

ЧАСТИНА С ДОГОВОРУ /PART C OF THE CONTRACT

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Цей Договір укладено в інформаційно-телекомунікаційній системі Страховика на підставі Загальних умов добровільного комплексного страхування подорожуючих за кордон («В рамках пакету АТ «СБЕРБАНК»), що розміщені на вебсайті Страховика <https://arsenal-ic.ua> та доступні за адресою https://arsenal-ic.ua/referrals/publiczni_dohovory (надалі - «Загальні умови страхування»), відповідно до «Рішення Ради ЄС 2004\17\EG щодо медичного страхування подорожуючих осіб» (надалі - «Рішення Ради ЄС 2004\17\EG») та:

1.1.1. Цивільного кодексу України, Законів України «Про страхування», «Про електронну комерцію» та інших нормативно-правових актів законодавства України, та

1.1.2. «Правил добровільного страхування медичних витрат», зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 03.06.10 р. за №2110361, зі змінами (надалі - «Правила 1»), «Правил добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція)», зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 09.04.2020 р. (надалі - «Правила 2»), «Правил добровільного страхування вантажів та багажу (вантажобагажу)», зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 01.08.2006 р. за № 0961960, зі змінами (надалі - «Правила 3»), «Правил добровільного страхування фінансових ризиків (нова редакція)», зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 09.04.2020 р. (надалі - «Правила 4»), які надалі за текстом при сумісному вживанні - «Правила», та

1.1.3. на підставі Ліцензій Серії АЕ №№ 198588, 198592, 198597, 198598, виданих 21.02.2013 р. Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг.

1.2. Правила страхування є загальнодоступними та розміщені на вебсайті ПРАТ «СК «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ» в мережі Інтернет <https://arsenal-ic.ua> за адресою: <https://arsenal-ic.ua/page/pro-kompaniyu>.

2. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

2.1. Цей Договір укладено на умовах, визначених в Індивідуальній оферті, шляхом заповнення та підписання Заяви (Акцепту) за формою, встановленою Страховиком, та сплати страхового платежу.

2.2. Цей Договір вважається таким, що укладений в письмовій формі із врахуванням вимог порядку укладання договорів страхування, визначених Цивільним кодексом України, Законами України «Про страхування», «Про електронну комерцію», «Про електронні довірчі послуги» та Правилами.

2.3. Укладання електронного Договору здійснюється відповідно до статей 11, 12 Закону України «Про електронну комерцію». Порядок укладання електронного Договору є загальнодоступним на офіційній сторінці Страховика в мережі Інтернет за посиланням: <https://arsenal-ic.ua/page/informaciya-dlya-spozhivachiv>.

2.4. Сторони приймають на себе зобов'язання за необхідності відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу однієї із Сторін Договір виготовляється Страховиком на паперовому носії протягом 7 (семи) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною зі Сторін. Страховик здійснює вручення Договору, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

2.5. Цей Договір укладений українською мовою. Частина А та Частина В Договору містять переклад українського тексту англійською мовою. У випадку розбіжностей в тлумаченні умов Договору українською та англійською мовами, текст українською мовою має переважне значення над текстом англійською мовою.

3. СТОРОНИ ДОГОВОРУ

3.1. СТРАХОВИК:

3.1.1. Повна назва - **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ»;**

3.1.2. Скорочена назва - **ПРАТ «СК «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ»;**

3.1.3. Код за ЄДРПОУ 33908322;

3.1.4. Місцезнаходження Страховика: 03056, м. Київ, вул. Борщагівська, б. 154;

3.1.5. Реквізити Страховика: **UA023206270000026500013006257 в АТ «Сбербанк».**

3.1.6. Телефон Страховика: (044) 502-67-37, 0-800-60-44-53; вебсайт: <https://arsenal-ic.ua>.

3.1.7. Страховик є платником податку на прибуток за ставкою, визначеною відповідно до пункту 136.1 статті 136 Податкового кодексу України, та податку на дохід за ставкою, визначеною відповідно до підпунктів 136.2.1. та 136.2.2. пункту 136.2 статті 136 Податкового кодексу України.

3.1.8. Страховик діє на підставі Ліцензій, зазначених в п.1.1.3 Частини С Договору, в особі уповноваженого представника, який діє на підставі Статуту та/або довіреності.

3.2. **СТРАХУВАЛЬНИК:** дієздатна фізична особа, персональні дані якої (ПІБ, дата народження, адреса, реєстраційний номер ОКПП, паспортні дані) визначені в п. 2 Частини А Договору, яка уклала зі Страховиком Договір шляхом підписання Заяви (Акцепту) та сплати страхового платежу.

3.3. **Страховик та Страхувальник далі разом іменуються «Сторони», а кожен окремо - «Сторона».**

4. ВІДОМОСТІ ПРО ЗАСТРАХОВАНУ ОСОБУ, ВИГОДОНАБУВАЧА, СЕРВІСНУ КОМПАНІЮ

4.1. Інформація про Застраховану особу:

4.1.1. **Застрахована особа** – зазначена в Частині А Договору фізична особа, яка постійно проживає в Україні та/або починає подорожувати з її території (від державного кордону України з іншою країною), щодо майнових інтересів, вказаних в п. 5.3 Частини С Договору, якої укладено Договір, до моменту виїзду нею - перетинання державного кордону України, і яка набуває прав і обов'язків Страхувальника згідно з п. 14.8 Частини С Договору.

4.1.2. Персональні дані (ПІБ, дата народження, адреса, реєстраційний номер ОКПП, паспортні дані) Застрахованої особи зазначаються в п. 3 Частини А Договору. Якщо Застраховану особу не зазначено в п. 3 Частини А Договору, Застрахованою особою є Страхувальник.

4.1.3. Застрахованою особою за Договором не може бути особа:

4.1.3.1. якій встановлено інвалідність I, II, III групи або яка є дитиною з інвалідністю з дитинства або особа з інвалідністю з дитинства;

4.1.3.2. яка на момент укладення Договору є онкологічно хворою, хворою на СНІД, ВІЛ-інфікованою, а також/або знаходиться на диспансерному обліку в т.ч., але не обмежуючись, на обліку в наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, шкірно-венерологічному диспансері, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом;

4.1.3.3. яка на момент початку дії Договору молодша 1 (одного) року;

4.1.3.4. яка вирушила в подорож всупереч рекомендаціям лікаря або зі станом здоров'я, що за медичними показниками не дозволяє їй подорожувати.

4.1.4. Якщо виявиться, що Договір укладено щодо однієї з осіб, зазначених в п. 4.1.3 Частини С Договору, Страховик не несе жодних зобов'язань щодо здійснення страхових виплат за подіями, що сталися з такою особою, крім повернення страхового платежу, сплаченого за страхування такої Застрахованої особи.

4.2. Інформація про Вигодонабувача:

4.2.1. Вигодонабувачем(ами) за Договором в разі настання страхового випадку, передбаченого п. 6.1.2.2 Частини С Договору, є спадкоємець(ці) Застрахованої особи згідно з законодавством країни, громадянином якої була Застрахована особа.

4.2.2. Вигодонабувачем за Договором в разі настання страхових випадків, передбачених п.п. 6.1.1, 6.1.2.1, 6.1.3, 6.1.4, 6.1.5 Частини С Договору, є Застрахована особа або інша особа, яка має право на отримання страхової виплати/страхового відшкодування згідно з чинним законодавством країни, громадянином якої є Застрахована особа.

4.3. **Сервісна компанія** - спеціалізована сервісна служба, з якою Страховик уклав відповідний Договір-доручення, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи при настанні подій, передбачених Договором, а також осіб, що надають послуги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку, а також здійснює оплату наданих Застрахованій особі послуг від імені Страховика за його попереднім погодженням на таку оплату. Найменування, контактна інформація (телефон, електронна пошта) Сервісної компанії зазначені в п. 12 Частини А Договору.

5. ВИД СТРАХУВАННЯ. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

5.1. Згідно з Договором Страховик здійснює страхування за наступними видами страхування:

5.1.1. страхування медичних витрат (надалі «Медичні витрати») – згідно з Правилами 1;

5.1.2. страхування від нещасних випадків (надалі «Страхування від нещасних випадків») – згідно з Правилами 2;

5.1.3. страхування вантажів та багажу (вантажобагажу), а саме: страхування багажу, який перевозиться авіаційним транспортом під час здійснення Застрахованою особою поїздки/подорожі (надалі «Страхування багажу») – згідно з Правилами 3;

5.1.4. страхування фінансових ризиків, а саме:

5.1.4.1. страхування фінансових ризиків, пов'язаних з фінансовими (матеріальними) збитками Застрахованої особи внаслідок затримки авіарейсу під час здійснення Застрахованою особою поїздки/подорожі авіаційним транспортом (надалі «Затримка авіарейсу») – згідно з Правилами 4;

5.1.4.2. страхування фінансових ризиків, пов'язаних з фінансовими (матеріальними) збитками Застрахованої особи внаслідок необхідності надання Застрахованій особі юридичної допомоги під час здійснення Застрахованою особою поїздки/подорожі (надалі «Юридична допомога») – згідно з Правилами 4.

5.2. Види страхування зазначаються в п. 5 Частини А Договору. Страхування за відповідними видами страхування здійснюється відповідно до обраної Страхувальником Програми страхування (пакету страхування) згідно з Частиною В Договору. За Програмою страхування (пакетом страхування) «Преміальний» страхування за Договором здійснюється за видами страхування «Медичні витрати» та «Страхування від нещасних випадків», за Програмами страхування (пакетами страхування) «Статусний» та «Елітний» страхування за Договором здійснюється за усіма видами страхування, зазначеними в п. 5 Частини А Договору.

5.3. **Предметом Договору є:**

5.3.1. майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі за її згодою, а також медичними та додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) (за видом страхування «Медичні витрати»);

5.3.2. майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) (за видом страхування «Страхування від нещасних випадків»);

5.3.3. майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з володінням, користуванням і розпорядженням багажем, який перевозиться авіаційним транспортом під час здійснення Застрахованою особою поїздки/подорожі авіаційним транспортом (за видом страхування «Страхування багажу»);

5.3.4. майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з фінансовими (матеріальними) збитками Застрахованої особи внаслідок настання подій, передбачених Договором, а саме:

5.3.4.1. фінансовими (матеріальними) збитками Застрахованої особи внаслідок затримки авіарейсу під час здійснення Застрахованою особою поїздки/подорожі авіаційним транспортом (за видом страхування «Затримка авіарейсу»);

5.3.4.2. фінансовими (матеріальними) збитками Застрахованої особи внаслідок необхідності надання Застрахованій особі юридичної допомоги під час здійснення Застрахованою особою поїздки/подорожі (за видом страхування «Юридична допомога»).

6. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

6.1. Страховим випадком є:

6.1.1. **за видом страхування «Медичні витрати»** - хвороба Застрахованої особи (гостре захворювання, загострення хронічного захворювання) або розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що сталися в період дії Договору (період страхування) під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) та перебування на території, зазначеній в Договорі згідно з п. 4.3 Частини А Договору, що не є виключенням зі страхових випадків або обмеженням страхування згідно з умовами Договору та Правилами, внаслідок чого Застрахована особа отримує медико-санітарну та іншу допомогу, передбачену Програмою страхування (пакетом страхування), що зазначена в Договорі згідно з п. 4.1 Частини А Договору, та внаслідок чого виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою вказаної допомоги.

6.1.2. **за видом страхування «Страхування від нещасних випадків»:**

6.1.2.1. Стійка втрата Застрахованою особою загальної працездатності (встановлення групи інвалідності) внаслідок нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою в період дії Договору (період страхування) під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) та перебування на території, зазначеній в Договорі згідно з п. 4.3. Частини А Договору.

6.1.2.2. Смерть Застрахованої особи в результаті нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою в період дії Договору (період страхування) під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) та перебування на території, зазначеній в Договорі згідно з п. 4.3. Частини А Договору.

6.1.3. **за видом страхування «Страхування багажу»:**

6.1.3.1. Договір страхування укладається на умові «З відповідальністю за всі ризики» (покриття А).

6.1.3.2. Страховим випадком за Договором є факт понесення збитків Застрахованою особою в результаті пошкодження, повної загибелі або втрати всього багажу, який перевозиться авіаційним транспортом під час здійснення Застрахованою особою поїздки/подорожі авіаційним транспортом, внаслідок настання будь-яких подій, за винятком вказаних в Договорі згідно з розділами 19, 20 Частини С Договору.

6.1.3.3. Страховий випадок в частині втрати багажу вважається таким, що настав, якщо авіаперевізник визнав втрату зареєстрованого багажу або втрачений багаж не було повернено Застрахованій особі протягом 21 (двадцяти одного) календарного дня з дати, коли він мав прибути.

6.1.3.4. Зобов'язання Страховика щодо виплати страхового відшкодування за Договором діють стосовно перевезення багажу авіаційним транспортом під час здійснення Застрахованою особою поїздки/подорожі авіаційним транспортом з країни постійного проживання до країни тимчасового перебування.

6.1.3.5. Зобов'язання Страховика щодо виплати страхового відшкодування за Договором діють з моменту, коли авіаперевізник прийняв багаж у Застрахованої особи в пункті відправлення, та припиняють діяти в момент отримання Застрахованою особою багажу від перевізника у пункті прибуття.

6.1.4. **за видом страхування «Затримка авіарейсу»:**

6.1.4.1. Страховим випадком за Договором є факт понесення збитків Застрахованою особою внаслідок непередбачених фінансових втрат, пов'язаних із затримкою авіарейсу (регулярного або чартерного) більше ніж на 6 (шість) годин через механічну поломку літака або погодні умови, під час здійснення Застрахованою особою поїздки/подорожі авіаційним транспортом.

6.1.4.2. Під збитками Застрахованої особи, що передбачені п. 6.1.4.1 Частини С Договору, Сторони розуміють фактично здійснені витрати Застрахованої особи на харчування та/або придбання засобів першої потреби внаслідок затримки авіарейсу (регулярного або чартерного) більше ніж на 6 (шість) годин через механічну поломку літака або погодні умови, під час здійснення Застрахованою особою поїздки/подорожі авіаційним транспортом. Під витратами на харчування Сторони розуміють витрати на придбання харчових продуктів, в

тому числі безалкогольних напоїв. Під витратами на придбання засобів першої потреби Сторони розуміють витрати на придбання непродовольчих засобів першої потреби.

6.1.4.3. Зобов'язання Страховика щодо виплати страхового відшкодування за Договором діють стосовно першого перельоту, який Застрахована особа здійснює за маршрутом свого прямування під час поїздки/подорожі авіаційним транспортом.

6.1.5. **за видом страхування «Юридична допомога»:**

6.1.5.1. Страховим випадком за Договором є факт понесення збитків Застрахованою особою внаслідок непередбачених фінансових втрат, пов'язаних із необхідністю надання юридичної допомоги Застрахованій особі під час здійснення нею поїздки/подорожі та перебування на території страхування, зазначеній в Договорі згідно з п. 4.3 Частини А Договору, внаслідок ненавмисного заподіяння Застрахованою особою шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб.

6.1.5.2. Зобов'язання Страховика щодо виплати страхового відшкодування за Договором діють стосовно відшкодування витрат на юридичну допомогу, що надавалася на території страхування, зазначеній в Договорі згідно з п. 4.3 Частини А Договору.

6.2. В цілях Договору під **хворобою** Сторони розуміють - гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, що сталося в період дії Договору (період страхування) під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) та перебування на території, зазначеній в Договорі згідно з п. 4.3. Частини А Договору.

6.2.1. В цілях Договору під **гострим захворюванням** Сторони розуміють - раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами, у разі ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до місця свого постійного проживання.

6.2.1.1. За Програмами страхування (пакетами страхування) «Статусний» та «Елітний» (згідно з Частиною В Договору) до гострих захворювань в тому числі відноситься коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) - вірусне антропонозне захворювання з групи гострих респіраторних вірусних інфекцій, спричинене коронавірусом SARS-Cov-2, яке характеризується ураженням респіраторного тракту, інтоксикацією, тяжким гострим респіраторним синдромом (SARS, ГРП), та підтверджене обов'язково, але не виключно, за допомогою ПЛР (полімеразної ланцюгової реакції)-тестів (далі – покриття Covid-19). Включення за Договором покриття Covid-19 вказується в п. 4.6 Частини А Договору шляхом зазначення позначки «Покриття Covid-19» («Covered Covid-19»).

Покриття Covid-19 передбачає відшкодування Страховиком документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою невідкладної (ургентної) стаціонарної медичної допомоги (медичні послуги та медикаменти) та/або сплату медичних витрат при необхідності надання невідкладної амбулаторної допомоги (медичні послуги та медикаменти), а також відшкодування 50% документально підтверджених витрат на проведення ПЛР (полімеразної ланцюгової реакції)-тесту, яким підтверджено коронавірусну хворобу 2019 (COVID-19).

Відшкодування витрат, передбачених п. 6.2.1.1 Частини С Договору, здійснюється в межах страхової суми за видом страхування «Медичні витрати», що зазначена в п. 6 Частини А Договору, та лімітів відповідальності, встановлених за видами послуг та зазначених в розділі 1 Частини В Договору в залежності від Програми страхування (пакету страхування).

6.2.2. В цілях Договору під **загостренням хронічного захворювання** Сторони розуміють – раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму на фоні перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи або загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до місця свого постійного проживання.

6.3. В цілях Договору під **Нещасним випадком** Сторони розуміють - раптову, випадкову, короточасну, непередбачувану та незалежну від волі Застрахованої особи подію, що відбулась внаслідок впливу зовнішніх причин (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до травматичних ушкоджень та/або розладу здоров'я (нозологічних форм згідно з класифікацією МКХ Х перегляду класи S00-S99, T00-T35) Застрахованої особи або її смерті. Нещасними випадками вважаються: травми, термічні та хімічні опіки, відмороження, наслідки попадання стороннього тіла. Нещасними випадками також є наступні події, які призвели до розладу здоров'я або смерті Застрахованої особи: утоплення, враження блискавкою або електричним струмом, укуси тварин або отруйних комах, змій, протиправні дії третіх осіб. Захворювання, у тому числі раптові та професійні, не відносяться до нещасних випадків.

6.4. Подія може бути визнана страховим випадком згідно з п. 6.1.1 Частини С Договору за умови, що Застрахованій особі надана медико-санітарна допомога (надалі – «медична допомога» або «медичні послуги» та інша допомога (надалі – «інша допомога» або «інші послуги»):

6.4.1. склад і вартість яких письмово узгоджено із Страховиком (Сервісною компанією); та

6.4.2. є невідкладними та безумовно необхідними Застрахованій особі згідно з медичними показниками її стану здоров'я на підставі медичного висновку лікаря, що її лікує; та

6.4.3. передбачені обраною згідно з умовами п. 4.1 Частини А Договору Програмою страхування (пакетом страхування);

та якщо виникла необхідність відшкодування вартості таких наданих послуг.

6.5. Встановлення інвалідності згідно з п. 6.1.2.1 Частини С Договору може бути визнано страховим випадком, якщо встановлення інвалідності відбулось протягом 6 (шести) місяців з дня настання нещасного випадку та внаслідок настання страхового випадку.

6.6. Страховим випадком згідно з п. 6.1.2.2 Частини А Договору може бути визнана смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, яка сталась виключно протягом строку дії Договору та відповідальності Страховика (періоду страхування).

6.7. Між нещасним випадком та встановленням інвалідності або смертю повинен бути встановлений причинно-наслідковий зв'язок, встановлений на підставі документів компетентних органів та медичної документації.

7. СТРАХОВА СУМА

7.1. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору здійснює страхову виплату при настанні страхового випадку.

7.2. Страхова сума за Договором за видами страхування зазначається в п. 6 Частини А Договору.

7.3. Ліміт відповідальності - грошова сума, в межах якої здійснюється страхова виплата за кожним конкретним видом послуг та за кожним видом завданих збитків (в залежності від виду страхування). Загальний розмір виплат не може перевищувати страхової суми, встановленої за відповідною Програмою страхування (пакетом страхування) за відповідними видами страхування. Ліміти відповідальності встановлюються за видами послуг та за видами завданих збитків (в залежності від виду страхування) та зазначаються в розділі 1 Частини В Договору в залежності від Програми страхування (пакету страхування).

8. ВАЛЮТА СТРАХУВАННЯ

8.1. Страхова сума за видами страхування «Медичні витрати», «Страхування багажу», «Затримка авіарейсу» та «Юридична допомога» встановлюється в євро (EUR), що зазначається в п. 6 Частини А Договору.

8.2. Страхова сума за видом страхування «Страхування від нещасних випадків» встановлюється в національній валюті України - гривні (грн.), що зазначається в п. 6 Частини А Договору.

8.3. Усі розрахунки за Договором між Страховиком і Страхувальником/ Застрахованою особою/ особою, яка має право на отримання страхової виплати/ страхового відшкодування згідно з чинним законодавством країни, громадянином якої є Застрахована особа, здійснюються в національній валюті України - гривні.

9. ФРАНШИЗА

9.1. **Франшиза** - частина збитків Застрахованої особи, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. За Договором встановлена безумовна франшиза за видом страхування «Медичні витрати», тобто частина збитків, що підлягає вирахуванню із суми збитків при настанні будь-якого і кожного Страхового випадку за видом страхування «Медичні витрати».

9.2. За видами страхування «Страхування від нещасних випадків», «Страхування багажу», «Затримка авіарейсу» та «Юридична допомога» безумовна франшиза за Договором для всіх Застрахованих осіб становить 0,00 грн. по кожному та будь-якому страховому випадку.

9.3. Розмір безумовної франшизи за видом страхування «Медичні витрати» зазначається в п. 4.2. Частини А Договору.

10. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

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

10.2. Страховий тариф за Договором встановлюється за видами страхування в залежності від обраної Програми страхування (пакету страхування) за період страхування, що визначений в п. 4.5 Частини А Договору.

10.3. Розмір страхового тарифу за Договором за видами страхування зазначається в п.7 Частини А Договору.

10.4. **Страховий платіж** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.

10.5. Страховий платіж за Договором за видами страхування зазначається в п.9 Частини А Договору.

10.6. Загальний страховий платіж за Договором визначається як сума страхового платежу за усіма видами страхування, що передбачені Договором згідно з обраною Програмою страхування (пакетом страхування).

10.7. Загальний страховий платіж за Договором зазначається в п. 10 Частини А Договору.

11. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ

11.1. Загальний страховий платіж сплачується одноразово в повному обсязі в строк, зазначений в п.11 Частини А Договору на рахунок Страховика або повіреного Страховика - особи, з якою Страховиком

Внутрішня інформація Страховика: Код бланку ЕЛ-Д-Подорожуючі за кордон-АТ «Сбербанк»-281220-100321 укладено Договір-доручення та який є страховим агентом згідно зі ст. 15 Закону України «Про страхування», надалі – «Повірений» або «Страховий агент».

11.2. Днем сплати страхового платежу вважається:

11.2.1. При розрахунках готівкою – день сплати грошових коштів в касу Страховика або в касу Повіреного;

11.2.2. При безготівкових розрахунках – день надходження грошових коштів на поточний рахунок Страховика або Повіреного.

12. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ. ПЕРІОД СТРАХУВАННЯ

12.1. Строк дії Договору зазначається в п.4.4 Частини А Договору та становить 365 днів.

12.2. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати, зазначеної в п. 4.4 Частини А Договору, як дата початку дії Договору, але не раніше 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати, наступної за датою надходження загального страхового платежу, визначеного в п. 10 Частини А Договору, в повному обсязі на поточний рахунок Страховика або Повіреного, та діє до 24 години 00 хвилин за Київським часом дати, зазначеної як дата закінчення дії Договору, визначена в п. 4.4 Частини А Договору. При цьому зобов'язання Страховика щодо визнання випадків страховими та/або здійснення страхових виплат/ страхових відшкодувань за страховими випадками, що передбачені умовами Договору, виникають в момент перетинання Застрахованою особою державного кордону України при виїзді, але не раніше, ніж з 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати набрання чинності Договором, та припиняються в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при в'їзді на територію країни постійного місця проживання або на територію України, але не пізніше, ніж о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дати, вказаної в п. 4.4 Частини А Договору як дата закінчення дії Договору, з урахуванням умов п.п. 12.3 – 12.5 Частини С Договору.

12.3. Періодом страхування за Договором є визначена в п. 4.5. Частини А Договору максимальна кількість днів в межах строку дії Договору, протягом яких Страховик несе зобов'язання щодо визнання випадків страховими та здійснення страхових виплат за страховими випадками, що передбачені умовами Договору.

День перетинання Застрахованою особою державного кордону України при виїзді та день перетинання державного кордону при в'їзді на територію України або на територію країни постійного місця проживання для цілей розрахунку кількості днів періоду страхування враховуються за Договором як повний день незалежно від часу перетинання державного кордону.

12.4. Період страхування встановлюється за Договором з урахуванням наступних умов:

12.4.1. Договір укладається з умовою «На необмежену кількість подорожей протягом зазначеного у Договорі періоду страхування (надалі - «MultiTravel»)».

12.4.2. В п. 4.5.1 Частини А Договору зазначається один із наступних варіантів дії Договору з умовою MultiTravel відповідно до обраної Програми страхування (пакету страхування) (перша цифра відповідає кількості днів строку дії Договору, друга - максимальній кількості днів періоду страхування):

365/8; 365/30; 365/90.

12.4.3. Дата початку дії Договору та дата закінчення дії Договору зазначаються Страхувальником в п. 4.4. Частини А Договору.

12.4.4. Кількість днів періоду страхування зазначається Страхувальником в п. 4.5. Частини А Договору в залежності від обраної Програми страхування (пакету страхування).

Події, що сталися із Застрахованою особою після закінчення сумарної кількості днів перебування за кордоном, що дорівнює періоду страхування, визначеному в п. 4.5 Частини А Договору, не вважаються страховими випадками та страхові виплати за ними не здійснюються.

12.4.5. Кількість днів періоду страхування, визначена в п. 4.5 Частини А Договору, встановлюється на декілька подорожей в межах строку дії Договору, визначеного в п. 4.4. Частини А Договору. При цьому, тривалість однієї подорожі не може бути більшою, ніж 30 днів.

Події, що сталися з Застрахованою особою після 30-го дня безперервного перебування за кордоном, не вважаються страховими випадками та страхові виплати/страхові відшкодування за ними не здійснюються.

12.4.6. При кожному повторному виїзді Застрахованої особи зобов'язання Страховика щодо визнання випадків страховими та здійснення страхових виплат/страхового відшкодування за страховими випадками, що передбачені умовами Договору, виникають в момент перетинання Застрахованою особою державного кордону України при виїзді та припиняються в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при в'їзді на територію країни постійного місця проживання або на територію України, але не пізніше, ніж о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дати, вказаної в п. 4.4 Частини А Договору як дата закінчення дії Договору.

12.4.7. Договір з умовою MultiTravel не діє в країнах: Росія, Білорусь, Республіка Армєнія, Республіка Азербайджан, Республіка Казахстан, Республіка Узбекистан, Киргизька Республіка, Республіка Молдова, Республіка Таджикистан, Туркменістан.

12.5. Строк дії Договору не продовжується, якщо інше не погоджено письмово Сторонами додатково шляхом укладання додаткового договору до Договору відповідно до умов, передбачених п. 21.9 Частини С Договору.

13. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ. МЕТА ПОДОРОЖІ

13.1. Місце дії Договору - територія страхування, зазначена в п.4.3 Частини А Договору, за виключенням:

- 13.1.1. території України;
- 13.1.2. території країни постійного місця проживання Застрахованої особи;
- 13.1.3. території країни, громадянином якої є Застрахована особа;
- 13.1.4. зони збройних конфліктів та території країн, які знаходяться під наглядом або санкціями ООН, території воєнного або збройного конфлікту або будь-якої місцевості, що підконтрольна терористам, незаконним збройним формуванням тощо, інших окупованих територій, території населеного пункту, де органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження, території невизнаних Україною в установленому порядку держав;
- 13.1.5. зони епідемії за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (надалі – «ВООЗ»).
- 13.2. Територія страхування зазначається в п. 4.3 Частини А Договору в залежності від обраної Програмами страхування (пакету страхування).
- 13.3. Мета подорожі зазначається в п. 3. Частини А Договору шляхом зазначення умовних позначень «Т» та «AR».
- 13.4. Мета подорожі «Активний відпочинок» (код мети «AR») передбачена за Програмою страхування (пакетом страхування) «Елітний».
- 13.5. Мета подорожі «Активний відпочинок» (код мети «AR») не передбачає відшкодування збитків Застрахованої особи при занятті спортом. Під «спортом» Сторони розуміють спортивну діяльність Застрахованої особи за винагороду або приз, пов'язану з інтенсивним навчально-тренувальним процесом, який направлений на досягнення максимальних, рекордних спортивних результатів, участь Застрахованої особи у спортивних заходах або тренування з метою участі у зазначених заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях.

14. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

14.1. Страховик має право:

- 14.1.1. перевіряти надану інформацію, а також виконання умов Договору;
- 14.1.2. надсилати в компетентні органи запити, які пов'язані з виконанням умов Договору;
- 14.1.3. здійснювати фіксацію технічними засобами телефонних дзвінків, зроблених Страхувальником (Застрахованою особою або третьою особою, яка діє в інтересах Застрахованої особи) на виконання умови п. 15.1.1 Частини С Договору, та використовувати їх для можливості кваліфікації випадку (страховий або не страховий);
- 14.1.4. запитувати і одержувати від Застрахованої особи документи, що мають відношення до причин, обставин та наслідків події, що може бути визнана страховим випадком, і здійснення страхової виплати/страхового відшкодування;
- 14.1.5. проводити власне розслідування події, що може бути визнана страховим випадком, і скласти додатковий Страховий акт, а також зупинити страхову виплату на час проведення розслідування;
- 14.1.6. вимагати від Застрахованої особи проходження додаткового медичного обстеження, а також вимагати від Страхувальника/ Застрахованої особи або її спадкоємців проведення відповідної експертизи за їх рахунок для підтвердження настання страхового випадку та/або визначення розміру страхової виплати та/або самостійно замовляти відповідну експертизу за власний рахунок, у тому числі, але не виключно, у випадку наявності сумнівів, що надана медична допомога або інша допомога були невідкладними та безумовно необхідними Застрахованій особі згідно з медичними показниками її стану здоров'я, та/або що між нещасним випадком та встановленням інвалідності або смертю встановлений причинно-наслідковий зв'язок на підставі документів компетентних органів та/або медичної документації. При цьому, Страховик має право відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або відмову у здійсненні страхової виплати до отримання результатів експертизи, а також керуватися висновками проведеної експертизи при прийнятті рішення про здійснення страхової виплати та розрахунку розміру страхової виплати або прийнятті рішення про відмову у здійсненні страхової виплати;
- 14.1.7. вимагати і одержувати від Страхувальника (Застрахованої особи), медичних закладів та інших підприємств, установ та організацій інформацію та документи, необхідні для встановлення факту, причин, обставин і наслідків події, що може бути визнана страховим випадком, і визначення розміру страхової виплати/страхового відшкодування, включаючи відомості, що становлять таємницю про стан здоров'я Застрахованої особи/ лікарську таємницю/ інформацію з обмеженим доступом/ комерційну таємницю;
- 14.1.8. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи або його представника) перекладу довідок, медичних висновків, рахунків та інших наданих Страховику документів на українську мову;
- 14.1.9. самостійно або з залученням експертів з'ясувати причини та обставини страхового випадку. При необхідності направляти запити у компетентні органи про надання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причини і обставини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди (збитків) та отримувати відповіді. Строк складання Страхового акту в такому випадку продовжується до моменту одержання необхідної додаткової інформації і встановлення її доказового значення;
- 14.1.10. давати інструкції, спрямовані на зменшення шкоди (збитків), що є обов'язковими для Страхувальника (Застрахованої особи або його представника);
- 14.1.11. відстрочити прийняття рішення про страхову виплату/ виплату страхового відшкодування або відмову у здійсненні страхової виплати/ виплаті страхового відшкодування у випадках, передбачених цим розділом і розділом 17 Частини С Договору;

14.1.12. відмовити у страховій виплаті/ виплаті страхового відшкодування у випадках, зазначених у розділі 20 Частини С Договору;

14.1.13. при повідомленні про обставини, що спричиняють збільшення страхового ризику, внести зміни до Договору шляхом укладення додаткового договору до Договору;

14.1.14. вимагати повернення здійсненої страхової виплати/страхового відшкодування або її (його) частини, якщо виявиться така обставина, що за законом, відповідно до Правил або умов Договору цілком або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу, її спадкоємців) права на страхову виплату/страхове відшкодування;

14.1.15. пред'явити в межах фактично сплаченої суми страхового відшкодування позов до осіб, винних у страховому випадку (якщо такі є), з метою отримання від них компенсації за заподіяні збитки;

14.1.16. ініціювати внесення змін до Договору, а також дострокове припинення дії Договору згідно з умовами Договору.

14.2. Страховик зобов'язаний:

14.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами;

14.2.2. у випадку втрати примірника Договору в період його дії, на підставі письмової заяви Страхувальника, видати йому дублікат. З моменту видачі дубліката втрачений примірник Договору вважається недійсним;

14.2.3. забезпечити конфіденційність стосовно стану здоров'я Застрахованої особи, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;

14.2.4. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату/страхове відшкодування у строк, передбачений розділом 17 Частини С Договору та в порядку, передбаченому розділом 18 Частини С Договору;

14.2.5. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати/страхового відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі), медичному закладу або спеціалізованій установі через Сервісну компанію. Вжиття Страховиком вказаних заходів не є визнанням Страховиком події страховим випадком та не зобов'язує Страховика прийняти рішення про здійснення страхової виплати/страхового відшкодування;

14.2.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

14.3. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

14.3.1. ознайомитись з умовами Договору та Правилами;

14.3.2. вимагати виконання Страховиком умов Договору;

14.3.3. при настанні страхового випадку отримати страхову виплату/страхове відшкодування згідно з умовами Договору;

14.3.4. ініціювати дострокове припинення дії Договору згідно з умовами Договору;

14.3.5. ініціювати внесення змін до Договору згідно з умовами Договору;

14.3.6. одержати дублікат Договору у випадку його втрати;

14.3.7. оскаржити відмову Страховика здійснити страхову виплату/страхове відшкодування або її (його) розмір у судовому порядку.

14.4. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

14.4.1. при укладанні Договору надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (наявність групи інвалідності або підготовка документів для отримання групи інвалідності, знаходження на диспансерному обліку, будь-яка інша інформація про стан здоров'я, яка може бути пов'язаною з ймовірним настанням страхового випадку, вік, рід занять Застрахованої особи, мета подорожі тощо), і надалі письмово інформувати його про будь-яку зміну ступеню страхового ризику протягом 2 (двох) робочих днів з дати настання таких змін або обставин;

14.4.2. своєчасно сплатити страховий платіж у розмірі та строки, визначені розділом 11 Частини А Договору, виконувати умови Договору та Правил;

14.4.3. дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком;

14.4.4. при укладанні Договору та/або при настанні події, що може бути визнана страховим випадком, письмово повідомити Страховика про інші договори страхування, які укладено щодо предмету Договору;

14.4.5. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку, усуненню факторів, що сприяють виникненню страхового випадку та/або виникненню будь-яких погіршень стану здоров'я, виконувати інструкції Страховика/Сервісної компанії, спрямовані на зменшення шкоди (збитків);

14.4.6. при перетинанні державного кордону України при виїзді та в'їзді на територію України або на територію країни постійного місця проживання звернутися до уповноваженої службової особи підрозділу охорони державного кордону, яка проводить перевірку документів, для проставлення в паспорті або іншому документі, передбаченому міжнародними договорами або законодавством України, на підставі якого Застрахована особа здійснює перетинання державного кордону, відмітки про перетинання державного кордону та/або отримати інші документи, що підтверджують факт, дату та час перетинання державного кордону, та при настанні події, що може бути визнана страховим випадком, надати такі документи Страховику;

- 14.4.7. при настанні події, що може бути визнана страховим випадком, повідомити Страховика про настання події в строк та у формі згідно з умовами Договору та діяти згідно з умовами Договору;
- 14.4.8. при настанні події, що може бути визнана страховим випадком, пройти додаткове медичне обстеження за вимогою Страховика або Сервісної компанії;
- 14.4.9. при настанні події, що може бути визнана страховим випадком, надати Страховикові заяву на страхову виплату/ заяву про виплату страхового відшкодування за формою, встановленою Страховиком, та документи, передбачені розділом 16 Частини С Договору, у строки та у порядку відповідно до умов, що передбачені розділом 16 Частини С Договору;
- 14.4.10. у разі необхідності на вимогу Страховика протягом 2 (двох) робочих днів надати будь-яку необхідну інформацію (у тому числі додаткові пояснення) для встановлення факту настання страхового випадку або визначення суми страхової виплати/страхового відшкодування;
- 14.4.11. сприяти у реалізації прав Страховика на одержання від Застрахованої особи (Страхувальника), медичних закладів та інших підприємств та організацій інформації та документів, необхідних для встановлення факту, причин, обставин і наслідків події, що може бути визнана страховим випадком, і визначення розміру страхової виплати, в тому числі, але не виключно, шляхом надання довіреностей, запитів в медичні заклади та інші підприємства та організації тощо;
- 14.4.12. у разі необхідності на вимогу Страховика (Сервісної компанії) протягом 2 (двох) робочих днів надати повноваження (Довіреність за формою, визначеною Страховиком (Сервісною компанією), за необхідності – посвідчену нотаріально) на одержання будь-якої необхідної інформації від третіх осіб (лікарів, медичних закладів всіх видів, інших страхових організацій, органів охорони здоров'я, інших підприємств, установ, організацій, тощо), що за умовами діючого Договору повинні бути звільнені від зобов'язань по нерозголошенню відомостей, що становлять таємницю про стан здоров'я Застрахованої особи/ лікарську таємницю/ інформацію з обмеженим доступом/ комерційну таємницю, і зазначити про таке звільнення в Довіреності у формі, визначеній Страховиком (Сервісною компанією), у тому числі надати Страховику згоду на отримання такої інформації від третіх осіб (правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ і організацій тощо), що володіють інформацією про обставини страхового випадку;
- 14.4.13. протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання вимоги від Страховика повернути Страховику отриману страхову виплату/страхове відшкодування або її (його) відповідну частину, якщо виявиться така обставина, що за законом, відповідно до Правил або умов Договору цілком або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу, її спадкоємців) права на страхову виплату/страхове відшкодування;
- 14.4.14. за вимогою Страховика (особи, уповноваженої Страховиком) надати копії документів/відомостей, на підставі яких буде здійснена ідентифікація та верифікація Страхувальника відповідно до вимог статті 11 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» № 361-ІХ від 06.12.2019р. (далі – Закон про запобігання), а саме: паспорт (або інший документ, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів); довідку про присвоєння реєстраційного номеру облікової кратки платника податків.
- 14.5. Якщо Договір укладається про страхування Застрахованої особи, яка не є Страхувальником, Страхувальник зобов'язаний ознайомити її з умовами Договору, Правилами та отримати її згоду на страхування, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.**
- 14.6. Страхувальник та Застрахована особа несуть відповідальність за достовірність наданої інформації та документів Страховику.**
- 14.7. Сторони Договору зобов'язані письмово повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання ними обов'язків, передбачених Договором, протягом 2 (двох) робочих днів з дати настання таких змін.
- 14.8. Обов'язки Страхувальника, за виключенням пп. 14.4.1 - 14.4.2 Частини С Договору в однаковій мірі розповсюджуються на всіх Застрахованих осіб за Договором. Невиконання вимог Договору Застрахованою особою тягне за собою ті ж самі наслідки, що і невиконання їх Страхувальником.

15. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ (ПОДІЇ, ЩО МОЖЕ БУТИ ВИЗНАНА СТРАХОВИМ ВИПАДКОМ)

- 15.1. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком, зазначеної в п.п. 6.1.1 – 6.1.5 Частини С Договору, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний виконувати наступні дії:
- 15.1.1. Повідомити Сервісну компанію/Страховика про настання події, що може бути визнана страховим випадком, в наступному порядку:
- 15.1.1.1. при настанні події, що може бути визнана страховим випадком за видами страхування «Медичні витрати» (п. 6.1.1 Частини С Договору) та/або «Страхування від нещасних випадків» (п. 6.1.2 Частини С Договору) - перш, ніж вжити будь-які дії, що пов'язані з оплатою медичних витрат або з організацією та сплатою всіх інших видів послуг, передбачених умовами Договору, Застрахована особа, Страхувальник або особа, яка представляє їх інтереси, зобов'язана протягом 12 (дванадцяти) годин з моменту настання такої події звернутися в будь-який час доби до Сервісної компанії за номерами телефонів або адресою електронної пошти, що зазначені в п. 12 Частини А Договору, або до Страховика за номерами телефонів, що зазначені в п. 1 Частини А Договору;

15.1.1.2. при настанні події, що може бути визнана страховим випадком за видами страхування «Страхування багажу» (п. 6.1.3 Частини С Договору), та/або «Затримка авіарейсу» (п. 6.1.4 Частини С Договору), та/або «Юридична допомога» (п. 6.1.5 Частини С Договору) - протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту настання такої події звернутися до Страховика за номерами телефонів, що зазначені в п. 1 Частини А Договору;

15.1.1.3. вказати повністю своє прізвище, ім'я, номер і строк дії Договору;

15.1.1.4. вказати, що вона є Страхувальником, Застрахованою особою або особою, яка представляє їх інтереси;

15.1.1.5. вказати місце, де Застрахована особа знаходиться (країна, місто, готель і т.п.) та номер телефону, за яким з нею негайно зв'яжеться представник Сервісної компанії або Страховика (якщо Застрахована особа знаходиться у медичному закладі - адресу та номер телефону медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога, а також прізвище, ім'я, адресу та номер телефону місцевого лікаря, що її лікує);

15.1.1.6. надати інформацію щодо характеру події (розлад здоров'я внаслідок хвороби, травмування внаслідок нещасного випадку, пошкодження, повна загибель або втрата багажу, затримка авіарейсу (регулярного або чартерного) більше ніж на 6 (шість) годин, необхідність надання Застрахованій особі юридичної допомоги внаслідок ненавмисного заподіяння нею шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб), причин та обставин події, що може бути визнана страховим випадком;

15.1.1.7. якщо Застрахована особа не мала можливості повідомити Сервісну компанію/Страховика про подію, що може бути визнана страховим випадком, з об'єктивних причин (перебування у стані непритомності, амнезії тощо), то після припинення цих обставин, вона зобов'язана повідомити Сервісну компанію/Страховика протягом 12 (дванадцяти) годин. Застрахована особа зобов'язана надати Страховику відповідні документи, які підтверджують причину несвочасного звернення до Сервісної компанії/Страховика;

15.1.2. Погоджувати зі Страховиком або Сервісною компанією всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі настання події, що може бути визнана страховим випадком;

15.1.3. Виконувати всі розпорядження та/чи рекомендації Страховика або Сервісної компанії щодо дій в разі настання події, що може бути визнана страховим випадком;

15.1.4. Протягом 1 (однієї) години з моменту настання події, що може бути визнана страховим випадком, повідомити компетентні органи про настання події, викликати представників компетентних органів для фіксації факту настання події та ліквідації його наслідків та отримати документи, що підтверджують факт настання події, її причини та обставини, та розмір заподіяної шкоди (збитків) - у випадку, якщо фіксація факту настання події та ліквідація наслідків події вимагають залучення представників компетентних органів. Обов'язок, передбачений цим пунктом Договору, підлягає обов'язковому виконанню Страхувальником (Застрахованою особою) у випадку травмування Застрахованої особи та/або пошкодження, повної загибелі або втрати багажу Застрахованої особи в результаті аварії, дорожньо-транспортної пригоди, пожежі, стихійного явища, а також у випадку ненавмисного заподіяння Застрахованою особою шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб. Якщо Застрахована особа не мала можливості повідомити компетентні органи про подію, що може бути визнана страховим випадком, з об'єктивних причин (перебування у стані непритомності, амнезії тощо), то вона зобов'язана надати Страховику відповідні документи, які підтверджують такі об'єктивні причини;

15.1.5. Здійснювати всі дії, передбачені Договором;

15.1.6. Погодитись на переведення в медичний заклад на території України для подальшого лікування з того моменту, коли місцевий лікар та лікар Сервісної компанії визначать, що стан здоров'я Застрахованої особи за медичними показниками дозволяє їй самостійно чи в супроводі іншої особи повернутися на територію України;

15.1.7. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком у зв'язку з розладом здоров'я внаслідок хвороби, - за вимогою медичного персоналу здати аналіз крові та/або сечі на вміст алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин на момент звернення до медичного закладу, госпіталізації або відразу після неї; при настанні події, що може бути визнана страховим випадком у зв'язку з травмуванням внаслідок нещасного випадку, - здати аналіз крові та/або сечі на вміст алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин не пізніше, ніж через 2 (дві) години після травмування в результаті нещасного випадку; при настанні події, що може бути визнана страховим випадком у зв'язку з необхідністю надання Застрахованій особі юридичної допомоги внаслідок ненавмисного заподіяння нею шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб - здати аналіз крові та/або сечі на вміст алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин не пізніше, ніж через 2 (дві) години після заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб;

15.1.8. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком у зв'язку з розладом здоров'я внаслідок хвороби, у зв'язку з травмуванням внаслідок нещасного випадку та у зв'язку з необхідністю надання Застрахованій особі юридичної допомоги внаслідок ненавмисного заподіяння нею шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб - не вживати алкоголь, наркотичні та/або токсичні речовини після настання події, що може бути визнана страховим випадком, до проведення аналізу крові та/або сечі на вміст алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин;

15.1.9. Незалежно від вартості наданих послуг у зв'язку з розладом здоров'я внаслідок хвороби або у зв'язку з травмуванням внаслідок нещасного випадку, узгодити витрати на надані послуги зі Страховиком або Сервісною компанією, якщо розлад здоров'я або травма сталися на території таких країн: Туреччина, Єгипет, Марокко, Йорданія, Туніс, Турецька Республіка Північного Кіпру, Болгарія, Акротірі і Декелія, Албанія, Алжир, Ангілья, Ангола, Аруба, Атол Мідуей, Атол Уейк, Афганістан, Бангладеш, Басас-да-Індія, Бахрейн, Беліз, Бенін, Бермуди, Болівія, Боснія й Герцеговина, Ботсвана, Бруней, Буркіна-Фасо, Бурунді, Бутан, Вануату, Венесуела, В'єтнам, Віргінські острови, Габон, Гавайї, Гаїті, Гайана, Гамбія, Гана, Гваделупа, Гватемала, Гвінея, Гвінея – Бісау, Гернси, Гибралтар, Гондурас, Гренада, Гренландія, Гуам, Джерсі, Джібуті, Еквадор, Екваторіальна Гвінея, Елліс і Футуна Острови, Еритрея, Ефіопія, Ємен, Західна Сахара, Зімбабве, Індія, Ірак, Іран, Йорданія, Кабо-Верде (Зелений мис), Камбоджа, Камерун, Катар, Кенія, Кирибати, КНДР, Князство Сіленд, Кокосові острови (острови Кілінг), Колумбія, Коморські Острови, Корея Південь, Корея Північ, Косово, Коста-Ріка, Кот-д'Івуар, Кувейт, Лаос, Лесото, Ліберія, Ліван, Лівія, Мавританія, Мадейра, Майотта, Макао, Малаві, Малі, Мартініка, Мен, Мозамбік, Монголія, М'янма (Бірма), Намібія, Науру, Непал, Нігер, Нігерія, Нідерландські Антильські Острови, Нікарагуа, Ніуе, Нова Каледонія, Оман, Острів Бейкер, Острів Буве, Острів Джарвіс, Острів Джуан де Нова, Острів Кліпертон, Острів Мен, Острів Навасса, Острів Норфолк, Острів Різдва, Острів Святої Олени, Острів Тромелін, Острів Хауленд, Острови Глоріосо, Острови Епарсе, Острови Коралового моря, Острови Кука, Острови Піткерн, Острови Самоа, Острови Спратлі, Острови Теркс і Кайкос, Острови Фарос, Пакистан, Палау, Палестина, Пальмірський Атол, Панама, Папуа, Папуа-Нова Гвінея, Парагвай, Парасельські острови, Перу, Південна Африка, Південна Георгія й Південні Сандвічеві Острови, Південна Осетія, Південна Океанія, Південно-Африканська Республіка, Пуерто-Рико, Республіка Конго, Реюньон, Риф Кингмен, Руанда, Сальвадор, Самоа, Сан-Марино, Сант-Бартелемі, Сан-Томе й Принсіпи, Сахарська Арабська Демократична Республіка, Свазіленд, Свалбард і Ян-Мейен Острови, Сенегал, Сент-Вінсент і Гренадіни, Сент-Кітс і Невисув, Сент-Люсія, Сент-Мартен, Сент-П'єр і Мікелон, Сирія, Соломонові Острови, Сомалі, Сомаліленд, Судан, Сурінам, Східне Самоа, Східний Тимор, Сьєрра-Леоне, Тайвань, Танзанія, Тимор-Лешти, Того, Токелау, Тонга, Тринідад і Тобаго, Уганда, Уругвай, Фарерські острова, Федеративні Штати Мікронезії, Фолклендські Острови, Французькі Південні й Антарктичні Території, Центральноафриканська Республіка, Чад, Чилі, Шпіцберген, Ямайка.

15.2. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, особа, яка має право на одержання страхової виплати/ страхового відшкодування, при умові, що:

- вона не є клієнтом Страховика, тобто не звертається за наданням послуг до Страховика та не користується послугами Страховика або особа є клієнтом Страховика, але потребує актуалізації документів, на підставі яких була здійснена його належна перевірка та
- страхова виплата/ страхове відшкодування дорівнює або перевищує 400 000 гривень та
- відмінна від Страхувальника,

зобов'язана надати Страховику документи, на підставі яких буде здійснена його ідентифікація та верифікація, а саме:

- фізична особа: паспорт (із відміткою про місце проживання (реєстрації) або довідкою (паперовим витягом з Єдиного державного демографічного реєстру)), реєстраційний номер облікової картки платника податків, а також Опитувальник відповідної форми власноручно підписаний фізичною особою (фізичною особою – підприємцем);

- юридична особа: витяг/виписку з ЄДРПОУ; відомості про виконавчий орган (наказ, протокол, рішення або інший офіційний документ про призначення уповноваженої особи); копії ідентифікаційних документів уповноваженої особи, копію легалізованого витягу з торгового, банківського чи судового реєстру або нотаріально засвідчене реєстраційне посвідчення уповноваженого органу іноземної держави про реєстрацію юридичної особи; схему структури власності, заповнений Опитувальник відповідної форми підписаний керівником юридичної особи;

- інші документи та відомості для проведення Страховиком заходів з належної перевірки або посиленої належної перевірки з метою безумовного виконання Страховиком вимог Закону про запобігання.

16. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

16.1. Для отримання страхової виплати у випадку настання події, що може бути визнана страховим випадком за видами страхування «Медичні витрати» (п. 6.1.1 Частини С Договору) та/або «Страхування від нещасних випадків» (п. 6.1.2 Частини С Договору) Страхувальник (Застрахована особа або її спадкоємці) зобов'язані надати Страховику наступні документи:

16.1.1. заява на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;

16.1.2. документи, що засвідчують особу одержувача страхової виплати, а також документи та відомості на виконання вимог Закону про запобігання згідно з п. 15.2 Частини С Договору;

16.1.3. документи, що підтверджують дату (-и) та час перетинання Застрахованою особою державного кордону України при виїзді та дату (-и) та час перетинання Застрахованою особою державного кордону при в'їзді на територію України або на територію країни постійного місця проживання, а саме:

16.1.3.1. паспорт або інший документ, передбачений міжнародними договорами або законодавством України, з відмітками прикордонної служби про перетинання державного кордону України при виїзді та про

перетинання Застрахованою особою державного кордону при в'їзді на територію України або на територію країни постійного місця проживання (обов'язково повинні бути зазначені дата та час виїзду та повернення);

16.1.3.2. у випадку перетинання державного кордону Застрахованою особою за внутрішнім паспортом у формі ID-картки, факт, дата та час перетинання державного кордону Застрахованою особою підтверджуються іншими документами (посадковими талонами тощо).

Примітка: якщо Договір укладений з умовою MultiTravel, що зазначається в п. 4.5.1 Частини А Договору, Страхувальник (Застрахована особа) або спадкоємці зобов'язані надати Страховику документи, що підтверджують усі факти перетинання Застрахованою особою державного кордону України при виїзді та в'їзді на територію України або на територію країни постійного місця проживання протягом строку дії Договору для підтвердження періоду перебування Застрахованої особи в країні дії Договору протягом строку дії Договору.

16.1.4. Договір;

16.1.5. У разі **хвороби** додатково до документів, зазначених в п.п.16.1.1- 16.1.4 Частини С Договору:

16.1.5.1. звіт лікаря із зазначеним діагнозом, анамнезу захворювання, скарг Застрахованої особи, дати звернення, тривалості лікування та даними про окремі лікувальні процедури;

16.1.5.2. документи, що підтверджують здійснення оплати наданих послуг Застрахованою особою (квитанції, чеки тощо) місцевого лікаря/медичного закладу/спеціалізованого транспорту (оригінали);

16.1.5.3. рецепти медикаментів, призначених місцевим лікарем Застрахованій особі та документи, що підтверджують здійснення їх оплати Застрахованою особою (квитанції, чеки тощо), де зазначено вартість кожного придбаного медикаменту (оригінали);

16.1.5.4. медичні документи, що містять інформацію про вміст алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин у крові та/або сечі Застрахованої особи на момент звернення до медичного закладу, госпіталізації або відразу після неї;

16.1.6. У разі **нещасного випадку** додатково до документів, зазначених в п.п.16.1.1- 16.1.4 Частини С Договору:

16.1.6.1. довідку з медичної установи, в якій має бути вказаний діагноз та інформація про вміст алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин у крові та/або сечі Застрахованої особи на момент нещасного випадку або протягом 2 (двох) годин після нього;

16.1.6.2. складений за кордоном офіційний протокол або довідку про нещасний випадок, де обов'язково повинна бути вказана така інформація: посадкові особи, що засвідчують факт нещасного випадку, та їх повноваження на виконання таких дій, адреси та/або номери телефонів;

16.1.6.3. детальний опис обставин нещасного випадку та ролі Застрахованої особи в ньому;

16.1.7. У випадку **смерті внаслідок нещасного випадку** додатково до документів, зазначених в п.п.16.1.1- 16.1.4, п. 16.1.6 Частини С Договору:

16.1.7.1. складений за кордоном офіційний протокол або довідку про настання смерті в результаті нещасного випадку, де обов'язково повинна бути вказана така інформація: посадкові особи, що засвідчують факт смерті в результаті нещасного випадку, та їх повноваження на виконання таких дій, адреси та/або номери телефонів;

16.1.7.2. нотаріально засвідчену копію свідоцтва про смерть;

16.1.7.3. нотаріально засвідчену копію свідоцтва про право на спадщину;

16.1.8. у випадку **встановлення групи інвалідності внаслідок нещасного випадку** додатково до документів, зазначених в п.п. 16.1.1- 16.1.4, п. 16.1.6 Частини С Договору:

16.1.8.1. довідку/висновок медико-соціальної експертної комісії про встановлення первинної групи інвалідності, довідки компетентних органів про причину встановлення інвалідності.

16.1.9. Документи, що підтверджують здійснення оплати за товари та надані послуги, передбачені Програмою страхування (пакетом страхування), на умовах якої укладено Договір (оригінали), з деталізацією придбаних товарів та наданих послуг, в тому числі деталізацією щодо маршруту, відстані та вартості одного кілометра перевезення при перевезенні автомобільним транспортом за Програмами страхування (пакетами страхування), передбаченими п.п. 2.4, 2.5, 2.9 Частини В Договору, та документи, що підтверджують необхідність використання даної послуги.

16.1.10. В разі необхідності, на письмову вимогу Страховика – письмову згоду, за формою, визначеною Страховиком (Сервісною компанією), Застрахованої особи на розкриття таємниці про стан здоров'я Застрахованої особи/ лікарської таємниці/ інформації з обмеженим доступом/ комерційної таємниці. У випадку ненадання Застрахованою особою на письмову вимогу Страховика письмової згоди на розкриття таємниці про стан здоров'я Застрахованої особи/ лікарської таємниці/ інформації з обмеженим доступом/ комерційної таємниці, Страховик має право згідно з п. 17.5.1 Частини С Договору відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або відмову у здійсненні страхової виплати до отримання зазначеного документа, але не більше ніж на 6 (шість) місяців.

16.1.11. Інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та його наслідки, на запит Страховика, враховуючи особливості конкретного страхового випадку.

16.2. Для отримання страхового відшкодування у випадку настання події, що може бути визнана страховим випадком за видами страхування «**Страхування багажу**» (п. 6.1.3 Частини С Договору), та/або «**Затримка авіарейсу**» (п. 6.1.4 Частини С Договору), та/або «**Юридична допомога**» (п. 6.1.5

Частини С Договору)Страховальник (Застрахована особа або її спадкоємці) зобов'язані надати Страховику наступні документи:

- 16.2.1. заява про виплату страхового відшкодування за формою, встановленою Страховиком;
- 16.2.2. документи, що засвідчують особу одержувача страхового відшкодування, а також документи та відомості на виконання вимог Закону про запобігання згідно з п. 15.2 Частини С Договору;
- 16.2.3. документи, що підтверджують дату (-и) та час перетинання Застрахованою особою державного кордону України при виїзді та дату (-и) та час перетинання Застрахованою особою державного кордону при в'їзді на територію України або на територію країни постійного місця проживання, а саме:
- 16.2.3.1. паспорт або інший документ, передбачений міжнародними договорами або законодавством України, з відмітками прикордонної служби про перетинання державного кордону України при виїзді та про перетинання Застрахованою особою державного кордону при в'їзді на територію України або на територію країни постійного місця проживання (обов'язково повинні бути зазначені дата та час виїзду та повернення);
- 16.2.3.2. у випадку перетинання державного кордону Застрахованою особою за внутрішнім паспортом у формі ID-картки, факт, дата та час перетинання державного кордону Застрахованою особою підтверджуються іншими документами (посадковими талонами тощо).
- Примітка: якщо Договір укладений з умовою MultiTravel, що зазначається в п. 4.5.1 Частини А Договору, Страховальник (Застрахована особа) зобов'язані надати Страховику документи, що підтверджують усі факти перетинання Застрахованою особою державного кордону України при виїзді та в'їзді на територію України або на територію країни постійного місця проживання протягом строку дії Договору для підтвердження періоду перебування Застрахованої особи в країні дії Договору протягом строку дії Договору.
- 16.2.4. Договір;
- 16.2.5. **У випадку пошкодження, повної загибелі або втрати багажу** додатково до документів, зазначених в п.п.16.2.1 – 6.2.4 Частини С Договору:
- 16.2.5.1. документи, що підтверджують майновий інтерес щодо предмету Договору, а саме: посадковий талон, відривний талон багажної ідентифікаційної бирки, що підтверджує реєстрацію та прийняття багажу до перевезення, та багажна квитанція щодо кількості та ваги місць, які прийняті до повітряного перевезення;
- 16.2.5.2. документи компетентних органів про факт, причини та обставини настання події, що може бути визнана страховим випадком;
- 16.2.5.3. заява (претензія), подана до авіаперевізника, про пошкодження, повну загибель або втрату багажу, акт про неналежне перевезення багажу/ акт про пошкодження багажу;
- 16.2.5.4. письмове підтвердження авіаперевізника або його представника про пошкодження, повну загибель або втрату багажу;
- 16.2.5.5. документи, що підтверджують розмір збитків при пошкодженні, повній загибелі або втраті багажу (висновок експерта/оцінювача авіаперевізника, висновок незалежного експерта/оцінювача про розмір заподіяних збитків, квитанції, чеки та інші документи, що підтверджують здійснені витрати на відновлення пошкодженого багажу тощо);
- 16.2.5.6. інші документи, на обґрунтований письмовий запит Страховика щодо факту, причин та обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, розміру заподіяних збитків, а також майнового інтересу особи, яка є одержувачем страхового відшкодування.
- 16.2.6. **У випадку затримки авіарейсу (регулярного або чартерного) більше ніж на 6 (шість) годин** додатково до документів, зазначених в п.п.16.2.1 – 6.2.4 Частини С Договору:
- 16.2.6.1. документи, що підтверджують майновий інтерес щодо предмету Договору, а саме: квиток, придбаний на рейс, який затримано більше ніж на 6 (шість) годин;
- 16.2.6.2. заява (претензія), подана до авіаперевізника, про заподіяння збитків у зв'язку з затримкою авіарейсу;
- 16.2.6.3. письмове підтвердження авіакомпанії або її представника про те, що виліт було затримано через механічну поломку літака або через погодні умови з зазначенням часу затримки вильоту літака;
- 16.2.6.4. документи, що підтверджують витрати Застрахованої особи на харчування та придбання засобів першої потреби (квитанції, чеки та інші документи, що підтверджують здійснені витрати).
- 16.2.6.5. інші документи, на обґрунтований письмовий запит Страховика щодо факту, причин та обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, розміру заподіяних збитків, а також майнового інтересу особи, яка є одержувачем страхового відшкодування.
- 16.2.7. **У випадку необхідності надання Застрахованій особі юридичної допомоги внаслідок ненавмисного заподіяння нею шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб** додатково до документів, зазначених в п.п.16.2.1 – 6.2.4 Частини С Договору:
- 16.2.7.1. документи компетентних органів про факт, причини та обставини настання події, внаслідок якої Застрахованою особою було ненавмисно заподіяно шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб, та розмір заподіяної шкоди (збитків);
- 16.2.7.2. документи, що підтверджують відсутність алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин за результатами аналізу крові та/або сечі на їх вміст, зробленого Застрахованою особою не пізніше, ніж через 2 (дві) години після заподіяння нею шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб;
- 16.2.7.3. документи, що підтверджують витрати Застрахованої особи на отримання юридичної допомоги під час здійснення нею поїздки/подорожі та перебування на території страхування, зазначеній в Договорі, внаслідок ненавмисного заподіяння нею шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб (договір/договори

про надання юридичних послуг, квитанції, чеки та інші документи, що підтверджують здійснені витрати, тощо);

16.2.7.4. інші документи, на обґрунтований письмовий запит Страховика щодо факту, причин та обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, розміру заподіяних збитків, а також майнового інтересу особи, яка є одержувачем страхового відшкодування.

16.3. Документи, зазначені в п.16.1 Частини С Договору, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язані надати Страховику не пізніше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після повернення в Україну із закордонної подорожі, протягом якої відбулася подія, що може бути визнана страховим випадком, а у випадку смерті Застрахованої особи - спадкоємці Застрахованої особи не пізніше 7 (семи) місяців з моменту настання події, що може бути визнана страховим випадком.

16.4. Документи, зазначені в п. 16.2 Частини С Договору, Страхувальник (Застрахована особа або її спадкоємці) зобов'язані надати Страховику не пізніше 3 (трьох) робочих днів після повернення в Україну із закордонної подорожі, протягом якої відбулася подія, що може бути визнана страховим випадком, а у випадку смерті Застрахованої особи - спадкоємці Застрахованої особи не пізніше 7 (семи) місяців з моменту настання події, що може бути визнана страховим випадком.

16.5. У випадку, якщо необхідні документи згідно з законодавством не можуть бути надані Страховику протягом строку, зазначеного в п.п. 16.3, 16.4 Частини С Договору, Страхувальник/Застрахована особа/спадкоємці Застрахованої особи зобов'язані надати ці документи протягом 3 (трьох) робочих днів після їх оформлення (одержання), але не пізніше 6 (місяців) з моменту повернення в Україну.

16.6. Вимоги до документів, що зазначені в п.п. 16.1, 16.2 Частини С Договору:

16.6.1. Усі документи, що підтверджують витрати, повинні містити такі реквізити: фірмовий бланк, печатка (або персональний штамп, якщо це рахунок лікаря), підпис відповідальної особи підрозділу або закладу, що надав послуги (якщо це рахунок або рецепт лікаря), деталізовані рахунки за інші надані послуги. У випадку надання документів, що не відповідають вище згаданим вимогам, документи визнаються дійсними тільки в тому випадку, коли такі вимоги до оформлення документів прийняті в країні тимчасового перебування (подорожі/поїздки).

16.6.2. Документи, зазначені в п.п. 16.1, 16.2 Частини С Договору, надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій, копій, засвідчених компетентними органами, або Страхувальником, Застрахованою особою, їх спадкоємцями, за умови надання за запитом Страховика оригіналів цих документів для можливості здійснення Страховиком звірки копії з оригіналом. При цьому, документи, що підтверджують здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) оплати за товари та надані послуги (квитанції, чеки тощо) надаються Страховику виключно у формі оригіналів.

16.6.3. Документи, що складені іноземною мовою (крім російської), повинні бути перекладені українською мовою, а переклад належним чином посвідчений (підпис перекладача має бути засвідчений нотаріально). Обов'язок з організації перекладу та здійснення витрат на такий переклад несе Страхувальник/ Застрахована особа/ спадкоємці Застрахованої особи.

16.7. Ненадання та/або несвочасне надання Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем документів, передбачених розділом 16 Частини С Договору, вважається простроченням Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача (кредитора) згідно зі ст. 613 Цивільного кодексу України.

16.8. Прострочення Страховика не настає, якщо зобов'язання не може бути виконане Страховиком внаслідок прострочення Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача (кредитора).

17. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ/ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ. СТРОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ/ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

17.1. Здійснення страхових виплат і виплата страхового відшкодування проводиться Страховиком згідно з Договором на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) і Страхового акта, який складається Страховиком у формі, що визначається Страховиком.

17.2. Рішення про здійснення страхової виплати/ страхового відшкодування приймається Страховиком тільки після того, як повністю будуть встановлені причини та розмір збитків, а також Страховиком (як суб'єктом первинного фінансового моніторингу) відповідно до вимог Закону про запобігання буде проведена належна перевірка (здійснена ідентифікація та верифікація) особи, яка має право на одержання страхової виплати/ страхового відшкодування (з урахуванням вимог пункту 15.2 Частини С Договору), за умови виконання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) всіх інших обов'язків за Договором. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний надати Страховику усі необхідні документи, що підтверджують факт настання, причини та обставини страхового випадку та розмір збитків, перелік яких наведено в розділі 16 Частини С Договору. Ненадання вказаних документів у встановлені п.п. 16.3- 16.5 Частини С Договору строки дає Страховику право відмовити у страховій виплаті/ виплаті страхового відшкодування як в цілому, так і в частині збитку, не підтвердженій такими документами.

17.3. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати/страхового відшкодування або відмову у здійсненні страхової виплати/страхового відшкодування шляхом складання Страхового акту протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту одержання від Страхувальника, Застрахованої особи або

її спадкоємців усіх необхідних для цього документів згідно з розділом 16 Частини С Договору (за умови виконання особою, яка має право на одержання страхового відшкодування, умов п. 15.2 Частини С Договору).

17.4. Якщо було прийнято рішення про здійснення страхової виплати/страхового відшкодування, то страхова виплата/ виплата страхового відшкодування здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту складання Страхового акту.

17.5. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати/ страхового відшкодування або відмову у здійсненні страхової виплати/ страхового відшкодування у випадках, передбачених в п.п. 14.1.5, 14.1.6 Частини С Договору, а також в наступних випадках:

17.5.1. у разі наявності обґрунтованих сумнівів у правомірності вимог на одержання Страхувальником /Застрахованою особою або її спадкоємцями страхової виплати/страхового відшкодування або кваліфікації події «страховий випадок» або «не страховий випадок» – до отримання необхідних доказів, але не більше, ніж на 6 (шість) місяців з дня отримання всіх необхідних документів згідно з розділом 16 Частини С Договору;

17.5.2. якщо відповідними компетентними органами розпочато кримінальне провадження відносно Страхувальника/ Застрахованої особи або її спадкоємців або за фактом події або будь-яких неправомірних дій сторін при укладанні Договору – до закінчення кримінального провадження;

17.5.3. якщо Страхувальник/Застрахована особа, її спадкоємці надали документи, які необхідні для прийняття рішення про здійснення страхової виплати/страхового відшкодування, оформлені з порушенням діючих норм (відсутні номер, печатка або дата, наявність виправлень) або якщо такі документи містять недостовірну інформацію щодо часу, причин, обставин події та розміру заподіяної шкоди, - до усунення таких порушень, але не більше, ніж на 6 (шість) місяців з дня отримання всіх необхідних документів згідно з розділом 16 Частини С Договору.

17.6. При відмові або відстроченні здійснення страхової виплати/ страхового відшкодування Страховик повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу/ особу, яка зазнала витрат) у письмовій формі протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання всіх необхідних документів згідно з розділом 16 Частини С Договору з обґрунтуванням причин відмови або відстрочення.

18. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ/ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

18.1. **Витрати, які відшкодовує Страховик:** Страховик відшкодовує витрати згідно з обраною Програмою страхування (пакетом страхування). Обрана Програма страхування (пакет страхування) зазначається Страхувальником в п. 4.1 Частини А Договору. Перелік видів витрат, що відшкодовуються Страховиком за відповідною Програмою страхування (пакетом страхування), наведено в розділі 1 Частини В Договору.

18.2. **Страхова виплата за страховими випадками, зазначеними в п. 6.1.1 Частини С Договору (вид страхування «Медичні витрати»), здійснюється Страховиком:**

18.2.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком за витрати, передбачені Договором, на медичні або інші послуги, які були надані Застрахованій особі під час її перебування за кордоном, у межах страхової суми та лімітів відповідальності, зазначених у Договорі відповідно до обраної Програми страхування (пакету страхування) за вирахуванням франшизи. Якщо Договором передбачена франшиза, при кожному страховому випадку не буде відшкодована частина збитків на зазначений в Договорі розмір франшизи.

18.2.2. Страхова виплата здійснюється в наступному порядку:

18.2.2.1. медичному закладу безпосередньо або медичному закладу через Сервісну компанію за надані Застрахованій особі послуги згідно з наданим рахунком чи іншим платіжно-розрахунковим документом;

18.2.2.2. Застрахованій особі, яка самостійно здійснила оплату наданих послуг та/або придбала медикаменти за умови попереднього письмового погодження зі Страховиком (в т.ч. попереднім погодженням зі Страховиком через Сервісну компанію) в національній валюті України по курсу Національного банку України на день здійснення Застрахованою особою витрат, оплати наданих послуг, ліків, в країні перебування, що зазначено в підтверджуючих документах.

18.2.2.3. витрати на медичну допомогу, яку Застрахована особа оплатила самостійно за письмовим погодженням із Сервісною компанією або Страховиком – відшкодовуються Страховиком в погодженому розмірі.

18.2.2.4. витрати на медичну допомогу, яку Застрахована особа оплатила самостійно, без письмового погодження із Сервісною компанією або Страховиком - відшкодовуються Страховиком у розмірі не більше, ніж 300 (триста) Євро (за виключенням випадків, що сталися на території країн, визначених в п. 15.1.9 Частини С Договору, на території яких витрати відшкодовуються за умови обов'язкового узгодження зі Страховиком або Сервісною компанією).

18.3. **Страхова виплата за страховими випадками, зазначеними в п. 6.1.2 Частини С Договору (вид страхування «Страхування від нещасних випадків»), здійснюється Страховиком:**

18.3.1. у випадку встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи – в розмірі 100% страхової суми за видом страхування «Страхування від нещасних випадків», що зазначена в п. 6 Частини А Договору; II групи - в розмірі 75% страхової суми за видом страхування «Страхування від нещасних випадків», що зазначена в п. 6 Частини А Договору; III групи - в розмірі 50% страхової суми за видом страхування «Страхування від нещасних випадків», що зазначена в п. 6 Частини А Договору;

18.3.2. у випадку смерті Застрахованої особи - 100% страхової суми за видом страхування «Страхування від нещасних випадків», що зазначена в п. 6 Частини А Договору.

18.3.3. Страхова виплата у випадку смерті проводиться з вирахуванням раніше здійснених страхових виплат по тому ж нещасному випадку.

18.4. Страхове відшкодування за страховими випадками, зазначеними в п. 6.1.3 Частини С Договору (вид страхування «Страхування багажу»), здійснюється Страховиком:

18.4.1. Розмір страхового відшкодування дорівнює розміру заподіяних настанням страхового випадку збитків, визначених згідно з п. 18.4.2 Частини С Договору, за вирахуванням встановленої Договором франшизи та сум, отриманих Страхувальником у відшкодування збитків від авіаперевізника (інших осіб, винних у заподіянні збитків), але не більше страхової суми (у випадку повної загибелі або втрати багажу) або відповідного ліміту відповідальності Страховика (у випадку пошкодження багажу), що встановлені в Договорі згідно з обраною Програмою страхування (пакетом страхування).

18.4.2. Розмір збитків визначається Страховиком на підставі документів, зазначених у п. 16.2.1 – 16.2.5 Частини С Договору. У разі втрати або повної загибелі багажу внаслідок настання страхового випадку, розмір збитків Застрахованої особи становить 100% страхової суми за видом страхування «Страхування багажу», що зазначена в п. 6 Частини А Договору. У разі пошкодження багажу внаслідок настання страхового випадку, розмір збитків Застрахованої особи визначається в розмірі витрат на відновлення пошкодженого багажу в межах відповідного ліміту відповідальності Страховика на відшкодування збитків у зв'язку з пошкодженням багажу, що встановлений в Договорі згідно з обраною Програмою страхування (пакетом страхування).

18.4.3. Якщо багаж, який був втрачений, буде знайдено до виплати страхового відшкодування, Застрахована особа зобов'язана повідомити про це Страховика протягом 2 (двох) робочих днів з дати повернення багажу. У разі, якщо багаж, який був втрачений, буде знайдено у пошкодженому стані, Страховик здійснює розрахунок страхового відшкодування відповідно до п. 18.4.2 Частини С Договору у зв'язку з пошкодженням багажу. Строки всіх етапів виплати страхового відшкодування відраховуються від дати повідомлення Страховика про знаходження багажу та надання Застрахованою особою документів, що підтверджують витрати на відновлення пошкодженого багажу, якщо його знайдено у пошкодженому стані.

18.4.4. Якщо багаж, який був втрачений, буде знайдено після виплати страхового відшкодування, Застрахована особа зобов'язана повідомити про це Страховика протягом 2 (двох) робочих днів з дати повернення багажу та повернути Страховику виплачене страхове відшкодування у повному обсязі. У разі, якщо багаж, який був втрачений, буде знайдено у пошкодженому стані, то Застрахована особа зобов'язана повідомити про це Страховика протягом 2 (двох) робочих днів з дати повернення багажу у пошкодженому стані та повернути Страховику частину виплаченого страхового відшкодування відповідно до перерахунку, здійсненого Страховиком.

18.4.5. Якщо на момент настання страхового випадку Страхувальник/Застрахована особа мали договори страхування предмету Договору по аналогічних ризиках із декількома страховиками, то страхове відшкодування, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати розміру завданих збитків. При цьому Страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми/ліміту відповідальності за укладеним з ним Договором.

18.4.6. Після виплати страхового відшкодування, страхова сума за Договором та відповідні ліміти відповідальності зменшуються на суму виплаченого страхового відшкодування. Наступні виплати страхового відшкодування проводяться з урахуванням зменшення страхової суми/лімітів відповідальності.

18.5. Страхове відшкодування за страховими випадками, зазначеними в п. 6.1.4 Частини С Договору (вид страхування «Затримка авіарейсу»), здійснюється Страховиком:

18.5.1. Розмір страхового відшкодування дорівнює розміру заподіяних настанням страхового випадку збитків, визначених згідно з п. 18.5.2 Частини С Договору, за вирахуванням встановленої Договором франшизи та сум, отриманих Страхувальником у відшкодування збитків від авіаперевізника (інших осіб, винних у заподіянні збитків), але не більше страхової суми або відповідного ліміту відповідальності Страховика, що встановлені в Договорі згідно з обраною Програмою страхування (пакетом страхування).

18.5.2. Розмір збитків визначається Страховиком на підставі документів, зазначених у п.п. 16.2.1 -16.2.4, п.16.2.6 Частини С Договору. У разі витрат Застрахованої особи на харчування внаслідок настання страхового випадку, розмір збитків Застрахованої особи дорівнює розміру здійснених витрат на харчування, а саме витрат на придбання харчових продуктів, в тому числі безалкогольних напоїв, в межах відповідного ліміту відповідальності Страховика на відшкодування витрат на харчування, встановленого в Договорі згідно з обраною Програмою страхування (пакетом страхування). У разі витрат Застрахованої особи на придбання засобів першої потреби внаслідок настання страхового випадку, розмір збитків Застрахованої особи дорівнює розміру здійснених витрат на придбання непродовольчих засобів першої потреби в межах відповідного ліміту відповідальності Страховика на відшкодування витрат на придбання засобів першої потреби, встановленого в Договорі згідно з обраною Програмою страхування (пакетом страхування).

18.5.3. Виплата страхового відшкодування здійснюється за умови, що Застрахована особа пройшла реєстрацію на рейс відповідно до правил реєстрації, що зазначені в квитку, виданому йому авіакомпанією (агентом авіакомпанії).

18.5.4. Якщо на момент настання страхового випадку Страхувальник/Застрахована особа мали договори страхування предмету Договору по аналогічних ризиках із декількома страховиками, то страхове відшкодування, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати розміру завданих збитків. При цьому Страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми/ліміту відповідальності за укладеним з ним Договором.

18.5.5. Після виплати страхового відшкодування, страхова сума за Договором та відповідні ліміти відповідальності зменшуються на суму виплаченого страхового відшкодування. Наступні виплати страхового відшкодування проводяться з урахуванням зменшення страхової суми/лімітів відповідальності.

18.6. Страхове відшкодування за страховими випадками, зазначеними в п. 6.1.5 Частини С Договору (вид страхування «Юридична допомога»), здійснюється Страховиком:

18.6.1. Розмір страхового відшкодування дорівнює розміру заподіяних настанням страхового випадку збитків, визначених згідно з п. 18.6.2 Частини С Договору, за вирахуванням встановленої Договором франшизи та сум, відшкодованих іншими особами, винними в заподіянні шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб, але не більше страхової суми за видом страхування «Юридична допомога», що зазначена в п. 6 Частини А Договору.

18.6.2. Розмір збитків визначається Страховиком на підставі документів, зазначених у п.п. 16.2.1 -16.2.4, п.16.2.7 Частини С Договору. У разі витрат Застрахованої особи на отримання юридичної допомоги під час здійснення нею поїздки/подорожі та перебування на території страхування, зазначеній в Договорі, внаслідок ненавмисного заподіяння нею шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб, розмір збитків Застрахованої особи дорівнює розміру здійснених витрат за договором (договорами) про надання юридичних послуг згідно з квитанціями, чеками або іншими документами про сплату послуг у межах страхової суми за видом страхування «Юридична допомога», що зазначена в п. 6 Частини А Договору.

18.6.3. Якщо на момент настання страхового випадку Страхувальник/Застрахована особа мали договори страхування предмету Договору по аналогічних ризиках із декількома страховиками, то страхове відшкодування, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати розміру завданих збитків. При цьому Страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним з ним Договором.

18.6.4. Після виплати страхового відшкодування, страхова сума за Договором та відповідні ліміти відповідальності зменшуються на суму виплаченого страхового відшкодування. Наступні виплати страхового відшкодування проводяться з урахуванням зменшення страхової суми/лімітів відповідальності.

18.7. В будь-якому випадку за усіма видами страхування, що передбачені Договором відповідно до обраної Програми страхування (пакету страхування), страхова виплата/страхове відшкодування не може перевищувати розміру прямих збитків, яких зазнала Застрахована особа.

18.8. Сторони мають право визначати розмір та порядок здійснення страхової виплати/ страхового відшкодування за домовленістю Сторін.

19. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

19.1. До страхових випадків не відносяться події, що сталися під час:

19.1.1. надзвичайного, особливого чи військового (воєнного) стану, оголошеного органами влади в країні перебування Застрахованої особи та/або під час громадських заворушень, революції, повстання, страйку або терористичного акту, участі у правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту);

19.1.2. служби Застрахованої особи в військових структурах або формуваннях тощо;

19.1.3. прямого або непрямого впливу радіоактивного випромінювання, ядерного інциденту, ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення, іонізуючого випромінювання;

19.1.4. навмисного піддавання себе небезпеці (за виключенням спроби рятування людського життя), навмисного нанесення собі будь-яких ушкоджень, самогубства, замаху на самогубство чи відхилення від медичних приписів; виїзду або перебування Застрахованої особи в певній країні, якщо Міністерство закордонних справ України (або будь-який інший державний орган країни перебування Застрахованої особи) рекомендує утриматися від відвідання цієї країни, а тим Застрахованим особам, які вже перебувають у цій країні - залишити її територію; невиконання приписів і попереджень державних органів (в тому числі, але не виключно, рятувальних служб) про рекомендації або заборону здійснення будь-яких дій, або відвідування будь-яких місць на території перебування Застрахованої особи, або про рекомендації вжиття певних заходів та дій;

19.1.5. вчинення Застрахованою особою, Вигодонабувачем протиправних дій (дій, що є порушенням законодавства країни перебування відповідно до п.4.3 Частини А Договору);

19.1.6. управління Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом або передачі управління транспортним засобом особі, яка знаходиться у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, управління Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом, якщо вона не має права управління цим транспортним засобом або немає відповідної категорії водія або передачею нею управління іншій особі, яка не має вищезазначених прав;

19.1.7. екологічних катастроф;

19.1.8. раптового захворювання Застрахованої особи, нещасного випадку або заподіяння Застрахованою особою шкоди третім особам, які сталися під час впливу на організм Застрахованої особи алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин, у тому числі, але не виключно, встановлення факту їх вживання безпосередньо до настання події, що може бути визнана страховим випадком, та/або встановлення факту наявності цих речовин в організмі Застрахованої особи та/або встановлення місцевим лікарем клінічної картини сп'яніння без проведення лабораторних досліджень або під час перебування у стані алкогольного, наркотичного та/або токсичного сп'яніння та/або внаслідок вживання нею алкоголю, наркотичних речовин, токсичних речовин, психотропних речовин;

19.1.9. фотографування з дикими тваринами (наприклад, але не виключно, зміями, слонами, крокодилами, скатами тощо). Дикі тварини - хордові, в тому числі хребетні (ссавці, птахи, плазуни, земноводні, риби та

інші) і безхребетні (членистоногі, молюски, голкошкірі та інші) в усьому їх видовому і популяційному різноманітті та на всіх стадіях розвитку (ембріони, яйця, лялечки тощо), які перебувають у стані природної волі, утримуються у напіввільних умовах чи в неволі;

19.1.10. війни. Поняття «війна» охоплює наступне: війна чи військові операції/дії, світова війна (оголошена чи неоголошена), вторгнення, дії зовнішніх ворогів, військовий заколот, бунт, громадські заворушення, громадянська війна, повстання, революція, заколот, захоплення чи узурпація влади військовими, військове положення, період осади, або будь-які інші події чи підстави для оголошення війни, міжнародні збройні конфлікти та збройні конфлікти внутрішнього характеру; дії мін, бомб, снарядів та інших знарядь війни, зброї, військових дій, громадських заворушень, громадянської війни, страйків, вторгнення військ, повстання, вуличних заворушень, локаутів, терористичних актів, терористичної або антитерористичної діяльності, воєнних/збройних конфліктів, дії незаконних збройних формувань, повалення/захоплення влади або спроби таких дій, мародерства, агресії іншої держави або заходів щодо її подолання, вторгнення військ іншої держави або несанкціонованого перетинання кордону військами іншої держави, або будь-яких інших дій за політичними, економічними, соціальними мотивами; примусовим вилученням, конфіскацією, мобілізацією, реквізицією, арештом за розпорядженням існуючого де-юре та де-факто уряду чи будь-якого органу влади або за вимогою представників військової чи цивільної влади.

19.2. Не надаються послуги та/або не відшкодовуються витрати, пов'язані з наданням будь-якої медичної допомоги (в тому числі медикаментозного забезпечення, діагностики) у випадках:

19.2.1. хвороби (патологічного стану), що почалась до перетинання кордону, або хвороби (патологічного стану), щодо якої було призначене або надане медичне лікування в будь-який час до початку дії Договору, а також якщо існували медичні протипоказання для подорожі Застрахованої особи;

19.2.2. лікування вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень, які віднесені до XVII класу МКХ X перегляду; перинатальних пошкоджень та їх наслідків (в т.ч. дитячий церебральний параліч); лікування хронічних захворювань та/або їх загострень; нещасного випадку, що є наслідком хронічного захворювання (обмеження не застосовується, якщо надані медичні послуги пов'язані з усуненням гострої небезпеки для життя Застрахованої особи);

19.2.3. захворювань, викликаних або спровокованих СНІДом (синдром набутого імунodefіциту) або ВІЛ (вірус імунodefіциту людини); наявності у Застрахованої особи СНІД/ВІЛ;

19.2.4. захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, венеричних захворювань, а також захворювань, що є їх наслідками;

19.2.5. будь-яких ускладнень вагітності, ускладнень, що були спричинені вагітністю, а також медичного та мимовільного аборту (за винятком змушеного переривання вагітності, що стало наслідком нещасного випадку або раптового захворювання);

19.2.6. прояву або загострення будь-якого психічного, психоневрологічного, психосоматичного захворювання, незалежно від його класифікації; Синдром Гаїє - Верніке (хвороба Верніке, енцефалопатія Верніке, верхній гострий геморагічний поліоенцефаліт Верніке); стани (захворювання та травми), які сталися на фоні вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин; вроджених аномалій та їх наслідків, спадкових захворювань; будь-якого ускладнення інвалідизуючого захворювання, з приводу якого буде встановлена Застрахованій особі група інвалідності до початку подорожі;

19.2.7. медичних оглядів та/або медичного догляду, які не пов'язані із раптовим захворюванням або травмою, та/або медичних послуг, що не є обов'язковими для діагностики та/або лікування, або якщо їх, згідно з медичним висновком лікаря, який лікує Застраховану особу, та лікаря Сервісної компанії, можливо відкласти до повернення в Україну;

19.2.8. медичних оглядів, діагностичних обстежень, будь-яких медичних маніпуляцій (у тому числі консультацій та функціональних, лабораторних досліджень), включаючи знаходження в стаціонарі (повному або денному), витратні матеріали, витрати на проїзд та харчування, якщо в результаті цих обстежень, оглядів, маніпуляцій встановлений діагноз, що є виключенням зі страхових випадків або підпадає під обмеження страхування;

19.2.9. будь-якого виду протезування (в т.ч., але не виключно, ендопротезування зубне й очне протезування), в тому числі за призначенням лікаря, що лікує Застраховану особу;

19.2.10. якщо звернення за медичною допомогою зумовлене захворюванням (патологічним станом), з приводу якого здійснена ця подорож Застрахованою особою за кордон для лікування чи консультації; лікування ускладнень, які виникли після проведеного за кордоном планового (оперативного та/або консервативного) лікування Застрахованої особи;

19.2.11. косметичної, реконструктивної, пластичної хірургії, операцій (зокрема, але не виключно, косметичної, реконструктивної, пластичної хірургії, операцій зв'язок, суглобів); лікування ожиріння або інші порушення обміну речовин; хірургічних втручань пов'язаних з трансплантацією органів та тканин (в т.ч. при опіках), витрати на санаторно-курортне лікування (у тому числі санаторно-курортне лікування у зв'язку з діагнозом, витрати на лікування якого є предметом Договору), в тому числі якщо таке лікування визначено лікарем як реабілітаційне лікування;

19.2.12. проведення профілактичної вакцинації, а також відновлювальної, лікувальної або оздоровчої фізіотерапії; будь-які медичні маніпуляції, діагностичні дослідження, медикаменти, призначені з профілактичною метою;

- 19.2.13. медичної репатріації в результаті незначних хвороб або травм, що піддаються лікуванню по місце перебування Застрахованої особи і не перешкоджають продовженню її подорожі згідно з висновком лікуючого лікаря, узгодженого з Сервісною компанією;
- 19.2.14. поховання та ритуальних послуг, крім відшкодування вартості труни та вартості розтину тіла;
- 19.2.15. будь-яких патологічних переломів та вивихів (згідно МКХ Х перегляду класи М80-М85) ; будь-якої інфекції, отриманої під час стаціонарного лікування, внутрішньо-лікарняної інфекції;
- 19.2.16. самолікування чи лікування особою або медичною установою, що не має відповідної ліцензії або що не мають права на медичну діяльність, а також лікування методами біоенергетики, гірудотерапії, озонотерапії, склеротерапії, гіпнозу, рефлексотерапії, гомеопатичного лікування, ароматерапії, фітотерапії, акупунктури, акупресури, мануальної терапії, аювердичної терапії, магнітотерапії, су-джок терапії, іпотерапії;
- 19.2.17. надання додаткового комфорту, а саме: перебування в одно- або двомісній палаті, надання телевізору, телефону, кондиціонеру, послуг перукаря або косметолога, оплати зубних паст, щіток, шампунів, дезінфікуючих розчинів тощо;
- 19.2.18. якщо витрати по кожній окремій події, що може бути визнана страховим випадком, що перевищують 300 Євро, не були попередньо письмово узгоджені Страхувальником (Застрахованою особою) та/або медичним закладом, що надавав медичні послуги, із Страховиком або Сервісною компанією;
- 19.2.19. якщо витрати по кожній окремій події, що може бути визнана страховим випадком, та сталася на території країн, визначених в п. 15.1.9 Частини С Договору, не були попередньо письмово узгоджені Страхувальником (Застрахованою особою) та/або медичним закладом, що надавав медичні послуги, із Страховиком та/або Сервісною компанією;
- 19.2.20. якщо подія відбулась після 30-го дня безперервного перебування Застрахованої особи на території страхування, зазначеній в п. 4.3. Частини А Договору, при умові, що Договір укладено з умовою MultiTravel, що зазначається в п. 4.5.1 Частини А Договору;
- 19.2.21. якщо подія відбулася під час перебування Застрахованої особи за кордоном після закінчення кількості днів періоду страхування, визначеної в п. 4.5 Частини А Договору;
- 19.2.22. якщо подія відбулась внаслідок авіаційної події, за винятком випадків, коли Застрахована особа була пасажиром авіаційного судна, що здійснювало регулярний або чартерний рейс;
- 19.2.23. якщо подія відбулась при виконанні Застрахованою особою будь-яких видів робіт за наймом;
- 19.2.24. якщо подія відбулася за участю Застрахованої особи в деяких видах активного відпочинку (горні лижи, рафтинг, дайвінг, стрибки з парашутом, дельтапланеризм, альпінізм, скелелазіння, сафарі, серфінг, катання на сноуборді, футбол, волейбол тощо) або під час пересування Застрахованої особи на мото-, вело транспорті та інших видах засобів пересування (наприклад, квадроцикл, сігвей, гіроборд тощо), за винятком випадків, коли в п. 3 Частини А Договору зазначено спеціальне застереження «Активний відпочинок» (код мети «AR») відповідно до обраної Програми страхування (пакету страхування) «Елітний»;
- 19.2.25. якщо подія відбулася при занятті спортом;
- 19.2.26. якщо подія відбулася внаслідок обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин), настання яких жодна зі сторін не змогла б передбачити або запобігти розумними заходами, в тому числі військових дій, терористичних актів, страйків, актів військової або цивільної влади тощо. Факт настання обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин) підтверджується відповідними документами компетентних органів (торгівельно-промислової палати тощо) та/або повідомленнями будь-яких офіційних органів, які були офіційно оприлюднені у засобах масової інформації (у тому числі, але не виключно, у мережі Інтернет);
- 19.2.27. якщо необхідність в наданні медичної та іншої допомоги, передбаченої умовами Договору, виникла у зв'язку із захворюванням, щодо якого мало б бути щеплення згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні або наявність щеплення (вакцинація) перед здійсненням такої подорожі вимагається або рекомендується Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Центром з контролю та профілактики захворювань (США), а також на інформаційних сайтах США по вакцинації мандрівників MDtravelhealth та Міжнародного суспільства Travel Medicine, посольствах країн подорожі або прикордонних служб;
- 19.2.28. пов'язаних з онкологічними (доброякісними та злоякісними) захворюваннями та будь-якими їх ускладненнями;
- 19.2.29. надання стоматологічних послуг, крім невідкладної ургентної допомоги (за умови обрання Програми страхування (пакету страхування) «Преміальний»);
- 19.2.30. надання медичних та інших послуг, які не передбачені умовами Договору та обраною Програмою страхування (пакетом страхування);
- 19.2.31. діагностичних маніпуляцій (у тому числі консультацій та функціональних, лабораторних досліджень) без наступного лікування;
- 19.2.32. пов'язаних з будь-якими операціями на серці та судинах, у тому числі ангіопластика, стентування, шунтування, ангіографія;
- 19.2.33. лікування за допомогою барокамери, навіть якщо це єдиний метод лікування;
- 19.2.34. лікування на території страхування, зазначеній в п. 4.3 Частини А Договору, після дати, коли лікарем Сервісної компанії та місцевим лікарем встановлено, що медична репатріація є можливою за медичними показаннями та може бути організована Страховиком, крім тих витрат, що були здійснені з метою медичної репатріації Застрахованої особи;

- 19.2.35. лікування, що за медичними показаннями, підтвердженими місцевим лікарем та лікарем Сервісної компанії, може бути відкладене до повернення Застрахованої особи до країни постійного місця проживання;
- 19.2.36. транспортування Застрахованої особи, без попереднього письмового погодження із Сервісною компанією/Страховиком виду та засобу транспортування Застрахованої особи;
- 19.2.37. транспортування Застрахованої особи санітарною авіацією, якщо є технічна можливість та відсутні медичні протипоказання транспортувати Застраховану особу іншим транспортом;
- 19.2.38. репатріація у випадку хвороби (травми) та/або у випадку смерті без участі або без попереднього письмового погодження із Сервісною компанією та/або Страховиком. Якщо лікар Сервісної компанії та місцевий лікар вважають, що репатріація у випадку хвороби (травми) Застрахованої особи можлива, а Застрахована особа відмовляється від неї, Страховик негайно припиняє оплату вартості послуг з лікування Застрахованої особи;
- 19.2.39. сонячного удару, сонячних опіків та інших гострих змін у шкірному покриві, викликаних впливом ультрафіолетового випромінювання, дерматитів, кропивниць та еритема, інших проявів алергічної реакції, крім негайної медичної допомоги для врятування життя;
- 19.2.40. розладів слуху, що спричинені наявністю сіркових пробок, ускладненнями внаслідок переохолодження та (або) потрапляння води;
- 19.2.41. нападів акул та/або будь - яких представників молюсків, хордових, кишковопорожнинних, голкошкірих типів тварин в місцях не встановлених/призначених для плавання офіційно та/або при наявності в місці настання події офіційного попередження (у тому числі але не виключно будь-яких рятувальних служб) про заборону плавання /купання;
- 19.2.42. придбання та/або ремонту, встановлення допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, інгаляторів, протезів, милиць, інвалідних візків, тростин, вимірювальних приладів тощо);
- 19.2.43. придбання загальнозміцнюючих препаратів, вітамінів, біологічно активних добавок та препаратів, не зареєстрованих як лікарські засоби в країні лікування Застрахованої особи, засобів гігієни;
- 19.2.44. будь-якого харчування, крім того, що передбачене умовами цілодобового стаціонарного лікування.
- 19.3. Страховик не приймає до розгляду і не відшкодовує:**
- 19.3.1. моральну шкоду, непрямі збитки;
- 19.3.2. витрати і збитки через неможливість працювати, брати участь в подорожі, екскурсії, проводити відпустку за кордоном, за бронювання квитків і місць у готелях;
- 19.3.3. збитки, заподіяні професійною помилкою місцевого лікаря, медичного закладу;
- 19.3.4. збитки, заподіяні майну Застрахованої особи (крім збитків в результаті пошкодження, повної загибелі або втрати всього багажу внаслідок страхового випадку, передбаченого за видом страхування «Страхування багажу», за умови обрання Програми страхування (паketу страхування) «Статусний» або «Елітний»);
- 19.3.5. збитки або витрати, здійснені в Україні (або країні постійного місця проживання), навіть якщо вони пов'язані зі страховим випадком;
- 19.3.6. благодійні внески, пожертви; збитки, які не пов'язані з діагностикою та/або лікуванням згідно з Програмою страхування (паketом страхування), на умовах якої укладено Договір;
- 19.3.7. витрати на штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи щодо запобігання вагітності та наслідки всіх зазначених заходів, витрати щодо захворювань та станів, які пов'язані з вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності та випадків, коли стан Застрахованої особи загрожує її життю;
- 19.3.8. витрати на психотерапевтичне і психіатричне лікування;
- 19.3.9. витрати на оформлення та виписку медичної документації, перекомпостування білетів на рейсовий транспорт на інший строк, будь-яке транспортування Застрахованої особи, крім транспортування до лікарні або лікаря за медичними показаннями;
- 19.3.10. надання медичної допомоги в зв'язку з епідеміями, крім епідемії грипу та захворювань на коронавірусну хворобу 2019 (COVID-19), якщо Договором передбачено покриття Covid-19 згідно з п. 4.6 Частини А Договору відповідно до обраної Програми страхування (паketу страхування) «Статусний» або «Елітний»;
- 19.3.11. витрати на проведення високотехнологічних маніпуляцій, операцій на серці та судинах, в т.ч. агіографія, ангіопластика, шунтування тощо, операцій з приводу аневризми судин, крім невідкладних операцій при ускладнених аневризмах судин головного мозку, серця, коли існує загроза життю Застрахованої особи.
- 19.3.12. витрати на лікування травм, станів та захворювань, що виникли внаслідок порушення загальноприйнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, в т.ч. ті, що рекомендовані представниками Страховика, туристичного оператора та працівниками баз розміщення (готелі, пляжі тощо);
- 19.3.13. вартість металевих та інших конструкцій, встановлених Застрахованій особі при наданні медичних послуг, що визначається за цінами товаровиробника;
- 19.3.14. витрати на переклад довідок, медичних висновків, рахунків та інших наданих Страховику документів на українську мову;
- 19.3.15. витрати на нотаріальне посвідчення довіреностей, виданих представнику Страховика, та інших документів, наданих Страховику відповідно до умов Договору;

19.3.16. вартість алкогольних та слабоалкогольних напоїв у складі витрат на харчування у зв'язку з затримкою авіарейсу.

19.4. Страховик не відшкодовує збитки у випадку:

19.4.1. пошкодження, втрати або повної загибелі багажу, що сталися внаслідок конфіскації багажу митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;

19.4.2. неповідомлення або несвоечасного повідомлення (відповідно до правил авіаперевезення) Застрахованою особою уповноваженого представника авіаперевізника про пошкодження, втрату або повну загибель багажу;

19.4.3. пошкодження, втрати або повної загибелі наступних речей: готівки, особистої, адміністративної та ділової документації (у т.ч. комерційних або наукових матеріалів), документів, що посвідчують особу, свідоцтва, що посвідчує реєстрацію транспортного засобу, дорожніх чеків, банківських карток, авіа – і залізничних квитків, цінних паперів, талонів на оплату палива; особливо цінних речей та предметів (дорогоцінних металів та виробів з них, ювелірних виробів, колекцій; речей та предметів, що мають художню або історичну цінність), а також зубних та/або інших протезів та контактних лінз;

19.4.4. якщо збитки спричинені звичайним зносом або псуванням багажу, прихованими дефектами, комахами, хробаками, хімічними реактивами або іншими несприятливими умовами або стали наслідком якостей чи вад такого багажу;

19.4.5. зовнішніх пошкоджень багажу, що не був належним чином упакований захисною плівкою;

19.4.6. перевезення разом із застрахованим багажем небезпечних вантажів, що вимагають особливих запобіжних заходів або заборонені до перевезення;

19.4.7. затримки рейсу, якщо Застрахована особа не пройшла реєстрацію на рейс, крім випадків, коли не було можливості пройти реєстрацію через страйки або з технічних причин;

19.4.8. затримки рейсу, якщо затримка рейсу стала наслідком страйку або виникла з технічних причин, про які Застрахованій особі було повідомлено до реєстрації;

19.4.9. відмови Застрахованої особи від польоту до вильоту літака свого рейсу;

19.4.10. навмисних дій або грубої необережності (недбалості) Застрахованої особи, що призвели до настання події, що може бути визнана страховим випадком. Під грубою необережністю (недбалістю) Сторони розуміють вчинення Застрахованою особою дій або утримання від вчинення дій (бездіяльність), внаслідок яких настала подія, що може бути визнана страховим випадком, якщо Застрахована особа припускала, що вони могли призвести до настання події, що може бути визнана страховим випадком, але легковажно розраховувала на їх відвернення, та/або не припускала наслідків своїх дій чи бездіяльності, хоча повинна і могла їх передбачити (наприклад: невиконання правил безпеки при споживанні продуктів та/або напоїв, невиконання правил та інструкцій виробника при користуванні механізмами, обладнанням, транспортними засобами; нежиття заходів безпеки, обов'язок виконання яких передбачений законодавством; порушення правил дорожнього руху, правил пожежної безпеки; правил перевезення та обслуговування пасажирів і багажу; вчинення дій, заборонених законодавством тощо).

19.5. Страховик не несе зобов'язань щодо визнання випадків страховими та/або здійснення страхових виплат/страхового відшкодування в наступних випадках:

19.5.1. якщо подія сталася із Застрахованою особою, яка на момент укладення Договору (в тому числі шляхом онлайн оформлення) вже перетнула державний кордон України при виїзді;

19.5.2. якщо при настанні події виявиться, що Застрахована особа є однією із осіб, зазначених в п. 4.1.3 Частини С Договору;

19.5.3. якщо подія за своїми ознаками не може бути віднесена до будь-якого зі страхових випадків, передбачених п.п. 6.1.1 - 6.1.5 Частини С Договору.

20. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

20.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті або виплаті страхового відшкодування є:

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

20.1.2. вчинення Страхувальником-фізичною особою, Застрахованою особою або її спадкоємцями умисного кримінального правопорушення, що призвело до страхового випадку;

20.1.3. подання Страхувальником, Застрахованою особою або її спадкоємцями неправдивих відомостей про предмет Договору та/або про факт або обставини настання страхового випадку;

20.1.4. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою або її спадкоємцями) обов'язків, передбачених Договором або Правилами;

20.1.5. наявність підстав, передбачених розділом 19 Частини С Договору;

20.1.6. наявність Страхувальника/Застрахованої особи та/або Вигодонабувача у переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, або до нього запроваджені санкції у вигляді блокування активів чи зупинення виконання економічних та фінансових зобов'язань.

- 20.1.7. ненадання Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем документів та відомостей, які необхідні Страховику для його належної перевірки, ідентифікації та верифікації, відповідно до умов, передбачених Договором.
- 20.1.8. інші випадки, передбачені чинним законодавством України.
- 20.2. Страховик має право відмовити у страховій виплаті або виплаті страхового відшкодування, якщо Страхувальник, Застрахована особа або Вигодонабувач:**
- 20.2.1. не повідомив (-ла) Сервісну компанію або Страховика про страховий випадок відповідно до умов, визначених п. 15.1. Частини С Договору, створила (-в) перешкоди у визначенні обставин події, характеру та розміру збитків;
- 20.2.2. не надав (-ла) Страховику документи, що підтверджують дату (-и) та час перетинання Застрахованою особою державного кордону України при виїзді та дату (-и) та час перетинання Застрахованою особою державного кордону при в'їзді на територію України або на територію країни постійного місця проживання відповідно до умов, визначених п.п. 16.1.3, 16.2.3 Частини С Договору;
- 20.2.3. відмовився (-лась) від виконання розпоряджень Сервісної компанії;
- 20.2.4. діяв (-ла) на свій розсуд без попередньої письмової згоди Страховика або Сервісної компанії;
- 20.2.5. не надав (-ла) лікареві, призначеному Страховиком, змоги обстежити Застраховану особу;
- 20.2.6. не вжив (-ла) доступних заходів, щоб зменшити розмір збитків;
- 20.2.7. не надав (-ла) або несвоєчасно надав (-ла) документи (згідно з розділом 16 Частини С Договору) та відомості, необхідні для відшкодування здійснених витрат, або надав (-ла) Страховику документи, оформлені неналежним чином, або надав (-ла) Страховику документи з недостовірною інформацією стосовно стану його/її здоров'я та наданих медичних та інших послуг;
- 20.2.8. Застрахована особа не здала аналіз крові та/або сечі на вміст алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин після настання події, що може бути визнана страховим випадком, відповідно до умов, передбачених п. 15.1.7 Частини С Договору, або вжила (-в) алкоголь, наркотичні та/або токсичні речовини після настання події, що може бути визнана страховим випадком, до проведення аналізу крові та/або сечі на вміст алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин;
- 20.2.9. отримав (-ла) відповідне відшкодування витрат, збитків від будь-яких фізичних або юридичних осіб, державних органів, установ, в тому числі особи, винної в їх заподіянні;
- 20.2.10. до початку періоду страхування письмово не повідомив (-ла) Страховика про інші договори страхування, які укладено щодо предмету Договору;
- 20.2.11. без погодження із Страховиком відмовився (-лась) від свого права вимоги до особи, відповідальної за збитки, що відшкодовуються Страховиком за умовами Договору, або якщо здійснення цього права стало неможливим з його (її) вини;
- 20.2.12. на письмову вимогу Страховика не надав письмову згоду, за формою, визначеною Страховиком (Сервісною компанією), на розкриття таємниці про стан здоров'я Застрахованої особи / лікарської таємниці/ інформації з обмеженим доступом/ комерційної таємниці у строк, передбачений п. 16.1.10 Частини С Договору.

21. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ

- 21.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
- 21.1.1. закінчення строку дії;
- 21.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованою особою у повному обсязі;
- 21.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлений Договором строк;
- 21.1.4. смерті Страхувальника - фізичної особи або втрати ним дієздатності за винятком випадків, передбачених статтями 22, 24 Закону України «Про страхування»;
- 21.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 21.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним або виявлення його нікчемності відповідно до законодавства (що не потребує визнання недійсності судом);
- 21.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 21.2. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору шляхом подачі заяви у письмовому чи в електронному вигляді, направленої на поштову або електронну адресу іншої Сторони. Повідомлення Страховика в електронному вигляді здійснюється на електронну адресу Страховика: **travel@arsenal-strahovanie.com**
- 21.2.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат Страховика на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу в розмірі 40%, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю.
- 21.2.2. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертається повністю сплачений ним страховий платіж. Якщо вимога Страховика обумовлена

Внутрішня інформація Страховика: Код бланку ЕЛ-Д-Подорожуючі за кордон-АТ «Сбербанк»-281220-100321 невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат Страховика на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу в розмірі 40%, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

21.3. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення дії Договору.

21.4. У випадках дострокового припинення дії Договору Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повернути Страховику Договір.

21.5. У разі припинення дії Договору в зв'язку з виконанням Страховиком взятих зобов'язань у повному обсязі страхові платежі не повертаються.

21.6. Сторони домовились вважати договір нікчемним з моменту його укладання у таких випадках (виявлення наступних обставин):

21.6.1. у випадках, передбачених чинним законодавством України;

21.6.2. якщо Застрахованій особі на дату укладення Договору не виповнилось 1 року;

21.6.3. якщо Страхувальник (Застрахована особа) надав при укладенні Договору неправдиві відомості.

21.7. Договір вважається таким, що не набрав чинності у разі несплати страхового платежу в повному розмірі в строки, вказані у Договорі.

21.8. Відповідно до Закону України «Про страхування» Договір визнається нікчемним, якщо він укладений після настання страхового випадку.

21.9. Порядок внесення змін та доповнень до Договору:

21.9.1. Внесення змін та/або доповнень до Договору здійснюється за згодою Сторін у письмовій формі шляхом укладання додаткових договорів до Договору, що після набуття ними чинності стають невід'ємною частиною Договору.

21.9.2. Сторона, яка вважає за необхідне змінити та/або доповнити Договір, надсилає пропозицію про це іншій Стороні у письмовому чи в електронному вигляді, що направляється на поштову або електронну адресу іншої Сторони. Сторона, що отримала пропозицію про зміну та/або доповнення Договору, протягом 5 (п'яти) робочих днів у письмовому чи в електронному вигляді, що направляється на поштову або електронну адресу іншої Сторони, повідомляє Сторону, що ініціювала внесення змін, про результати розгляду її пропозиції. Повідомлення Страховика в електронному вигляді здійснюється на електронну адресу Страховика: travel@arsenal-strahovanie.com

21.9.3. У випадку, якщо Сторони не досягли згоди щодо зміни та/або доповнення Договору, він продовжує діяти на погоджених в ньому умовах до закінчення строку його дії або може бути достроково припинений у порядку, передбаченому п.п. 21.1, 21.2 Частини С Договору.

22. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

22.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати або виплати страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати/страхового відшкодування за кожний робочий день прострочення здійснення страхової виплати/страхового відшкодування, але не більше подвійної облікової ставки Національного Банку України, що діяла у період нарахування пені, і не більше 5 % від суми невиконаного зобов'язання.

22.2. Страхувальник несе майнову відповідальність за несвоєчасне виконання грошового зобов'язання (окрім зобов'язання по сплаті страхового платежу) шляхом сплати Страховику пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно виконаного грошового зобов'язання за кожний робочий день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше подвійної облікової ставки Національного Банку України, що діяла у період нарахування пені, і не більше 5 % від суми невиконаного зобов'язання.

22.3. У разі несвоєчасного здійснення страхової виплати/ страхового відшкодування Страховиком або у разі порушення Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем строків повернення суми здійсненої страхової виплати/ страхового відшкодування у випадках, передбачених Договором, Страховик або відповідно Страхувальник/ Застрахована особа/Вигодонабувач зобов'язаний сплатити іншій Стороні суму боргу з урахуванням встановленого індексу інфляції за весь час прострочення за період (відповідний місяць протягом такого періоду), у який поріг індексації перевищує 105%, та в сумі, що перевищує поріг індексації у розмірі 105%, та 0,01% річних, розрахованих в порядку ст. 625 Цивільного кодексу України від простроченої суми.

22.4. Сторони дійшли згоди, що у випадку виникнення між ними судового спору щодо відмови у страховій виплаті/ виплаті страхового відшкодування та/або визнання події страховим випадком та/або щодо розміру страхової виплати/ страхового відшкодування та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком за заявленою Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) або щодо повернення Страхувальником здійсненої страхової виплати/ страхового відшкодування (або відповідної її/його частини) у випадку виникнення обставин, що повністю або частково позбавляють Страхувальника/ Застраховану особу/Вигодонабувача права на страхову виплату/ страхове відшкодування згідно з умовами Договору, Правилами або законодавством України, на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції, передбачені законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, встановлені Договором відсотки річних та інші) за неналежне

Внутрішня інформація Страховика: Код бланку ЕЛ-Д-Подорожуючі за кордон–АТ «Сбербанк»–281220-100321 виконання зобов'язань Страховиком або відповідно Страхувальником/ Застрахованою особою/Вигодонабувачем.

22.5. Сторони дійшли згоди, що до правовідносин за Договором застосовується виключно пеня, передбачена умовами Договору, та не застосовується неустойка (пеня), передбачена Законом України «Про захист прав споживачів» та іншим законодавством України.

22.6. За невиконання або неналежне виконання інших зобов'язань, передбачених Договором, Сторони несуть відповідальність у порядку, передбаченому законодавством України.

23. ІНШІ УМОВИ

23.1. Споры, що виникають між Страхувальником, Застрахованою особою і Страховиком, вирішуються шляхом переговорів. При недосягненні згоди подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

23.2. Умови, не зазначені у Договорі, регулюються Правилами та чинним законодавством України.

23.3. За Договором письмовим погодженням Страховика Сторони вважають погодження, надане Страховиком письмово на паперовому носії (поштою, при особистому отриманні) або за допомогою засобів зв'язку, які забезпечують фіксацію повідомлення – шляхом направлення SMS повідомлень, електронного листа, засобами факсимільного зв'язку, телеграмою.

23.4. Місце укладення Договору: м. Київ.

23.5. До укладення Договору проведена ідентифікація та верифікація Страхувальника відповідно до вимог статті 11 Закону про запобігання.

24. ПІДПИСАННЯМ ДОГОВОРУ СТРАХУВАЛЬНИК:

24.1. Підтверджує, що він ознайомлений та згодний без виключень і доповнень з умовами Договору, в тому числі викладеними в Індивідуальній оферті, та Правилами страхування, розміщеними на офіційному сайті Страховика в мережі Інтернет <https://arsenal-ic.ua> за адресою: <https://arsenal-ic.ua/page/pro-kompaniyu>, ознайомлений зі своїми правами та інформацією про фінансову послугу, що йому пропонується в повному обсязі згідно з чинним законодавством України. Таке прийняття також свідчить про те, що Страхувальник розуміє значення своїх дій та всі умови Договору йому зрозумілі, Договір не містить двозначних формулювань та/або незрозумілих йому визначень, Страхувальник не перебуває під впливом помилки, обману, насильства тощо.

24.2. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» надає свою згоду: на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника, в тому числі прізвища, імені, імені по батькові, року, місяця дати та місця народження, адреси, сімейного, соціального, майнового становища, освіти, професії, доходів, тощо), з метою провадження страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання Договору), та/або пропонування йому послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним за рахунок засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово – господарської діяльності; на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки його персональних даних (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних; на право Страховика здійснювати дії з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про нього; на зберігання Страховиком його персональних даних протягом дії Договору та п'яти років після припинення його дії та виконання всіх зобов'язань за ним; на реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до Договору та чинного законодавства України; на надання доступу Страховиком до його персональних даних третім особам без його повідомлення та передачу персональних даних третім особам без його повідомлення.

24.3. Підтверджує, що:

- він письмово повідомлений про включення до бази персональних даних Страховика, про права, передбачені Законом України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року, про мету збору даних та осіб, яким передаються Персональні дані;

- отримав згоду Застрахованих осіб на страхування та обробку їх персональних даних Страховиком в обсягах та порядку, передбачених Законом України «Про захист персональних даних»;

- до укладання Договору отримав Пам'ятку Страхувальника з інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені ч. 2 статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг»; засвідчує, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування страхувальників Страховика та/або на офіційному сайті Страховика в мережі Інтернет <https://arsenal-ic.ua> за адресою: <https://arsenal-ic.ua/page/informaciya-dlya-spozhyvachiv>, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком;

- при укладенні Договору не були порушені його права та йому були надані інформація та документи, передбачені Законами України «Про захист прав споживачів», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» з врахуванням Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо захисту прав споживачів фінансових послуг»;

- ані він, ані члени його сім'ї не включені до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, або активи яких стали об'єктом замороження у порядку, визначеному статтею 11-1 Закону України "Про боротьбу з тероризмом", а також не пов'язані з вказаними особами або їх представниками або кінцевими бенефіціарними власниками;

- Застрахована особа на момент укладення Договору не є онкологічно хворою, хворою на СНІД, ВІЛ-інфікованою, не знаходиться на диспансерному обліку в т.ч., але не обмежуючись, на обліку в наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, шкірно-венерологічному диспансері, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом; Застрахованій особі не встановлено інвалідність I, II, III групи, вона не є дитиною з інвалідністю з дитинства або особою з інвалідністю з дитинства; Застрахована особа не вирушає в подорож всупереч рекомендаціям лікаря або зі станом здоров'я, що за медичними показниками не дозволяє їй подорожувати;
- Застрахована особа на момент початку дії Договору не є особою молодшою 1 року;
- вказана в Заяві (Акцепті) інформація є цілком достовірною;
- він проінформований про те, що за надання в Заяві (Акцепті) свідомо неправдивих відомостей, Страховик має право відмовити у страховій виплаті/виплаті страхового відшкодування;
- повідомив Страховика про інші договори страхування (в разі наявності), укладені щодо предмету Договору;
- електронний Договір, укладений шляхом обміну електронними повідомленнями, підписаний у порядку, визначеному статтею 12 Закону України «Про електронну комерцію», вважається таким, що за правовими наслідками прирівнюється до Договору, укладеного у письмовій формі;
- згодний на укладення Договору на умовах, зазначених вище та визнає його юридичну силу;
- електронна форма Договору не перешкоджає правильному розумінню ним умов Договору в повній мірі та не може в подальшому служити підставою для заперечення ним дійсності Договору;
- згоду на укладення Договору фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою повідомлення Сервісної компанії/Страховика про подію, що може бути визнана страховим випадком, та надання іншої інформації щодо події, що може бути визнана страховим випадком, для виконання зобов'язань за Договором;
- надає згоду Страховику на використання інформації, зазначеної в Заяві (Акцепті), записів телефонних розмов, іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача при настанні подій, що можуть бути визнані страховими випадками, у взаємовідносинах з фізичними та юридичними особами, компетентними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, заяв, позовів), пов'язаних з виконанням Сторонами зобов'язань за Договором;
- надає згоду на отримання від Страховика інформаційних SMS повідомлень, листів на електронну пошту;
- має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору;
- отримав за допомогою інформаційно-телекомунікаційних систем свій примірник Договору.

25. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИСИ СТОРІН

СТРАХОВИК	СТРАХУВАЛЬНИК
ПРАТ «СК «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ» Місцезнаходження: 03056, м. Київ, вул. Борщагівська, 154, Адреса для листування: 03056, м. Київ, вул. Борщагівська, 154 IBAN UA023206270000026500013006257 в АТ «Сбербанк» код за ЄДРПОУ 33908322 _____/_____/	П.І.Б.: _____ Дата народження: __.__.____р. Адреса: _____ Реєстраційний номер ОКПП: _____ Паспорт: серія __ № _____, виданий _____ від __.__.____р. _____/_____/