туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів та ін.).

3.7.1.41. Витратами на лікування цукрового діабету, а також захворювань, що є його наслідками.

3.7.1.42. Лікуванням розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення, отримані під час переохолодження та/або попадання води).

3.7.1.43. Проведенням консультацій, обстежень, та інших діагностичних заходів, лікуванням та операціями, які виходять за рамки даного Договору страхування та можуть бути проведені в країні постійного місця проживання Застрахованої особи.

3.7.1.44. Витратами на медичні послуги, товари та медикаменти за станами (захворюваннями, травмами, опіками та отруєннями), отриманими при вживанні алкоголю, наркотичних та токсичних речовин).

3.7.1.45. Витратами на медичні послуги, товари та медикаменти, не призначенні та/або належним чином не задокументовані лікарем медичного закладу в країні перебування Застрахованої особи як доцільні та необхідні для лікування невідкладного стану.

3.7.1.46. Витрати, які перевищують перелік або ліміти, зазначені в п. 3.5. цього Договору страхування.

3.7.1.47. Іншими витратами відповідно до розділу 4 Договору страхування.

3.7.1.48. Послуги, що відповідно до умов Договору страхування не відшкодовуються Страховиком, Застрахована особа оплачує самостійно навіть тоді, коли вони включені у загальний рахунок.

3.8. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат (збитку).

3.8.1. Документами, що підтверджують настання страхового випадку та розмір медичних витрат є:

- Заява про страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;
- копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованої особи;
- копія закордонного паспорту (або дитячого проїзного документа) Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю;
- Сертифікат Застрахованої особи;
- довідки медичного закладу про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням терміну лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання,

загальні висновки лікаря; у випадку розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку додатково - довідка про рівень алкоголю в крові та офіційний протокол або довідка, що підтверджує факт нещасного випадку або травми та обставини події із зазначеним діагнозом;

- довідка-рахунок з медичного закладу із зазначеними: прізвиськом пацієнта, точним діагнозом захворювання, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, переліком наданих послуг з зазначенням дати надання окремої послуги та її вартості, загальною сумою до виплати;
- рецепти з назвами ліків та/або направлення на лабораторні дослідження, завірені лікуючим лікарем (у разі наявності);
- документи, що підтверджують факт здійснення оплати за надані послуги та медикаменти, банківська квитанція з зазначеною сумою на переказ, рахунок за отримані послуги з відміткою про сплату тощо;
- оригінали документів Асистансу щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком;
- інші документи на запит Страховика.

3.8.2. Перелічені у п. 3.8.1. Договору страхування документи можуть бути надані англійською мовою. Якщо документи складені іншими мовами, Страховик має право затребувати у Застрахованій особи надати офіційний переклад українською мовою.

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

3.8.4. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, зокрема, у разі самостійної оплати вартості допомоги (послуг) Застрахованій особі за погодження із Страховиком, Страховик приймає рішення про необхідність надання Застрахованою особою документів, визначених п. 3.8.1. Договору страхування.

3.8.5. Документи, що перераховані в п. 3.8.1. Договору страхування, повинні бути надані Страховику Вигодонабувачем протягом **15 (п'ятнадцяти) календарних днів** після повернення Застрахованої особи з подорожі. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з обґрунтуванням причин затримки. В разі відсутності істотних причин, через які документи не були подані вчасно, Страховик має право відмовити Страховальнику у страховій виплаті.

3.9. Розмір страхової виплати, що здійснюється Страховиком за страховими випадками, визначеними в п. 3.4.2. Договору страхування.

3.9.1. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі (Вигодонабувачу):

3.9.1.1. за травматичним ушкодженням чи іншим розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку - у розмірі частки страхової суми, визначеної для конкретної травми згідно з **Таблицею страхових виплат**, що є **Додатком 4** до цього Договору страхування.

3.9.1.2. У випадку встановлення Застрахованій особі первинної інвалідності внаслідок нещасного випадку:

3.9.1.2.1. **I групи** (для осіб від 18-ти років) або категорії «дитина з інвалідністю» (до досягнення 18 років) - в розмірі **100% від страхової суми** на одну Застраховану особу;

3.9.1.2.2. **II групи** (для осіб від 18-ти років) або категорії «дитина з інвалідністю» (на строк до 5 років) - в розмірі **70% від страхової суми** на одну Застраховану особу;

3.9.1.2.3. **III групи** (для осіб від 18-ти років) або категорії «дитина з інвалідністю» (на строк до 2 років) - в розмірі **50% від страхової суми** на одну Застраховану особу;

3.9.1.3. У випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку - в розмірі **100% від страхової суми** на одну Застраховану особу.

3.9.2. Якщо нещасний випадок призвів до розладу здоров'я і Застрахованій особі була проведена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж нещасного випадку з'явилися підстави для страхової виплати у більшому розмірі (в т. ч. у випадку зміни групи інвалідності на вищу або смерті внаслідок нещасного випадку), страхова виплата проводиться в розмірі, передбаченому цим Договором для такої виплати за вирахуванням суми раніше здійсненої страхової виплати. Загальний розмір страхових виплат за настання нещасного випадку не може перевищувати розмір страхової виплати, передбачений цим Договором страхування, за настання найтяжчих наслідків такого нещасного випадку.

3.9.3. Страхова виплата за настання первинної інвалідності та/або смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, здійснюється у разі, якщо така первинна інвалідність та/або смерть Застрахованої особи настала протягом **6 (шести) місяців** від дня настання нещасного випадку незалежно від дати закінчення цього Договору страхування. Страховик повинен отримати підтвердження того, що така інвалідність або смерть Застрахованої особи сталася внаслідок нещасного

випадку.

3.10. Виключення зі страхових випадків, зазначених в п. 3.4.2. Договору страхування.

3.10.1. Не є страховим випадком:

3.10.1.1. смерть Застрахованої особи від захворювань, що не були наслідком нещасного випадку.

3.10.1.2. Загострення хронічної хвороби, раптове захворювання, інфекційні захворювання, харчова токсикоінфекція не є нещасним випадком (за винятком правцю, сказу, кліщового енцефаліту, та інших хвороб, що передаються через укуси тварин та комах);

3.10.1.3. події, що настали внаслідок нещасного випадку на виробництві під час виконання Застрахованою особою професійних обов'язків;

3.10.1.4. інші випадки, зазначені в розділі 4 Договору страхування.

3.11. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку згідно п. 3.4.2. Договору страхування, та розмір страхової виплати.

3.11.1. Для отримання страхової виплати Застрахована особа (або Вигодонабувач) повинна сповістити Страховика протягом **3 (трьох) робочих днів** з дня її повернення із подорожі / поїздки в країну постійного місця проживання про настання страхового випадку та надати документи, що підтверджують факт його настання та розмір страхової виплати.

3.11.2. Документами, що підтверджують настання страхового випадку та розмір страхової виплати є:

- Заява про страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;
- копія вітчизняного паспорту (свідоцтва про народження) Застрахованої особи (спадкоємця Застрахованої особи);
- копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру отримувача страхової виплати Застрахованої особи (Вигодонабувача);
- копія закордонного паспорту (або дитячого проїзного документа) Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю;
- Сертифікат Застрахованої особи;
- нотаріально завірена копія свідоцтва про її смерть, а також свідоцтво спадкоємця про право на спадщину - у разі настання смерті Застрахованої особи;
- довідку лікувального закладу про причину смерті (у разі настання смерті Застрахованої особи);
- оригінал (нотаріально завірена копія) довідки МСЕК про встановлення групи первинної інвалідності внаслідок нещасного випадку;
- офіційний протокол або довідку про настання нещасного випадку (на вимогу Страховика);
- довідку про рівень алкоголю в крові (на вимогу Страховика);
- завірені належним чином матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті (на вимогу Страховика);
- довідку з медичної установи із зазначенням прізвища Застрахованої особи, діагнозу, дати звернення та тривалості лікування, засвідчено підписом, печаткою відповідальної особи (лікуючого лікаря) та штампом медичного закладу.

3.12. Розмір страхового відшкодування за страховим випадком згідно п. 3.4.3. Договору страхування.

3.12.1. Страховик здійснює страхове відшкодування в межах страхової суми з вирахуванням франшизи.

3.12.2. У випадку пошкодження багажу виплата страхового відшкодування здійснюється в розмірі відновлювальної вартості пошкодженого вантажу з вирахуванням франшизи. Відновна вартість визначається як сума, необхідна для відновлення пошкодженого в результаті настання страхового випадку багажу до первісного стану, з урахуванням зносу. Відновна вартість може визначатись на підставі незалежної експертної оцінки або шляхом застосування норми експлуатаційного зносу до ринкової початкової вартості пошкодженого майна. Норма експлуатаційного зносу становить: для першого року експлуатації **30%**, для другого та всіх наступних років експлуатації **10%**, але не більше **70%**.

3.12.3. У випадку втрати або знищення частини багажу виплата страхового відшкодування здійснюється в розмірі дійсної вартості таких предметів багажу (що підтверджується відповідними документами) на дату настання страхового випадку з урахуванням зносу. Норма експлуатаційного зносу становить: для першого року експлуатації **30%**, для другого та всіх наступних років експлуатації **10%**, але не більше **70%**.

3.12.4. У випадку втрати або знищення всього багажу виплата страхового відшкодування здійснюється в розмірі суми, еквівалентної **20 (двадцяти) долларам США** за офіційним обмінним курсом Національного банку України на дату настання страхового випадку, за кожен кілограм ваги втраченого або знищеного багажу, але не більше за 20 кілограм на одну особу (Туриста).

3.13. Збитки, що не підлягають відшкодуванню Страховиком за страховим випадком відповідно до п. 3.4.3. Договору страхування.

3.13.1. Не підлягають відшкодуванню та дія Договору страхування не розповсюджується на збитки, що виникли під час:

3.13.1.1. Конфіскації, реквізиції, арешту, націоналізації, знищення або пошкодження вантажу за розпорядженням військової або державної влади.

3.13.1.2. Дій внутрішніх властивостей багажу, зумовлених впливом звичайних коливань температури чи вологості, випадіння конденсату, особливих властивостей чи природніх якостей багажу, в тому числі, корозії, гниття, бродіння, придбання запахів; подряпин, рубцювання, відколювання фарби, лакового покриття, емалі тощо.

3.13.1.3. Пошкодження вантажу тваринами (гризунами, комахами тощо).

3.13.1.4. Неприйняття Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем своєчасних заходів до рятування багажу.

3.13.1.5. Пошкодження багажу, що направлений окремо від Вигодонабувача, в тому числі поштовим відправленням.

3.13.1.6. Інші збитки відповідно до розділі 4 Договору страхування.

3.14. Страховик не здійснює виплату страхового відшкодування за пошкодження, знищення або втрату щодо нижчезазначених наступних предметів багажу:

3.14.1.1. Готівкові кошти, цінні папери, банківські, клубні або дисконтні картки.

3.14.1.2. Дорогоцінні метали, дорогоцінні та напівдорогоцінні камені, а також вироби з них.

3.14.1.3. Хутрові вироби.

3.14.1.4. Антикварні та унікальні вироби, вироби мистецтва та колекційні предмети.

3.14.1.5. Проїзні та особисті документи.

3.14.1.6. Паперові документи, слайди, фотознімки, фільмокопії.

3.14.1.7. Рукописи, плани, схеми, креслення, моделі, бухгалтерські та ділові папери.

3.14.1.8. Протези.

3.14.1.9. Контактні лінзи.

3.14.1.10. Тварини, рослини (в тому числі насіннєвий матеріал).

3.14.1.11. Засоби авто-, мото-, велотранспорту, повітряного транспорту, водного транспорту, а також запасні частини до них.

3.14.1.12. Предмети релігійного культу.

3.14.1.13. Спортивний інвентар, повна загибель або пошкодження якого сталось під час занять спортом.

3.14.1.14. Аудіо-, фото-, кіно-, відеоапаратура, обчислювальні та програмні системи, комп'ютерна техніка, засоби мобільного зв'язку та ін., а також комплектуючі до них, будь-які носії інформації.

3.14.1.15. Нижня білизна.

3.14.1.16. Косметичні засоби та засоби особистої гігієни.

3.14.1.17. Фармакологічні засоби.

3.15. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку за страховим випадком відповідно до п. 3.4.3. Договору страхування.

3.15.1. Для отримання страхового відшкодування Вигодонабувач повинен сповістити Страховика протягом **10 (десяти) календарних днів** з дня його повернення із закордонної подорожі в країну постійного місця проживання про настання страхового випадку та надати документи, що підтверджують факт його настання та розмір завданих збитків.

3.15.2. Документами, що підтверджують настання страхового випадку та розмір виплати страхового відшкодування є:

3.15.2.1. Заява про виплату страхового відшкодування за формою, встановленою Страховиком.

3.15.2.2. Сертифікат Застрахованої особи.

3.15.2.3. Копія вітчизняного паспорту Вигодонабувача.

3.15.2.4. Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Вигодонабувача.

3.15.2.5. Копія закордонного паспорту Вигодонабувача з відмітками прикордонного контролю або інші документи, що підтверджують факт перетину кордон у під час подорожі / поїздки за межами країни постійного місця проживання, на час якої був застрахований багаж.

3.15.2.6. Документ від компетентного органу країни перебування, який підтверджує факт настання події, внаслідок якої відбулось пошкодження або втрата багажу (протокол (акт) про виникнення пожежі; протокол про крадіжку, грабїж, розбій, навмисне пошкодження багажу або про порушення кримінальної справи; протокол про катастрофу або аварію транспортного засобу тощо).

3.15.2.7. Документи, які підтверджують вартість предметів багажу (чеки, квитанції, ярлики тощо).

3.15.2.8. Документи, які підтверджують розмір збитків (висновки експертів, рішення судових органів, якщо страховий випадок був винесений на їх розгляд).

3.15.2.9. Документ, що підтверджує право власності на застрахований багаж, а саме корінці багажних квитанцій авіакомпанії та посадкового талону.

3.15.2.10. Акт про пошкодження/втрату багажу, складений за участі представника Страхувальника в країні перебування.

4. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

4.1. Не підлягають відшкодування будь-які витрати, які понесені поза територією страхування (територією дії Договору страхування) щодо конкретної Застрахованої особи та в результаті страхових випадків, що не підпадають під дію Договору страхування.

Страховий захист не діє, понесені Застрахованою особою (Вигодонабувачем) збитки (витрати) не підлягають відшкодування Страховиком та Страховик не здійснює страхових виплат, якщо збитки чи розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи настали внаслідок або в результаті, або під час:

4.1.1. Впливу ядерної енергії в будь-якій формі, ядерного інциденту, іонізуючого випромінювання.

4.1.2. Вчинення Застрахованою особою дій, в яких компетентними (правоохоронними, слідчими та ін.) органами або судом встановлені ознаки умисного злочину та/або які направлені на настання страхового випадку.

4.1.3. Вчинення Страховальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) протиправних дій, що знаходяться в прямому причинно-наслідковому зв'язку з настанням страхового випадку.

4.1.4. Учасності Застрахованої особи у правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту), страйках, заколотах, диверсіях, актах тероризму, внутрішніх народних заворушеннях, повстаннях, бунтах, бойових діях, за виключенням випадків примусової або випадкової участі, а також служби Застрахованої особи в військових структурах та формуваннях.

4.1.5. Дії мін, бомб та інших знарядь війни; піратства.

4.1.6. Учасності Застрахованої особи у війні.

4.1.7. Конфіскації, реквізиції, арешту, націоналізації, знищення або пошкодження вантажу за розпорядженням військової або державної влади.

4.1.8. Заняття Застрахованою особою в країні перебування професійним спортом, а також небезпечними активними видами аматорського спорту (альпінізм, підводне плавання, спелеологія, стрибки в воду, зимові види спорту, будь-які повітряні види спорту, види спорту з використанням наземних транспортних засобів, бойові види спорту, банджі-джампінг, рафтинг, парусні регати та перегони на моторних водних транспортних засобах тощо), крім випадків, коли це передбачено умовами Договору страхування, за наявності спеціальної відмітки в Сертифікаті Застрахованої особи і сплати (на вимогу Страховика) додаткового страхового платежу.

4.1.9. Виконання Застрахованою особою робіт за наймом, за винятком, коли це передбачено умовами Договору страхування (останній має відповідну відмітку в Сертифікаті Застрахованої особи) і, на вимогу Страховика, сплачено додатковий платіж.

4.1.10. Керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом:

- без посвідчення, яке визнається у країні перебування;
- у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також у зв'язку з передачею нею керування іншій особі, яка перебувала у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або особі, яка не мала прав водія певної категорії.

4.1.11. Раптового захворювання Застрахованої особи або нещасного випадку, які сталися із цією особою при вживанні нею алкоголю, наркотиків або токсичних речовин (вміст алкоголю в крові більше 0,5 % проміле).

4.1.12. Будь-яких дій Застрахованої особи, здійснених нею у стані алкогольного сп'яніння (в т. ч. за умови вживання будь-яких речовин з метою сп'яніння) або під впливом наркотичних чи токсичних речовин.

4.1.13. Отруєння Застрахованої особи алкоголем або іншими речовинами, використаними з метою або в стані сп'яніння.

4.1.14. Самогубства Застрахованої особи, спроби самогубства або навмисного травмування 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.

4.1.15. Самолікування або лікування особою, яка не має медичної освіти або ліцензії на здійснення лікувальної діяльності, вживання ліків без призначення лікарем.

4.1.16. Подій, що сталися під час ув'язнення.

4.1.17. Свідомого знаходження в місцях, задалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя (місця проведення вибухових робіт, військові полігони, стрільбища і т. ін.), якщо це не пов'язане з виробничою необхідністю або спробою врятування людського життя.

4.1.18. Забруднення навколишнього середовища (екологічна шкода).

4.2. Страхових мас право відмовити у відшкодуванні збитків та вартості послуг, зазначених в розділі 3 Договору страхування, у випадках, коли:

4.2.1. При оформленні Договору страхування Страховальник не надав Страховику необхідної інформації, яка була суттєвою для визначення ступеню ризику, зокрема, відносно роду занять при здійсненні поїздки в країну перебування, стану здоров'я Застрахованої особи тощо.

4.2.2. Застрахована особа або третя особа, що представляє її інтереси, не сповістила Асистанс про необхідність отримання медичної допомоги (або отриману медичну допомогу) внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання та про витрати, які були зроблені для надання Застрахованій особі медичної допомоги і перевищують **100 (сто) євро**, або навмисно створила перешкоди Страховику (Асистансу) у визначенні обставин події, її характеру та розміру витрат при настанні страхового випадку.

4.2.3. Евакуацію (транспортування) Застрахованої особи з одного лікувального закладу в інший було проведено без попередньої згоди Асистансу без поважних на те причин.

4.2.4. Застрахована особа порушила медичні вказівки при наданні їй будь-яких видів невідкладної допомоги, а також, якщо вона здійснила навмисні дії, що призвели до збільшення витрат Асистансу.

4.2.5. Застрахована особа отримала відшкодування витрат за надані їй послуги від особи, винної у заподіянні шкоди Застрахованій особі, або іншої третьої особи. Якщо збиток (шкоду) відшкодовано частково, то страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої як компенсація за заподіяний збиток (шкоду).

4.2.6. Репатріацію Застрахованої особи було проведено без участі Асистансу.

4.2.7. У разі самостійної оплати медичних послуг без погодження із Асистансом, а також у разі якщо Застрахована особа (або третя особа) не звернулася до Страховика із письмовим повідомленням про подію, що може бути визнана страховим випадком, протягом **15 (п'ятнадцяти) календарних днів** з дати повернення із-за кордону, за винятком випадків, коли Застрахована особа (або третя особа) не мала фізичної можливості для своєчасного звернення, зокрема, внаслідок ушкодження здоров'я.

4.2.8. Госпіталізацію Застрахованої особи у медичний заклад було проведено без участі Асистансу. Винятком є випадки, якщо мала місце безпосередня загроза життю Застрахованої особи і узгодження щодо госпіталізації здійснено із Асистансом або Страховиком у максимально короткий строк після виведення Застрахованої особи з критичного для її здоров'я стану.

4.3. Вартість надання послуг, яку згідно з Договором страхування відшкодовує Страховик, не може перевищити страхову суму з урахуванням встановлених лімітів відповідальності щодо відшкодування таких витрат (ліміти витрат), передбачену Договором страхування щодо конкретної Застрахованої особи та зазначену в Сертифікаті Застрахованої особи.

4.4. Страховик не відшкодовує збитки (витрати), пов'язані з самогубством Застрахованої особи.

4.5. Дія Договору страхування не поширюється на країну постійного місця проживання Застрахованої особи.

4.5.1. Не відшкодовуються також:

4.5.2. Моральна шкода.

4.5.3. Упущена вигода.

4.5.4. Штрафи, пеня та інші фінансові санкції, пред'явлені Страховальнику (Застрахованій особі).

4.5.5. Збитки, що відбулися до початку дії Договору страхування, але були виявлені після початку його дії.

4.6. Дія Договору не поширюється на територію країн, що знаходяться під санкціями ООН (Афганістан, ДР Конго, Ірак, Іран, Корейська Народно-Демократична Республіка, Ліберія, Ліван, Сомалі, Судан, Сьєрра-Леоне, Котд'Івуар, Російська Федерація, Республіка Білорусь), а також на території зон будь-яких бойових дій або збройних конфліктів, стихійного лиха (явища).

4.6.1. За Договором не можуть бути Страховальниками/Застрахованими особами особи, які:

4.6.1.1. є громадянами Російської Федерації або Республіки Білорусь, окрім громадян Російської федерації/Республіки Білорусь, які мають чинну посвідку на постійне чи тимчасове проживання в Україні, або яким у відповідності із законодавством України надано статус учасника бойових дій після 14 квітня 2014 року;

4.6.1.2. є громадянами, а також особами місцем проживання (перебування, реєстрації) яких є Ісламська Республіка Іран, КНДР, Республіка Союзу М'янма;

4.6.1.3. внесені до Переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції;

4.6.1.4. включені до санкційних списків Ради національної безпеки та оборони України;

Якщо після укладення Договору буде встановлено наявність однієї або кількох обставин, визначених цим пунктом, Сторони вважають, що Страхувальник порушив свій обов'язок щодо повідомлення Страховика про істотні обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, внаслідок того Страховик має право відмовити у страховій виплаті. В такому випадку за письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає сплачені страхові платежі.

4.7. Для іноземних громадян Договір не діє в країні його постійного місця проживання.

5. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

5.1. При настанні події з ознаками страхового випадку Застрахована особа або її представник **не пізніше, ніж протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин**, повинен:

5.1.1. Звернутися до Асистансу за телефоном, зазначеним в Сертифікатах Застрахованих осіб та отримати інформацію щодо подальших дій.

5.1.2. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо з об'єктивних причин до початку її отримання, то Застрахована особа може самостійно звернутися до медичного закладу, що має відповідний дозвіл на здійснення медичної діяльності у країні перебування або відповідний договір з Асистансом. У цьому разі повідомлення передається Асистансу або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але **не пізніше, ніж протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин** з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

5.1.3. Повідомити Асистансу:

- точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний номер телефону;
- назву Страхової компанії, номер Сертифікату Застрахованої особи та термін його дії;
- прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- територію страхування (територію дії Договору страхування);
- розмір страхової суми;
- опис того, що трапилось.

5.1.4. Після звернення до Асистансу виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій. За вимогою представника Асистансу Застрахована особа повинна надати документи, що підтверджують її особу: закордонний паспорт та Сертифікат Застрахованої особи.

5.1.5. Про настання розладу здоров'я в результаті нещасного випадку Застрахована особа має сповістити Страховика протягом **3 (трьох) робочих днів** з дня її повернення із закордонної подорожі в країну постійного місця проживання Застрахованої особи, за винятком випадків, коли:

5.1.5.1. внаслідок настання цієї події Застрахована особа (її представник) зверталась до Асистанської компанії за наданням медичної допомоги;

5.1.5.2. внаслідок нещасного випадку настала смерть Застрахованої особи.

5.1.6. У разі пошкодження (знищення, втрати) багажу під час подорожі Вигодонабувач повинен сповістити Страховика про настання страхового випадку протягом **10 (десяти) календарних днів** з дня його повернення із закордонної подорожі в країну постійного місця проживання Застрахованої особи.

5.1.7. Документально підтвердити термін свого знаходження в країні перебування.

5.1.8. Сприяти вживанню Страховиком або Асистансом необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат та наслідків страхового випадку,

5.1.9. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення наслідків та збитків, завданих настанням страхового випадку.

5.1.10. Передати представнику Асистансу або Страховику невикористані авіа- або залізничні квитки в період їх чинності, а у разі неможливості це зробити за станом здоров'я - при першій нагоді.

5.1.11. У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин не зв'язалась із Асистансом для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна самостійно оплатити вартість наданої їй медичної та медико-транспортної допомоги та послуг, вона зобов'язана узгодити із Асистансом чи Страховиком виставлений медичним закладом рахунок (обґрунтованість суми

витрат за надані послуги) до його оплати.

У будь-якому іншому випадку вступають в дію умови п.6.3.2. Договору страхування.

До об'єктивних причин в цьому випадку відносяться:

- відсутність діючих засобів зв'язку в країні / місці перебування Застрахованої особи;
- непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси).

5.1.12. Якщо Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість наданих медичних та інших послуг чи придбала медикаменти за виписаними довіреним лікарем Страхових а або Асистансу рецептами, їй повертається витрачена сума на підставі наданих документів.

6. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ (ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ). УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

6.1. Рішення про здійснення страхової виплати або відмову у страховій виплаті безпосередньо Вигодонабувачу/Застрахованій особі приймається Страховиком впродовж **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини настання страхового випадку від Застрахованої особи.

6.2. Страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (Вигодонабувачу) впродовж **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з дня прийняття рішення (складання страхового акту) про виплату страхового відшкодування (страхову виплату).

6.3. Страхові виплати (виплати страхового відшкодування) здійснюються Страховиком шляхом:

6.3.1. Перерахування коштів за надані послуги медичного або іншого закладу, що надав такі послуги, на рахунок Асистансу на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої необхідної медичної або іншої допомоги. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком, Асистансом або іншим закладом, що надав послуги.

6.3.2. Відшкодування Застрахованій особі вартості витрат щодо отриманих нею медичних та інших послуг у разі самостійної їх оплати за умови попереднього узгодження (послуг та суми витрат) з Асистансом або Страховиком такої оплати, а також за умови надання всіх документів, що перераховані у відповідних пунктах розділу 3 Договору страхування та підтверджують факт настання страхового випадку та наявність і розмір оплати за отриману допомогу та/чи послуги.

У випадку, якщо сума на оплату вартості медичних та інших послуг, передбачених Договором страхування, перевищує **100 (сто) євро** та була оплачена Застрахованою особою без попереднього узгодження із Асистансом, Страховик відшкодовує тільки витрати в сумі гривневого еквівалента **100 (ста) євро**.

6.3.3. Сплати Застрахованій особі (Вигодонабувачу) коштів щодо розладу здоров'я чи смерті в результаті нещасного випадку під час подорожі з урахуванням умов Договору страхування, у т. ч. викладених у розділі 3 Договору страхування, за умови надання всіх необхідних документів, якими підтверджуються факт настання страхового випадку та розмір страхової виплати.

6.3.4. Відшкодування Вигодонабувачу понесених збитків щодо пошкодження чи втрати багажу під час подорожі з урахуванням умов Договору страхування, у т. ч. викладених у розділі 3 Договору страхування, за умови надання всіх необхідних документів, якими підтверджуються факт настання страхового випадку та розмір фактично понесених збитків.

6.4. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Застраховану особу (Вигодонабувача) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

6.5. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) документів, термін прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідним підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей термін не може перевищувати **90 (дев'яносто) календарних днів**.

6.6. Страхова виплата на території України здійснюється у грошовій одиниці України за курсом НБУ на день настання страхового випадку з відрахуванням всіх податкових витрат згідно з чинним законодавством України. Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до чинного законодавства України.

- 6.7. Проведення страхової виплати проводиться Страховиком на умовах Договору страхування за реквізитами, зазначеними Застрахованою особою (Вигодонабувачем) у Заяві на страхову виплату.
- 6.8. Загальна сума страхових виплат не може перевищувати відповідних лімітів відповідальності, страхових сум, встановлених на кожну Застраховану особу, та загальної страхової суми.
- 6.9. Страховик не відшкодовує ту частині збитків, що перевищує страхову суму (відповідний ліміт відповідальності) за Договором страхування.
- 6.10. Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медичної та іншої допомоги та послуг, що вказані у п. 3.4.1. та п. 3.4.3. Договору страхування, застраховані у кількох страховиків, то у разі настання страхового випадку страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати дійсних витрат (збитків). При цьому кожний страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування.
- 6.11. У разі виплати страхового відшкодування щодо пошкодженого чи втраченого багажу у розмірі страхової суми Страховик набуває право власності на застрахований багаж або його частину, що залишилася після страхового випадку.
- 6.12. У випадку отримання Застрахованою особою (Вигодонабувачем) відшкодування збитку від особи, відповідальної за заподіяний биток, після виплати Страховиком страхового відшкодування, Застрахована особа (Вигодонабувач) зобов'язана протягом **10 (десяти) робочих днів** повернути Страховику отримане страхове відшкодування. Якщо збиток відшкодовано частково і відшкодована сума менша від належного страхового відшкодування, то страхове відшкодування виплачується Страховиком, враховуючи суму, отриману Вигодонабувачем від особи, відповідальної за заподіяний збиток, у розмірі різниці.
- 6.13. Після виплати Страховиком страхового відшкодування Вигодонабувач зобов'язаний протягом **10 (десяти) робочих днів** повернути Страховику одержане страхове відшкодування, якщо крадений (втрачений) багаж було знайдено, з дати, коли застрахований багаж було знайдено.
- 6.14. Якщо збиток, який підлягає виплаті за Договором страхування щодо пошкодженого чи втраченого багажу, може бути відшкодовано також за іншим договором (договорами) страхування, Страховик несе відповідальність тільки пропорційно своїй частині від сукупного розміру страхових сум за усіма чинними договорами страхування.
- 6.15. Якщо після виплати страхового відшкодування виявляться такі обставини, що повністю або частково позбавляють Застраховану особу (Вигодонабувача) права на його отримання, Застрахована особа (Вигодонабувач) зобов'язана повернути Страховикові виплачене страхове відшкодування (або відповідну його частину) протягом **10 (десяти) робочих днів** з дня виявлення таких обставин.

7. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ (ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)

- 7.1. Підставою для відмови у виплаті страхового відшкодування (страховій виплаті) є:
- 7.1.1. Дії Страхувальника/Вигодонабувача/Застрахованої особи, його уповноважених представників, або, спрямовані на настання страхового випадку та/або на збільшення збитку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями.
- 7.1.2. Вчинення Вигодонабувачем/Застрахованою особою умисного кримінального правопорушення, що призвело до страхового випадку.
- 7.1.3. Травма, стан або захворювання, що сталося під час вживання алкоголю (в т. ч. з метою сп'яніння), наркотичних чи токсичних речовин.
- 7.1.4. Здійснення будь-яких дій у стані алкогольного сп'яніння (в т. ч. за умови вживання будь-яких речовин з метою сп'яніння) або під впливом наркотичних чи токсичних речовин, в т. ч. управління транспортним засобом, а також під час передачі управління транспортним засобом особі, яка перебуває у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.
- 7.1.5. Подання Страхувальником (Вигодонабувачем, Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет/об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку.
- 7.1.6. Одержання Застрахованою особою повного відшкодування витрат (збитків) від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків.
- 7.1.7. Несвоєчасне повідомлення Вигодонабувачем/Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні його обставин, характеру або наслідків та розмірі збитків, або невиконання інших обов'язків, визначених Договором

або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків).

7.1.8. Ненадання Вигодонабувачем/Застрахованою особою документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат (збитків) або його наслідки.

7.1.9. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я.

7.1.10. Отримання Застрахованою особою послуг, що належать до обмежень страхування та виключень із страхових випадків, зазначених у розділах 3 та 4 Договору страхування.

7.1.11. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

8. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. ФРАНШИЗА

8.1. **Розмір страхової суми** визначається за взаємною згодою між Страховиком та Страхувальником при укладанні Договору страхування на кожну Застраховану особу з урахуванням лімітів відповідальності, встановлених Договором страхування.

8.2. З метою розрахунку базових страхових платежів Страховик використовує розроблені ним страхові тарифи в залежності від ступеня страхового ризику із застосуванням підвищуючих та понижуючих коефіцієнтів.

8.3. **Страховий платіж** визначається для кожної Застрахованої особи окремо, відповідно до базових страхових платежів (**Додаток 1** до Договору страхування), що розраховані на підставі базових страхових тарифів з урахуванням коефіцієнтів до них, та зазначається в **Бордеро Застрахованих осіб**.

8.4. Загальна кількість Застрахованих осіб за Договором страхування визначається згідно з **Бордеро Застрахованих осіб**, що оформлюються відповідно до умов, зазначених в розділі 11 Договору страхування.

8.5. **Загальний страховий платіж** за Договором страхування обчислюється як сума страхових платежів, що зазначені у відповідних **Бордеро Застрахованих осіб** та сплачуються Страхувальником.

8.6. Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику страхові платежі за відповідними **Бордеро Застрахованих осіб** в строки та в порядку, що передбачені в розділі 11 Договору страхування.

8.7. Договором страхування в залежності від ризиків, що приймаються на страхування, може бути передбачена **безумовна франшиза** (у абсолютному розмірі або у відсотках від страхової суми), вид і розмір якої визначається за згодою Сторін та зазначається в **Сертифікаті Застрахованої особи** (**Додаток 3** до Договору страхування).

9. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ЗМІНИ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

Договір страхування набуває чинності з **00 годин 00 хвилин 03 вересня 2024 року** та діє до **24 години 00 хвилин 31 грудня 2025 року**. Дія Договору страхування щодо окремої Застрахованої особи визначається в **Сертифікаті Застрахованої особи** та **Бордеро Застрахованих осіб**. Строк дії Договору страхування може бути продовжено за згодою Сторін шляхом укладення нового договору страхування.

9.1. Страховий захист по відношенню до конкретної Застрахованої особи набирає чинності з дати, зазначеної в **Сертифікаті Застрахованої особи** та **Бордеро Застрахованих осіб**. Страховий захист по відношенню до конкретної Застрахованої особи припиняється з дня наступного за датою закінчення строку дії, визначеного в Сертифікаті конкретної Застрахованої особи або закінчення подорожі Застрахованої особи, або виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою у повному обсязі. Якщо загальна сума виплат за страховими випадками щодо окремої Застрахованої особи досягла страхової суми, то дія Договору страхування по відношенню до такої застрахованої особи припиняється (залежно від того, яка подія сталася раніше).

9.2. Страховий захист *в частині страхування медичних витрат* та *в частині страхування від нещасних випадків* по відношенню до конкретної Застрахованої особи розповсюджується на території країни подорожі (місце дії Договору страхування), що зазначено в **Сертифікаті Застрахованої особи** та в **Бордеро Застрахованих осіб**, за виключенням країни постійного місця проживання. Страховий захист починається з моменту перетину Застрахованою особою прикордонного контролю при в'їзді з країни постійного місця проживання за кордон.

9.3. Страховий захист *в частині страхування медичних витрат* та *в частині страхування від нещасних випадків* по відношенню до конкретної Застрахованої особи припиняється в момент проходження Застрахованою особою

прикордонного контролю при поверненні з-за кордону в країну постійного місця проживання, але в будь-якому разі не пізніше дати, зазначеної в **Сертифікаті Застрахованої особи** та в **Бордеро Застрахованих осіб**, як дата закінчення Договору страхування.

9.4. Страхувий захист *в частині страхування багажу* розповсюджується на території та в період здійснення Застрахованою особою туристичної поїздки, організованою Страхувальником, та обмежується наступним чином:

- з моменту виходу з території аеропорту в день прибуття в країну подорожі і до моменту повернення до аеропорту в день відбуття з країни подорожі при здійсненні подорожі авіаційним транспортом;
- на період знаходження за межами митної території країни постійного місця проживання Застрахованої особи при здійсненні подорожі наземним або водним транспортом.

9.5. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі.

9.6.1. Закінчення строку дії Договору страхування.

9.6.2. Ліквідації Страхувальника за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

9.6.3. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України.

9.6.4. Визнання у судовому порядку Договору страхування недійсним.

9.6.5. Несплати страхових платежів у встановлених Договором страхування розмірах та строках. При цьому, Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом **2 (двох) робочих днів** з дня відправлення такої вимоги Страхувальнику.

9.6.6. Неподання підписаних Страхувальника **Бордеро Застрахованих осіб** у строки, встановлені Договором страхування. Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) **Бордеро Застрахованих осіб** не був підписаний Страхувальником за письмовою вимогою Страховика протягом **3 (трьох) робочих днів** з дня відправлення такої вимоги Страхувальнику.

9.6.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

9.7. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. При достроковому припиненні дії Договору страхування за ініціативою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування щодо осіб, зазначених у **Бордеро Застрахованих осіб** (строк дії Договору страхування по відношенню до яких не завершився), з урахуванням частки витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору страхування, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування щодо таких осіб. Якщо вимоги Страхувальника обумовлені порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику внесені ним страхові платежі щодо осіб, зазначених у **Бордеро Застрахованих осіб** (строк дії Договору страхування по відношенню до яких не закінчився) повністю.

9.8. При достроковому припиненні дії Договору страхування за ініціативою Страховика Страхувальнику повністю повертаються сплачені ним страхові платежі щодо осіб, зазначених у **Бордеро Застрахованих осіб** (строк дії Договору страхування по відношенню до яких не закінчився). Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за час дії Договору страхування щодо осіб, зазначених у **Бордеро Застрахованих осіб** (строк дії Договору страхування по відношенню до яких не закінчився) з урахуванням частки витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору страхування, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, які були здійснені за Договором страхування щодо таких осіб.

9.9. **Частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням цього Договору страхування становлять 40% (сорок відсотків).**

9.10. Про намір внести зміни або достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона повинна попередити іншу Сторону в письмовій формі не пізніше ніж за **30 (тридцять) днів** до дати внесення таких змін або припинення дії Договору страхування, якщо інше не буде узгоджено Сторонами.

9.11. Страхувальник має право протягом **30 (тридцяти) календарних днів** з дня укладення Договору відмовитися від нього без пояснення причин, крім випадків, якщо:

9.11.1. строк дії Договору становить менше 30 календарних днів;

9.11.2. Страхувальник повідомив Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором;

9.11.3 наявні випадки, визначені абзацом другим частини першої статті 97 закону України «Про страхування», у яких Страхувальник має право відмовитися від Договору протягом 45 (сорока п'яти) днів.

9.12. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій

(електронній) формі.

9.13. У разі відмови Страхувальника від Договору, Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю **протягом 10 (десяти) робочих днів** від дати дострокового припинення дії Договору, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. Повернення страхової премії здійснюється на банківські реквізити Страхувальника, вказані ним у письмовому повідомленні про відмову від Договору.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. Сторони зобов'язані дотримуватись умов Договору страхування та Загальних умов страхового продукту.

10.2. **Страховальник має право:**

10.2.1. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування та ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування на умовах, передбачених Договором страхування.

10.2.2. У випадку втрати Договору страхування у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката.

10.2.3. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або розмір страхової виплати.

10.2.4. Перевіряти виконання Страховиком умов Договору страхування та вимагати від Страховика оплати витрат, пов'язаних з наданням медичної та медико-транспортної допомоги та послуг, що передбачені умовами Договору страхування, а також здійснення інших страхових виплат за Договором страхування.

10.2.5. Отримати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов укладеного між ними Договору страхування.

10.2.6. Звертатися до Страховика при настанні події, що має ознаки страхового випадку за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги та/або подальших дій.

10.3. **Страховальник зобов'язаний:**

10.3.1. Повідомляти Страховику про всі інші діючі договори страхування, що укладені раніше або укладаються щодо Застрахованих осіб.

10.3.2. Сплатити страховий платіж у розмірі і в строк, що обумовлені Договором страхування.

10.3.3. Перед оформленням Договору страхування, відповісти на всі питання Страховика стосовно обставин, які зумовлюють міру ризику для Застрахованих осіб (наприклад, щодо наявності хвороб, в тому числі хронічних, виявлених та існуючих на момент оформлення Договору страхування) та надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

10.3.4. Дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам.

10.3.5. В межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої особи та забезпечувати усі можливі заходи, спрямовані на зменшення збитків та наслідків, завданих настанням страхового випадку.

10.3.6. Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору страхування, порядком дій у разі настання страхового випадку, умовами, визначеними Законом України «Про захист персональних даних», статтею 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» шляхом розміщення Загальних умов страхового продукту «TRAVEL INSURANCE» (код страхового продукту 732) на офіційному сайті Страховика www.oranta.ua.

10.3.7. Щодня передавати Страховику інформацію про Застрахованих осіб у спосіб, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт передачі й прийому повідомлення, до початку строку страхування, зазначеного у **Сертифікаті Застрахованої особи**, видаваному кожній Застрахованій особі.

10.3.8. При зміні даних у вже виданих **Сертифікатах Застрахованих осіб** або переданих **Бордеро Застрахованих осіб**, письмово повідомляти Страховика не пізніше строку початку дії страхового захисту по відношенню до зазначених Застрахованих осіб.

10.3.9. При невиконанні Страхувальником своїх зобов'язань за Договором страхування, що стосуються строків передачі **Бордеро Застрахованих осіб** щодо сплати страхових премій, Страховик, вважає себе вільним від зобов'язань перед Застрахованими особами й всі зобов'язання Страховика за Договором страхування переходять до Страхувальника.

10.3.10. Надавати на усний та/або письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання

Страховиком інших вимог законодавства, яке регулює відносини у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

10.3.11. Надавати під час укладання Договору / протягом дії Договору, у разі зміни інформації/ документів, а також за вимогою Страховика всі чинні документи, дані та інформацію, необхідні Страховику для виконання обов'язків суб'єкта первинного фінансового моніторингу відповідно до чинного законодавства України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення. Повідомляти Страховика про суттєві зміни в установчих документах, структурі власності, кінцевого бенефіціарного власника, країни реєстрації (для юридичних осіб), ідентифікаційних даних, громадянства (для фізичних осіб) тощо.

10.4. Застрахована особа має право:

10.4.1. У разі настання страхового випадку отримати страхову виплату та/або отримувати медичні та медико-транспортну допомогу та послуги належної якості в обсязі та в межах лімітів страхування, які передбачені Договором страхування.

10.4.2. Повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі.

10.5. Застрахована особа зобов'язана:

10.5.1. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

10.5.2. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, впродовж **24 (двадцяти чотирьох) годин**, звернутися до Асистансу та діяти відповідно до розділу 5 Договору страхування.

10.5.3. Проходити лікування, як призначено лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога.

10.5.4. Турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги.

10.5.5. У разі втрати страхових документів впродовж **24 (двадцяти чотирьох) годин** сповістити про це Страховика.

10.5.6. Достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я та існуючі ризики щодо його погіршення, а також інші випадки зміни ступеня ризику.

10.5.7. При наявності складного хронічного захворювання мати при собі та у разі необхідності пред'являти представнику Асистансу або Страховику медичний висновок лікаря про наявність такого захворювання та відсутність протипоказань для здійснення даної подорожі.

10.5.8. Повідомити Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та у строки, передбачені Договором страхування.

10.5.9. Суворо дотримуватись загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів, та т. ін.).

10.5.10. Надавати оригінали документів у разі запиту Страховика.

10.6. Страховик має право:

10.6.1. Вимагати від Страхувальника та Застрахованої особи виконання обов'язків за Договором страхування.

10.6.2. Перевіряти інформацію, надану Страхувальником та Застрахованою особою, а також виконання Страхувальником та Застрахованою особою вимог і умов Договору страхування.

10.6.3. Самостійно з'ясовувати причини та обставини настання страхового випадку.

10.6.4. Робити запити у компетентні органи для надання ними відповідних документів та інформацію, що підтверджують факт і причину настання страхового випадку. Укладання Договору страхування звільняє працівників медичних закладів від дотримання таємниці щодо хвороби та обставин її виникнення та лікування, якщо хвороба та обставини її виникнення має ознаки страхового випадку за Договором страхування.

10.6.5. Повністю або частково відмовити у страховій виплаті на умовах Договору страхування.

10.6.6. Пред'явити позов відповідно до чинного законодавства до особи, яка винна у настанні страхового випадку у разі, коли Страховик здійснив відшкодування збитків постраждалій Застрахованій особі.

10.6.7. Відстрочити страхову виплату на умовах, передбачених Договором страхування.

10.6.8. Ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування або ініціювати внесення змін в

порядку та на умовах, передбачених Договором страхування.

10.6.9. Відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції у випадках, передбачених законодавством України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення, зокрема у разі:

10.6.9.1. якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника (Застрахованих осіб), а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим, та / або Страхувальник не надав необхідні для здійснення належної перевірки документи чи відомості;

10.6.9.2. якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені або подання Страхувальником чи його представником недостовірної інформації / подання інформації з метою введення Страховика в оману;

10.6.9.3. встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;

10.6.9.4. якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.

10.6.9.5. Відмовитись від проведення підозрілої фінансової операції.

10.7. Страховик зобов'язаний:

10.7.1. Впродовж **2 (двох) робочих днів**, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідним документів для своєчасного здійснення страхової виплати Застрахованій особі.

10.7.2. За заявою Застрахованої особи та/або Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, внести відповідні зміни у Договір страхування.

10.7.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк. При несвоечасному здійсненні страхової виплати, сплатити Застрахованій особі пеню в розмірі 0,01% простроченої виплати за кожний день прострочення, але не більше 10% від розміру заборгованості.

10.7.4. Тримати в таємниці відомості про Застраховану особу, Страхувальника та їх майновий стан, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

10.7.5. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування.

10.7.6. У випадку відмови у страховій виплаті письмово сповістити отримувача страхової виплати про причини відмови у порядку та строки, що зазначені у Договорі страхування.

10.8. Відповідальність Сторін:

10.8.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України.

10.8.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоечасне здійснення страхової виплати **шляхом сплати пені у розмірі 0,01% від розмірі належної страхової виплати за кожен день прострочення, але не більше 10% від розміру заборгованості.**

10.8.3. Застрахована особа/Вигодонабувач/особа, що одержала страхове відшкодування, несе майнову відповідальність за порушення обов'язку щодо повернення страхового відшкодування, зокрема, у випадках визначених п. 6.12, п. 6.13., п. 6.15 Договору страхування, **шляхом сплати пені у розмірі 0,01% від розмірі належної страхової виплати за кожен день прострочення, але не більше 10% від розміру заборгованості.**

10.8.4. При порушенні Страхувальником своїх зобов'язань за Договором страхування, що стосуються оформлення, строків передачі та підписання **Бордеро Застрахованих осіб**, сплати страхової премії, Договір припиняється у порядку і строки, встановлені Договором. Після усунення Страхувальником порушень Страховик має право відновити строк дії Договору, повідомивши про це Страхувальника письмово.

10.8.5. Сторони узгодили, що застосування Страховиком будь-яких із вище вказаних заходів не припиняє зобов'язання Страхувальника погасити заборгованість по сплаті страхових платежів згідно **Бордеро Застрахованих осіб**, підписаних Сторонами, а у випадку не підписання Страхувальником **Бордеро Застрахованих осіб** - узгодити та підписати **Бордеро Застрахованих осіб** в порядку та на умовах, передбачених цим Договором страхування.

10.8.6. Сторони домовилися, що в разі виникнення за Договором судового спору щодо відмови у виплаті страхового відшкодування та/або визнання події страховим випадком, та/або щодо розміру страхового відшкодування, та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не

нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачені чинним законодавством України.

10.8.7. Сторони зобов'язані забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог закону України «Про страхування». За розголошення інформації, що становить таємницю страхування, сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

11. ДОКУМЕНТООБІГ. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКІВ

11.1. Цей Договір страхування укладено в **2 (двох) примірниках**, по одному для Страховика та Страхувальника. Обидва примірники мають однакову юридичну силу.

11.2. Укладення Договору страхування по відношенню до кожної Застрахованої особи підтверджується **Сертифікатом Застрахованої особи**. Дані Застрахованих осіб, вказаних в **Бордеро Застрахованих осіб та Сертифікаті Застрахованої особи**, повинні бути ідентичні, в іншому випадку Страховик не несе відповідальності щодо такої Застрахованої особи. Страхувальник/Туроператор/Турагент вносить інформацію про Застрахованих осіб в Сертифікати на підставі достовірних діючих документів.

11.3. Страховий платіж для кожної Застрахованої особи окремо та загальний страховий платіж за Договором страхування визначається відповідно до розділу 8 Договору страхування та зазначається в **Бордеро Застрахованих осіб**.

11.4. Страхувальник до початку строку страхування, зазначеного у Сертифікаті, що видається кожній Застрахованій особі, але не пізніше дня виїзду Застрахованих осіб за межі країни постійного місця проживання надає Страховику інформацію про Застрахованих осіб у спосіб, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт передачі й прийому повідомлення.

11.5. Страхувальник та Страховик на підставі наданої Страхувальником інформації (пункт 11.4. Договору страхування), виданих Турагентом/Туроператором Сертифікатах Застрахованих осіб зобов'язані узгодити **Бордеро Застрахованих осіб** у письмовій формі оформлене у відповідності до **Додатку 2** Договору у наступні строки:

- за період з 1-го по 15-те число поточного місяця - **не пізніше 20-го числа поточного місяця**;
- за період з 16-го по 30-те (31-ше) число поточного місяця - **до 5-го числа місяця, наступного за звітним**.

11.6. Страховик не пізніше **5 (п'яти) календарних днів** з дня закінчення відповідної декади перевіряє надану інформацію та у разі погодження **Бордеро Застрахованих осіб** скріплюються підписом та печаткою Страховика та повертає один екземпляр Страхувальнику. Підписаний Сторонами **Бордеро Застрахованих осіб** є підставою для сплати страхового платежу.

У разі, якщо у вказані в Договорі строки, Страхувальником не подане на узгодження Страховику **Бордеро Застрахованих осіб**, Страховик формує його самостійно на підставі наявної у нього інформації (в тому числі, визначеної п. 11.4., п. 11.5. Договору страхування) та направляє для узгодження та підписання Страхувальником. У разі відсутності впродовж **5 (п'яти) календарних днів** з моменту відправлення Страховиком обґрунтованих та документально підтверджених зауважень до **Бордеро Застрахованих осіб**, останнє вважається узгодженим та підписаним Страхувальником і є підставою для сплати страхового платежу.

11.7. Страхувальник не пізніше **2 (двох) робочих днів** з моменту підписання Сторонами **Бордеро Застрахованих осіб** оплачує страховий платіж, визначений за таким Бордеро Застрахованих осіб. Страхові платежі сплачуються шляхом безготівкового розрахунку в національній валюті України - гривні.

12.

КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

12.1. Конфіденційною інформацією в рамках Договору страхування є вся інформація, яку одна Сторона отримує від іншої Сторони, яка стала відома Сторонами, або отримана Сторонами від інших сторін будь-яким чином, у зв'язку з укладанням та виконанням Договору страхування. Така конфіденційна інформація включає, без обмеження, всю ділову (у тому числі стратегічну, маркетингову, технічну, комерційну, фінансову, та матеріали будь-якого характеру, незалежно від того, чи були такі дані та інформація надані усно, письмово та/або на електронному носії, незалежно від характеру носія або засобу передачі даних та інформації).

12.2. Конфіденційна інформація не підлягає розголошенню третім особам, крім випадків, передбачених Договором страхування та діючим законодавством України.

12.3. Кожна Сторона зобов'язується дотримуватись вимог щодо зберігання, захисту та порядку

розголошення конфіденційної інформації; отриманої від іншої Сторони, відповідно до умов, визначених у Договорі страхування.

12.4. Сторони зобов'язані використовувати отриману від іншої Сторони конфіденційну інформацію лише з тією метою, з якою вона була передана.

12.5. Кожна зі Сторін має право розкрити конфіденційну інформацію за Договором страхування третім особам у нижченаведених випадках:

- аудиторам, суб'єктам оціночної діяльності, рейтинговим агентствам, незалежним юридичним радникам, інвестиційним, фінансовим та іншим консультантам під їх зустрічне зобов'язання щодо не розкриття відповідної інформації. Сторони несуть відповідальність зв дії таких третіх осіб щодо порушення порядку використання та розголошення конфіденційної інформації, як за свої власні дії;
- на вимогу державних органів, які мають право вимагати розкриття конфіденційної інформації відповідно до чинного законодавства України.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

13.1. У разі невиконання або неналежного виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно із законодавством України.

13.2. Усі спори і розбіжності, що можуть виникнути між Сторонами у ході реалізації Договору, вирішуються шляхом переговорів. Якщо спір неможливо вирішити шляхом переговорів, він вирішується в судовому порядку за встановленою підвідомчістю та підсудністю такого спору у порядку, визначеному чинним законодавством України.

13.3. У випадку виникнення обставин непереборної сили (форс-мажорні обставини), якщо будь-яка із таких обставин безпосередньо вплинула на належне виконання Стороною обов'язків в строки, встановлені в Договорі, Сторона для якої настали ці обставини, не буде нести відповідальність за повне або часткове невиконання такого зобов'язання. При цьому строк виконання таких зобов'язань відкладається на час дії таких обставин.

13.4. Сторона, для якої настала неможливість виконання зобов'язань, повинна відразу, але не пізніше **7 (семи) днів** з моменту настання, в письмовій формі повідомити іншу Сторону про обставини, можливого строку дії і закінчення вищевказаних обставин. Обставини непереборної сили (форс-мажорні обставини) повинні бути підтверджені сертифікатом Торгово-промислової палати України

14.

ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

14.1. У всьому, що не врегульовано Договором, Сторони керуватимуться положеннями чинного законодавства України, а також зазначених Загальних умов страхового продукту. У випадку розбіжностей між Загальними умовами страхового продукту та Договору страхування – перевагу мають положення Договору страхування.

14.2. Укладенням цього Договору Страхувальник (представник Страхувальника)/Застрахована особа підтверджує, що відповідно до Закону України «Про захист персональних даних»:

14.2.1. надає Страховику та асистуючій компанії згоду на здійснення обробки своїх персональних даних з метою реалізації цивільно-правових та адміністративно-правових відносин у обсязі та на строк, що необхідні для реалізації мети, а також на передачу своїх персональних даних третім особам та/або розпорядникам, які залучаються Страховиком;

14.2.2. засвідчує, що ознайомлений зі ст. 8 вказаного закону щодо своїх прав як суб'єкта персональних даних та підтверджує, що повідомлений про включення інформації про нього до бази персональних даних Страховика, а також про склад та зміст зібраних персональних даних, мету збору персональних даних та осіб, яким передаються його персональні дані.

14.3. Страхувальник (представник Страхувальника) повідомлений про покладені на Страховика обов'язки щодо обробки персональних даних Страхувальника з метою запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження тероризму. Страхувальник (представник Страхувальника) не заперечує, що отримання персональних даних може здійснюватися у тому числі за допомогою сервісу «ДІЯ», BankID, з Бюро кредитних історій, з використанням інструменту покладання та/або доручення, шляхом обміну документами, підписаними кваліфікованим цифровим підписом (електронно-цифровим підписом).

14.4. При укладанні Договору Страховик проводить заходи з ідентифікації особи Страхувальника (представника Страхувальника), та Вигодонабувача в порядку, передбаченому законодавством України та внутрішніми документами Страховика, на підставі наданих особою оригіналів документів, копій документів,

посвідчених нотаріально, або копій документів, що засвідчені підприємством (установою, організацією), яке їх видало. При наданні фінансових послуг Страховик має право витребувати, а Страхувальник зобов'язаний надати документи та передбачені законодавством відомості, необхідні для з'ясування його особи, особи його представника та Вигодонабувача.

14.5. Всі повідомлення, заяви, листи та інші документи, які подаються для виконання Договору (в тому числі документи, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяної шкоди (збитку), повідомлення про дострокове припинення дії Договору, повідомлення про відмову від Договору тощо) мають юридичну силу, якщо вони надані письмово (в паперовій або в електронній формі) і доведені до відома іншої Сторони нарочним (кур'єром) під розписку, рекомендованим листом або через електронну пошту (при цьому, електронна пошта Страховика - oranta@oranta.ua, електронна пошта Страхувальника використовується, якщо інформація про неї надана Страхувальником у Договорі) за умови підписання документу власноручним підписом або кваліфікованим електронним підписом Сторони (уповноваженого представника) (крім повідомлень, для яких прямо передбачено за цим Договором окремий порядок їх надання).

14.6. Якщо будь-яке положення цього Договору стане недійсним, це не впливає на недійсність Договору в цілому.

14.7. Страхувальник зобов'язаний протягом **10 (десяти) календарних днів** письмово повідомляти Страховика про зміну реквізитів, що зазначені у Договорі. Якщо Страхувальник не повідомив Страховика про зміну реквізитів у строк, зазначений в цьому пункті, внаслідок чого Страховик виконав свої зобов'язання, використовуючи старі реквізити, то вважається, що Страховик виконав свої зобов'язання належним чином. Страховик повідомляє про зміну місцезнаходження, банківських та інших реквізитів, що зазначені у Договорі, шляхом розміщення відповідної інформації на сайті (www.oranta.ua). У разі сплати страхової премії частинами Страховик зобов'язується повідомляти Страхувальника про зміну своїх банківських реквізитів, зазначених у цьому Договорі, протягом **10 (десяти) календарних днів** з дати таких змін.

14.8. Страхувальник уповноважує ПАТ «НАСК «ОРАНТА» направляти запити від його імені для отримання інформації, та відомостей необхідних для врегулювання страхового випадку.

14.9. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує та визнає, що:

14.9.1. У нього та Застрахованих осіб наявний страховий інтерес щодо укладення Договору.

14.9.2. Страховик до укладення Договору на підставі отриманої від Страхувальника інформації з'ясував потреби та вимоги Страхувальника у страхуванні, умови Договору відповідають вимогам та потребам Страхувальника та Застрахованих осіб у страхуванні.

14.9.3. Страховик до укладення Договору забезпечив Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика, Страхувальник прийняв усвідомлене рішення про укладення Договору.

14.9.4. Страховик до укладення Договору забезпечив Страхувальника вичерпною інформацією про страхового посередника.

14.9.5. Страховик до укладення Договору надав Страхувальнику інформацію, передбачену ст. 86 – 88 Закону України «Про страхування».

14.9.6. З умовами Договору ознайомлений до укладання Договору та згоден, свій примірник Договору отримав у дату його укладення.

14.9.7. Вся зазначена інформація та всі умови цього Договору, включаючи Загальні умови страхового продукту, зрозумілі.

14.9.8. Зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень.

14.9.9. Страхувальник (представник Страхувальника) має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору.

14.9.10. Страхувальник (представник Страхувальника)/Застрахована особа надає згоду Страховику на використання та обробку Страховиком своїх персональних даних, на внесення їх до баз даних ПАТ «НАСК «ОРАНТА» виключно з метою супроводження та виконання зобов'язань за Договором. Засвідчує, що ознайомлений зі своїми правами як суб'єкта персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» №2297-VI від 01.06.2010 р.

14.9.11. До укладання Договору Страхувальнику (представнику Страхувальника) надано інформацію, що зазначена в частині другій статті 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», права на інформацію йому роз'яснено, суть та обсяг наданої фінансової послуги зрозумілі.

14.10. Укладенням Договору Страхувальник/Застрахована особа надає згоду на отримання від ПАТ «НАСК «ОРАНТА» (в тому числі від його представника та/або партнера) повідомлень (зокрема, повідомлень інформаційного, комерційного, рекламного, привітального характеру, транзакційних повідомлень тощо)

шляхом відправки SMS, Viber, Telegram чи будь-яких інших аналогічних повідомлень, та будь-яких Push-нотифікацій, а також повідомлень на електронну пошту та телефонних дзвінків на номер мобільного телефону або мобільний додаток чи мобільний девайс, чи будь-який інший засіб зв'язку, інформацію про який надано Страхувальником до ПАТ «НАСК «ОРАНТА» чи його представника. Страхувальник погоджується, що надана вище згода є чинною до отримання ПАТ «НАСК «ОРАНТА» окремого письмового повідомлення від Страхувальника про відкликання такої згоди. Повідомлення та нотифікації, отримані від ПАТ «НАСК «ОРАНТА» зазначеним вище чином є належним інформуванням від ПАТ «НАСК «ОРАНТА» в межах виконання договорів страхування.

14.11. Страхувальник підтверджує, що до укладення цього Договору йому повідомлено про загальну суму витрат, які він повинен сплатити у зв'язку з отриманням послуги зі страхування за цим Договором. В якості оплати послуги зі страхування за цим Договором Страхувальник має сплатити страховий платіж, розмір якого передбачено умовами цього Договору. У разі сплати страхового платежу в безготівковій формі Страхувальник самостійно несе витрати щодо оплати послуг банку чи іншої фінансової установи, пов'язані з перерахуванням такого платежу на рахунок Страховика.

14.12. Страхувальник підтверджує, що до підписання Договору він надав правдиву інформацію в анкеті або іншим шляхом про належність/неналежність самого Страхувальника / кінцевого бенефіціарного власника або власника істотної участі Страхувальника-юридичної особи/ Вигодонабувача за договором/застрахованої особи до політично значущих осіб /членів їх сімей /пов'язаних з політично значущими особами, та попереджений про необхідність надання такої інформації / документів в разі настання змін протягом **3 (трьох) робочих днів** або на запит Страховика.

14.13. Крім того, Страхувальник підтверджує, що до нього та/або до зазначених вище осіб не застосовані будь-які національні або міжнародні санкції, не включений(і) до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, тощо. Інакше Страхувальник повідомляє Страховика про такий факт шляхом надання відповідної інформації в анкеті та/або в письмовому/усному вигляді до моменту підписання Договору. Страхувальник зобов'язується інформувати Страховика про настання суттєвих змін щодо наданої інформації та письмово проінформувати Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів з дати їх настання.

14.14. Страхувальник повідомлений, що Страховик не надає страхове покриття / не виплачує страхове відшкодування за Договором / не встановлює та/або продовжує ділові відносини / не проводить видаткові фінансові операції / не надає фінансові та інші пов'язані послуги, якщо це порушує будь-які санкції, заборони або обмеження, запроваджені резолюціями ООН або торговельними чи економічними санкціями, законами або нормативними актами Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, Сполучених Штатів Америки, Канади, України, та якщо клієнт є особою та/або організацією, яка включена до переліку осіб, пов'язаних із провадженням терористичної діяльності, або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, та/або які діють від імені таких осіб, та/або якими прямо чи опосередковано володіють чи кінцевими бенефіціарними власниками яких є зазначені вище особи. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування за страховими випадками, за якими виплата страхового відшкодування не була здійснена на виконання умов першого речення цього пункту Договору, після того як зазначені в цьому пункті Договору санкції, заборони та обмеження будуть скасовані. Таке саме правило діє для видаткових операцій, які не були здійснені на виконання умов першого речення цього пункту Договору.

14.14. Страхувальник підтверджує, що **Застраховані особи (їх законні представники) ознайомлені з умовами цього Договору страхування, та надали свою згоду на обробку їх персональних даних (в тому числі даних про стан здоров'я). Страховик здійснює захист переданих йому Страхувальником персональних даних Застрахованих осіб відповідно до вимог чинного законодавства України.**

14.15. Всі Застраховані особи за цим Договором страхування повідомлені про страхування на умовах, зазначених у Договорі страхування, та зобов'язуються виконувати умови Договору страхування. У випадку, якщо будь-якою особою (в т. ч. компетентними державними органами) на Страховика будуть звернені будь-які стягнення/пред'явлені будь-які санкції у зв'язку з тим, що Застраховані особи не були повідомлені Страхувальником про страхування за Договором, Страхувальник зобов'язується їх відшкодувати у розмірі та в порядку, якби Страховик сам їх відшкодував.

14.16. Страхувальник/Застрахована особа надають безвідкличний та безумовний дозвіл асистуючій компанії та медичним закладам на вимогу Страховика надавати будь-яку інформацію, яка стосується їх здоров'я, перебігу та вартості лікування за подіями, що мають ознаки страхового випадку, в тому числі ту, що містить лікарську таємницю.

14.17. Відомості про отриману медичну допомогу, стан здоров'я Застрахованої особи (діагнози, історії хвороби та інші відомості, що становлять лікарську таємницю) надаються медичним закладом Страховику в

порядку, визначеному чинним законодавством України (за відповідною згодою Застрахованої особи (законного представника неповнолітньої Застрахованої особи), яку вона надає безпосередньо медичному закладу).

14.18. Валютне застереження: валютою страхування за Договором є грошова одиниця України (гривня).

14.19. Страховик є резидентом України та оподатковується на загальних підставах.

14.20. Договір містить інформацію, що становить таємницю страхування відповідно до законодавства України. Клієнт підтверджує факт добровільної передачі Страховику/ страховому посереднику інформації з обмеженим доступом, в тому числі потрібної для створення електронних документів. Страховик, страховий посередник та інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, забезпечують збереження інформації, що становить таємницю страхування, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб та у випадку її розголошення несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України. Клієнт надає дозвіл Страховику на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, в обсязі відповідно до чинного законодавства України та на використання Страховиком/страховим посередником відкритих мережевих сервісів для отримання інформації з обмеженим доступом.

14.21. Договір складений українською та англійською мовами при цьому обидва тексти є аутентичними, проте у випадку протиріч український текст превалює.

14.22. Порядок розгляду звернень споживачів та скарг на якість страхових послуг Страховиком. Страхувальник або інша особа, яка є одержувачем страхового відшкодування, має право подати до Страховика звернення з питань захисту своїх прав як споживача фінансових послуг.

14.22.1. Зверненнями вважаються викладені в письмовій або усній формі пропозиції (зауваження), заяви (клопотання) і скарги.

14.22.2. Звернення може бути подано окремою особою (індивідуальне) або групою осіб (колективне).

14.22.2. Звернення до Страховика приймаються в будь-який з нижченаведених способів:

14.22.2.1. письмово, шляхом надсилання звернення поштою на адресу місцезнаходження ПУБЛІЧНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «НАЦІОНАЛЬНА АКЦІОНЕРНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ОРАНТА» (НАСК «ОРАНТА»): Україна, 02081, м. Київ, вул. Золбунівська, 7Д, корпус Г;

14.22.2.2. на електронну поштову скриньку (e-mail): oranta@oranta.ua;

14.22.2.3. шляхом усного звернення:

14.22.2.4. за допомогою засобів телефонного зв'язку за телефонами: +38 044 537 58 00, +38 044 537 58 83;

на особистому прийомі за адресою місцезнаходження НАСК «ОРАНТА»: Україна, 02081, м. Київ, вул. Золбунівська, 7Д, корпус Г.

14.22.3. Усне звернення викладається на особистому прийомі або за допомогою засобів телефонного зв'язку за телефонами, зазначеними у п.14.22.2.4. Договору, та записується (реєструється) посадовою особою.

14.22.4. Письмове звернення надсилається поштою або передається споживачем фінансових послуг особисто чи через уповноважену ним особу, повноваження якої оформлені відповідно до законодавства. Письмове звернення також може бути надіслане з використанням мережі Інтернет, засобів електронного зв'язку (електронне звернення).

14.22.5. У зверненні має бути зазначено: прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання особи, яка подає звернення, викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення повинно бути підписано заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні також має бути зазначено електронну поштову адресу, на яку заявнику може бути надіслано відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку з ним. Застосування електронного цифрового підпису при надсиланні електронного звернення не вимагається.

14.22.6. Звернення, оформлене без дотримання вимог, зазначених в п. 14.22. Договору, повертається заявнику з відповідними роз'ясненнями не пізніше як через десять днів від дня його надходження.

14.22.7. Якщо питання, порушені в одержаному зверненні, не входять до повноважень Страховика, він протягом строку, що не перевищує **5 (п'ять) днів**, пересилає звернення за належністю відповідному органу чи посадовій особі, про що повідомляється споживачу фінансових послуг, який подав звернення. У разі якщо звернення не містить даних, необхідних для прийняття обґрунтованого рішення, воно в той же термін повертається споживачу фінансових послуг з відповідними роз'ясненнями.

14.22.8. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане автором (авторами), а також таке, з якого неможливо встановити авторство, визнається анонімним і розгляду не підлягає.

14.22.9. Не розглядаються повторні звернення від одного і того ж споживача фінансових послуг з одного і того ж питання, якщо перше вирішено по суті, а також ті звернення, терміни розгляду яких порушено згідно зі ст. 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

14.22.10. Страховик зобов'язаний розглянути пропозиції (зауваження) та повідомити споживача фінансових

послуг про результати розгляду.

14.22.11. Страховик зобов'язаний об'єктивно і вчасно розглядати заяви (клопотання), перевіряти викладені в них факти, приймати рішення відповідно до чинного законодавства і забезпечувати їх виконання, повідомляти споживача фінансових послуг про наслідки розгляду заяв (клопотань).

14.22.12. Відповідь за результатами розгляду заяв (клопотань) в обов'язковому порядку дається Страховиком за підписом керівника або особи, яка виконує його обов'язки.

14.22.13. Рішення про відмову в задоволенні вимог, викладених у заяві (клопотанні), доводиться до відома споживача фінансових послуг в письмовій формі з посиланням на Закон України «Про звернення громадян» і викладенням мотивів відмови, а також із роз'ясненням порядку оскарження прийнятого рішення.

14.23. Скарга подається у порядку підлеглих вищому органу або посадовій особі Страховика, що не позбавляє споживача фінансових послуг права звернутися до суду відповідно до чинного законодавства, а в разі відсутності такого органу або незгоди споживача фінансових послуг з прийнятим за скаргою рішенням - безпосередньо до суду.

14.24. До скарги додаються наявні у споживача фінансових послуг рішення або копії рішень, які приймалися за його зверненням раніше, а також інші документи, необхідні для розгляду скарги, які після її розгляду повертаються споживачу фінансових послуг.

14.25. Скарга на рішення, що оскаржувалось, може бути подана до органу або посадовій особі вищого рівня протягом одного року з моменту його прийняття, але не пізніше одного місяця з часу ознайомлення споживача фінансових послуг з прийнятим рішенням. Скарги, подані з порушенням зазначеного терміну, не розглядаються.

14.26. Пропущений з поважної причини строк може бути поновлений органом чи посадовою особою, що розглядає скаргу.

14.27. Звернення розглядаються і вирішуються у термін не більше **1 (одного) місяця** від дня їх надходження, а ті, які не потребують додаткового вивчення, - невідкладно, але не пізніше **15 (п'ятнадцяти) днів** від дня їх отримання. Якщо в місячний строк вирішити порушені у зверненні питання неможливо, керівник Страховика або його заступник встановлюють необхідний строк для його розгляду, про що повідомляється особі, яка подала звернення. При цьому загальний строк вирішення питань, порушених у зверненні, не може перевищувати сорока п'яти днів. На обгрунтовану письмову вимогу споживача фінансових послуг строк розгляду може бути скорочено від встановленого цим пунктом строку.

14.28. Звернення споживачів фінансових послуг, які мають встановлені законодавством пільги, розглядаються у першочерговому порядку.

14.29. Звернення споживачів фінансових послуг розглядаються без стягнення плати.

14.30. У разі необхідності споживач фінансових послуг може звернутися до Національного банку України, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг:

для електронного звернення: pbi@bank.gov.ua; для листування: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601; для

подання письмових звернень громадян: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ, 01601; усного звернення за

телефонами: 0 800 505 240 або +380 44 298 65 55 (пн-чт 9:00 – 18:00, пт 9:00–16:45);

для запису на особистий прийом: 0 800 505 240 або +380 44 298 65 55.

Громадська приймальня: просп. Науки, 7, корп. 1.

Посилання на розділ “Звернення громадян” офіційного Інтернет-представництва Національного банку:

<https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection/citizens-appeals>.

14.31. Невід'ємними частинами Договору страхування є:

14.31.3. Додаток 1 - Страхові суми, страхові тарифи та страхові платежі.

14.31.4. Додаток 2 - Форма Бордеро Застрахованих осіб.

14.31.5. Додаток 3 - Сертифікат Застрахованої особи.

14.31.6. Додаток 4 - Таблиця страхових виплат при травматичних пошкодженнях.

15. ПІДПИСИ СТОРІН

Страховик:

Страхувальник:

Директор з організації роздрібних продажів
ПАТ «НАСК «ОРАНТА»

Генеральний директор ТОВ «ДЖОІН-АП!»

_____ К.Є.Ватан

_____ Д.Г. Сероухов

Документ підписано у сервісі Вчасно (початок)

Медичне страхування ГД Джоїн-ап.pdf

