

**ПРОПОЗИЦІЯ (ОФЕРТА)
УКЛАСТИ ДОГОВІР ОСОБИСТОГО СТРАХУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ПОЇЗДОК ПО
ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ**

**Страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ»
Код страхового продукту 733**

м. Київ

«24» травня 2024 р.

**ЧАСТИНА І. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ ОСОБИСТОГО СТРАХУВАННЯ ФІЗИЧНИХ
ОСІБ ПІД ЧАС ПОЇЗДОК ПО ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ**

1.1. Дана Пропозиція (Оферта) укласти договір особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733 (надалі – Оферта) є офіційною пропозицією **ПУБЛІЧНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «НАЦІОНАЛЬНА АКЦІОНЕРНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ОРАНТА» (НАСК «ОРАНТА»)** (місцезнаходження: **02081, м. Київ, вул. Здобунівська, 7Д, код ЄДРПОУ - 00034186, поточний рахунок № UA463057490000002650230547101 в АТ «БАНК КРЕДИТ ДНІПРО»**) (далі – Страховик), в особі Голови Правління Мейзнера Яцека Якуба, який діє на підставі Статуту, до фізичних осіб (далі – Страхувальники) щодо укладення із Страховиком договору особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733. Від імені Страховика може діяти Страховий посередник (далі-Повірений), який діє на підставі та на умовах визначених в Агентському договорі укладеним із Страховиком. Повірений виконує частину страхової діяльності Страховика, що може включати консультування, експертно-інформаційні послуги, роботу, пов'язану з підготовкою, укладенням договору страхування, одержанням страхових платежів, виконанням роботи, пов'язаної із здійсненням страхових виплат та страхових відшкодувань. Прийняття Страхувальником цієї Оферти здійснюється у цілому, Страхувальник не може запропонувати Страховику умови Договору інші, ніж викладені у цій Оферті.

1.2. Страхувальником є дієздатна фізична особа, що уклала зі Страховиком Договір особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733 (далі – Договір). Дані про Страхувальника зазначені у Полісі особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733 (надалі – Поліс) до Оферти.

1.3. Застрахованою особою є фізична особа, на користь якої укладено Договір. Страхувальник може укласти зі Страховиком договір власного страхування або договір страхування третіх осіб. Страхувальник може звернутися у будь-яке відділення Страховика для укладення Договору на паперовому носії. Дані про Застраховану особу/Застрахованих осіб зазначені у Полісі до Оферти.

1.4. Якщо Страхувальник за умовами Договору уклав Договір власного страхування, то він одночасно є і Застрахованою особою.

1.5. За Договором особи, яким виповнилося більше, ніж 80 років на страхування не приймаються.

1.6. Договір укладається в електронній формі через програмне забезпечення Страховика і складається з: Індивідуальної пропозиції щодо укладення договору особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733; Полісу особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733, Пропозиції (Оферти) укласти договір особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733 та Додатку 1 «Перелік Застрахованих осіб» (який є невід'ємною частиною Договору при страхуванні групи (колективу) осіб).

1.7. Страхувальник перед укладенням Договору зобов'язаний поінформувати Страховика або Повіреного про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, у тому числі про наявність страхового інтересу, та/або про розмір страхової премії



00034186 - ПАТ "НАСК
"ОРАНТА"
№03-04-11/34 від 24.05.2024
КЕП (Підписання): Мейзнер
Я. Я. 24.05.2024 16:23
4CBDD207000000000000
00000000000000000001

1.8. Для укладання Договору Страхувальник заявляє про свій намір укласти договір страхування та надає Повіреному інформацію, необхідну для укладання Договору у формі електронного документа або паперового документа.

1.9. При укладанні Договору Страхувальник зобов'язаний:

1.9.1. повідомити Повіреному всі відомі обставини, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, якщо ці обставини невідомі та/або не можуть бути відомими Страховику/Повіреному. Істотними визнаються обставини, зазначені у Договорі, в тому числі відомості про об'єкт страхування, інформацію про обраний Страхувальником Варіант страхування, строк дії Договору;

1.9.2. надати Повіреному інформацію з документів, що засвідчують особу Страхувальника (паспорту, довідки про присвоєння Страхувальнику РНОКПП).

1.10. Якщо після укладення Договору буде встановлено, що Страхувальник навмисно надав Повіреному неправдиві відомості про обставини, зазначені у п. 1.9.1 цієї Оферти, та/або навмисно приховав від Повіреного обставини, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити Страхувальнику у страховій виплаті.

1.11. Офіційне оприлюднення Оферти з метою ознайомлення фізичних осіб - Страхувальників з її змістом здійснюється Страховиком шляхом розміщення тексту Оферти на офіційній веб-сторінці Страховика за посиланням: www.oganta.ua. Оферта складена в електронній формі, підписана кваліфікованим електронним підписом Страховика та набирає чинності з дати її підписання та діє до її припинення Страховиком, при цьому для укладених Договорів, строк дії яких не закінчився, дана Оферта продовжує діяти до дати закінчення дії Договору, зазначеної у Полісі.

1.12. Укладення Договору здійснюється шляхом акцепту Страхувальником індивідуальної пропозиції укласти Договір, яка формується після одержання Страховиком через інформаційно-телекомунікаційну систему (ІТС) Страховика даних від Страхувальника, необхідних для формування індивідуальної пропозиції та підписується Страховиком шляхом застосування удосконаленого електронного підпису з кваліфікованим сертифікатом уповноваженої особи Страховика (надалі – УЕП з кваліфікованим сертифікатом) або Повіреним шляхом застосування удосконаленого електронного підпису (надалі – УЕП).

1.13. При цьому індивідуальна пропозиція укласти договір містить посилання на цю Оферту, яка є невід'ємною її частиною, та які разом містять істотні умови Договору передбачені законодавством, і висловлюють намір Страховика, вважати себе зобов'язаним у разі її прийняття. Здійсненням акцепту пропозиції Страховика укласти Договір Страхувальник підтверджує своє ознайомлення та повну, безумовну і остаточну згоду з усіма умовами Оферти, а також своє вільне волевиявлення стосовно її прийняття.

1.14. Безумовним прийняттям (акцептом) Страхувальником пропозиції укласти Договір вважається підписання Договору шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (разовим ідентифікатором, ОТР кодом), яким є дані в електронній формі у вигляді алфавітно-цифрової послідовності та використовуються для підписання Договору (шляхом введення у відповідну графу в ІТС Страховика, в тому числі на веб-сайті Страховика, значення одноразового ідентифікатора (разового ідентифікатора, ОТР коду), отриманого у вказаний Страхувальником спосіб, та відправкою його разом з електронним повідомленням від Страхувальника в ІТС Страховика), а також сплата страхового платежу.

1.15. Фіксація акцепту Оферти здійснюється Страховиком в електронному вигляді і зберігається в інформаційно-телекомунікаційній системі Страховика. Сторони погоджуються, що виписки з інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика можуть використовуватись як докази при розгляді спорів, у тому числі в судовому порядку.

1.16. Після здійснення акцепту, Страхувальнику на вказану ним адресу електронної пошти направляється Поліс. Договором особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733 є Індивідуальна пропозиція Страховика, акцептована Страхувальником згідно з умовами цієї Оферти. Візуальною формою Договору є Поліс, підписаний Страховиком шляхом застосування УЕП з кваліфікованим сертифікатом уповноваженої особи Страховика або Повіреним шляхом застосування УЕП, який направляється Страхувальнику для підтвердження укладення Договору. Дана Оферта є невід'ємною частиною Полісу.

1.17. На умовах цієї Оферти укладаються Поліси серії ЕУВО, код страхового продукту 733.

1.18. Страховик приймає на себе зобов'язання на письмову вимогу Страхувальника відтворити примірник Договору на паперовий носій, а також упродовж п'яти робочих днів з дня отримання такої вимоги передати Страхувальнику підписаний Страховиком (підпис засвідчений печаткою) примірник Договору нарочно або поштовим відправленням з описом вкладення.

1.19. У разі внесення страхового платежу не в повному обсязі Договір вважається таким, що не набув чинності. Для повернення такого платежу Страхувальник зобов'язаний надати Страховику письмову Заяву із зазначенням реквізитів для його перерахування, а Страховик зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання від Страхувальника заяви із реквізитами для повернення платежу, повернути такий платіж Страхувальнику. Страховик не несе жодних зобов'язань, крім повернення суми фактично сплаченого страхового платежу Страхувальнику після отримання заяви із реквізитами для повернення.

1.20. Договір, дата та час його укладання в електронній формі (підписання Договору Страхувальником шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (разовим ідентифікатором, ОТР кодом) та здійснення оплати, обмін електронними повідомленнями між Страховиком/Повіреном та Страхувальником, зберігаються в електронній базі Страховика.

1.21. Якщо Страхувальник під час формування Договору в полях з інформацією, яку запитує Страховик/Повірений для укладання Договору, розмістить/введе інформацію, яка за змістом не відповідає назві відповідного поля, то така інформація є недійсною та не створює для Страховика жодних правових наслідків і не підлягає виконанню та застосуванню.

1.22. Зміни до Договору, а також його дострокове припинення (в тому числі припинення Договору до початку його дії) здійснюється на підставі письмової заяви Страхувальника. Зміни до Договору вносяться в електронній формі шляхом оформлення Додаткової угоди про викладення Договору в новій редакції або в паперовому вигляді шляхом оформлення Додаткової угоди. Страховик розглядає Заяву від Страхувальника та складає Додаткову угоду до Договору в паперовій або електронній формі за наявності умов, визначених Договором.

1.23. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує свою згоду на те, що Заява про настання страхового випадку, Додаткові угоди, інші документи, що будуть укладатися або надаватися в межах виконання цього Договору, можуть укладатися в електронній формі і підписуватися Страхувальником шляхом застосування електронного підпису одноразовим ідентифікатором (разовим ідентифікатором, ОТР кодом).

II. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ДОГОВОРУ ОСОБИСТОГО СТРАХУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ПОЇЗДОК ПО ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ

2. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ДОГОВОРІ. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

2.1. Відповідно до Закону України «Про страхування», "Про електронну комерцію", "Про електронні документи та електронний документообіг", «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги», інших норм чинного законодавства та Загальних умов страхового продукту «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733, Страховик укладає зі Страхувальником цей Договір. Згідно з Договором Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі (премії, внески) у визначені Договором строки та виконувати інші умови Договору, а Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату в порядку і на умовах, визначених Договором.

2.2. У цьому Договорі терміни та визначення вживаються у таких значеннях:

2.2.1. **Страхувальник** – дієздатна фізична особа, що уклала зі Страховиком Договір. Страхувальником може бути - громадянин України, іноземний громадянин або особа без громадянства.

2.2.2. **Застрахована особа** - фізична особа на користь якої укладено Договір. Застрахованою особою може бути Страхувальник або інша особа.

2.2.3. **Страхова премія (страховий платіж, внесок)** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.

2.2.4. **Гранична сума виплати** – страхова сума, що зменшена на суму попередніх страхових виплат.

2.2.5. **Страховий ризик** – подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

2.2.6. **Страховий випадок** - подія, передбачена Договором, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

2.2.7. **Нещасним випадком** за Договором є раптові непередбачувані події, включаючи протиправні дії третіх осіб, що фактично відбулися в період дії Договору та спричинили смерть або розлад здоров'я Застрахованої особи, викликаний ушкодженням тканин організму з порушенням їх цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату, заподіяними зовнішнім впливом (впливом зовнішніх факторів). Нещасними випадками є також випадкове потрапляння у дихальні шляхи стороннього тіла, утоплення, тепловий удар, опік, укуси тварин, комах, змій, обмороження, ураження електричним струмом і блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками, недоброякісними продуктами харчування (за винятком харчової токсикоінфекції).

2.2.8. **Травматичні ушкодження** – ушкодження м'яких тканин, органів та систем організму зовнішніми чинниками, а саме: власне травми, опіки, ураження блискавкою або електричним струмом, обмороження, переохолодження, випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (промисловими або побутовими) чи ліками; наслідки укусів тварин, отруйних комах чи змій, які сталися під час дії Договору.

2.2.9. **Розлад здоров'я** – погіршення фізичного або психічного здоров'я, що виникло у Застрахованої особи внаслідок хвороби або нещасного випадку.

2.2.10. **Гостре захворювання** – різке погіршення стану здоров'я у зв'язку з раптовим розладом здоров'я Застрахованої особи, що становить загрозу її життю та здоров'ю і потребує надання невідкладної медичної

допомоги, яка не може бути відкладена до моменту повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання.

2.2.11. Загроза життю та здоров'ю – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної медичної допомоги може призвести до тяжкого та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи тяжких ускладнень внаслідок гострого захворювання, травми або смерті.

2.2.12. Невідкладна допомога – це комплекс лікувально-діагностичних заходів, включаючи реанімаційні заходи, які надаються Застрахованій особі при невідкладному стані, що виникає внаслідок гострих захворювань, загострення хронічної хвороби, нещасних випадків і спрямовані на ліквідацію загрози життю та запобігання подальших пошкоджень.

2.2.13. Невідкладний стан – це стан, при якому існує безпосередня загроза життю Застрахованої особи, яка без своєчасної медичної допомоги може призвести до смерті або інвалідності Застрахованої особи.

2.2.14. Сервісна компанія - асистанська компанія, що діє від імені та за дорученням Страховика щодо забезпечення надання медичних та інших послуг (далі - медична послуга) Застрахованим особам і координує їх дії у разі настання страхового випадку (далі – Сервісна служба).

2.2.15. Медичний заклад - заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, із яким Страховиком або Сервісною службою укладена угода про надання медичних послуг Застрахованим особам. Перелік медичних закладів України, з якими Страховик має договірні відносини, розміщений на офіційному сайті НАСК «ОРАНТА» www.oranta.ua. Класифікація медичних закладів, в яких може здійснюватися обслуговування Застрахованих осіб за цим Договором наступна:

2.2.15.1. Медичні заклади категорії В – клініки відомчої форми власності;

2.2.15.2. Медичні заклади категорії С – клініки державної та комунальної форми власності;

2.2.15.3. Медичні заклади категорії А – комерційні клініки середньої цінової категорії;

2.2.15.4. Медичні заклади категорії А1 – комерційні клініки низької цінової категорії.

2.2.16. Місце постійного проживання Застрахованої особи в Україні - територія де фактично постійно проживає Застрахована особа.

2.2.17. SP-TUR - відпочинок, пов'язаний із заняттями ризиковими видами спорту на аматорському (любительському) рівні та на гірськолижних курортах (альпінізм, дельтапланеризм, стрибки з парашутом, бейсджампінг (стрибки з парашутом на гірські вершини з подальшим спуском на лижах), хеліскіінг та хелібордінг (стрибок з гелікоптера та спуск на лижах чи сноуборді з нерозвіданих схилів), підводні види спорту (дайвінг, кейв-дайвінг (дайвінг у підводних печерах), серфінг, рафтінг).

2.2.18. SP - професійні заняття спортом (змагання, збори спортивних команд, спортивні та військові учбові заклади).

2.2.19. Страхове покриття - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування.

2.2.20. Період страхового покриття - період часу, протягом якого діє страхове покриття та протягом якого може настати страховий випадок, що буде підставою для здійснення Страховиком страхового відшкодування відповідно до умов Договору.

2.2.21. Місце постійного проживання Застрахованої особи – місце (місто, село, селище, тощо), в якому Застрахована особа проживає в цілому не менше 183 днів протягом календарного року і може це підтвердити (паспорт громадянина України з місцем реєстрації (прописки), довідка внутрішньо-переміщеної особи, договір оренди приміщення тощо).

2.2.22. Вигодонабувач - особа, яка може зазнати збитків унаслідок настання страхового випадку.

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

2.4. Об'єктом страхування за цим Договором є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, а саме: витрати на надання Застрахованій особі необхідної допомоги (в тому числі медичної) в обсязі та на умовах, передбачених цим Договором.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страховим ризиком за Договором є:

3.1.1. За Класом 1: нещасний випадок із Застрахованою особою;

3.1.2. За класом 2: розлад здоров'я, а саме: невідкладні стани, що виникли внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасного випадку під час поїздок по території України та загрожує життю Застрахованої особи і потребує надання невідкладної медичної допомоги.

3.2. Страховими випадками за Договором є подія, що мала місце під час дії Договору, а саме:

3.2.1. Нещасний випадок:

3.2.1.1. «Травма» - травматичне ушкодження Застрахованої особи та інший розлад здоров'я (згідно з Таблицею страхових виплат при настанні страхового випадку, що є Додатком 2 до Загальних умов страхового продукту «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733) внаслідок нещасного випадку під час поїздок по території України;

3.2.1.2. «Інвалідність» - стійка втрата працездатності Застрахованою особою (встановлення первинної інвалідності I, II, III групи; встановлення первинної інвалідності дітям) внаслідок нещасного випадку під час поїздки по території України;

3.2.1.3. «Смерть» - смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку під час поїздки по території України;

3.2.2. Звернення Застрахованої особи за невідкладною медичною допомогою у зв'язку із розладом здоров'я та необхідністю сплати вартості невідкладної допомоги під час її поїздки по території України.

3.3. Відповідно до п.3.2.2 Оферти при настанні страхового випадку Страховик здійснює Страхувальнику/Застрахованій особі оплату вартості таких медичних послуг за наступною програмою:

3.3.1. **Швидка (невідкладна) медична допомога** - передбачає забезпечення та оплату вартості надання першої медичної допомоги виїзних загально-профільних та спеціалізованих бригад швидкої медичної допомоги при станах, загрозливих для життя Застрахованої особи (при невідкладному стані), потерпілої від нещасних випадків або при гострих захворюваннях, або при загостренні хронічного захворювання, а також транспортування в медичний заклад для подальшого проходження лікування.

3.3.2. **Поліклініка** - амбулаторно-поліклінічне лікування, що передбачає забезпечення та оплату вартості медичних послуг в амбулаторно-поліклінічних умовах та/або при лікуванні у денному стаціонарі в такому обсязі: консультації лікарів, проведення лабораторно-інструментальних досліджень, лікувальних процедур, забезпечення медикаментами у розмірі 10% страхової суми за медичним страхуванням, що зазначена у Договорі. Дані медичні послуги надаються у медичних закладах категорій В, С, А, А1.

3.3.2.1. надання невідкладної стоматологічної допомоги (гострий зубний біль) - у розмірі не більше 5 % страхової суми зазначеної у п.1.2.2 Полісу за Класом 2.

3.3.3. **Стаціонар** - забезпечення та оплата вартості медичних послуг в умовах стаціонару (як загальносоматичного профілю, так і в спеціалізованих відділеннях медичних закладів), а саме: проведення сучасних діагностичних (лабораторних, апаратних та інструментальних) досліджень, консультації фахівців відповідного профілю, оперативне та/або консервативне лікування, лікувальні маніпуляції та процедури, забезпечення медикаментами, перебування в палатах та харчування стандартне, передбачене медичним закладом; транспортування Застрахованої особи до іншого медичного закладу за призначенням лікаря. Дані медичні послуги надаються у медичних закладах категорій В, С, А, А1.

3.3.4. **Транспортування Страхувальника/Застрахованої особи до місця фактичного постійного проживання.** Транспортування Застрахованої особи здійснюється тільки в тому випадку, коли за медичними показниками Страхувальник/Застрахована особа не може самостійно дістатися до місця постійного проживання. У випадку, коли Страхувальник або Застрахована особа відмовляється від транспортування до Медичного закладу в місце постійного проживання, Страховик звільняється від обов'язку здійснювати оплату медичних послуг.

3.4. Страховим випадком визнається подія (або декілька подій) передбачена п.3.2 Оферти, що відбулася (відбулася) у період його дії, якщо за відповідним видом страхування у пп. 1.1, 1.2 Полісу визначено варіант страхування (при страхуванні від нещасного випадку) страхову суму, страховий тариф та розмір страхового платежу.

3.5. Події, передбачені у п.3.2.1.2 та п. 3.2.1.3 Оферти, також визнаються страховими випадками, якщо вони сталися протягом 1 (одного) року з дня настання нещасного випадку, який мав місце під час дії Договору та мають причинно-наслідковий зв'язок.

3.6. Якщо на страхування прийнята Застрахована особа, якій встановлено III групу інвалідності, то страховим випадком відповідно до цієї особи не вважається встановлення I або II групи інвалідності з причин захворювань і станів, що відбулися до початку дії Договору.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

4.1. Страховими випадками за цим Договором не визнаються події, що відбулися внаслідок або під час:

4.1.1. навмисних дій Застрахованої особи або спадкоємців Застрахованої особи, спрямованих на настання страхового випадку;

4.1.2. самогубства, спроби самогубства Застрахованої особи, крім випадків, якщо Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

4.1.3. вчинення Застрахованою особою, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

4.1.4. безпосереднього або опосередкованого впливу військових дій, вторгнення, дії іноземних агресорів (незалежно від того, була оголошена війна, чи ні), громадянської війни, бунту, революції, заколоту, повстання, масових заворушень, порушення громадського порядку, страйку, стану облоги або окупації, спроби повалення уряду, диверсії;

4.1.5. безпосередньої участі у воєнних діях, під час проходження застрахованим військової служби або участі у територіальній обороні, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших

подібних операціях як військовослужбовця, або цивільного службовця, арешту, у випадку використання і зберігання зброї та вибухових речовин);

4.1.6. ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин, променевих уражень;

4.1.7. будь-яких терористичних дій або будь-яких інших дій за політичними мотивами незалежно від того, брала в них участь чи ні Застрахована особа;

4.1.8. впливу радіоактивного чи іншого іонізуючого випромінювання;

4.1.9. перебування Застрахованої особи у стані алкогольного сп'яніння, токсичного впливу транквілізаторів, трициклічних антидепресантів, снодійних, холіноміметичних (одурманюючих) та наркотичних засобів, якщо застосування Застрахованою особою зазначених речовин не було пов'язане з протиправними діями третіх осіб;

4.1.10. керування Застрахованою особою будь-якими транспортними засобами без відповідної підготовки та посвідчення на право керування або передачі нею керування особі, яка не має відповідної підготовки та посвідчення або знаходилась у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння;

4.1.11. участі Застрахованої особи у парі та виконання будь-яких ризикованих дій за умовами парі;

4.1.12. дій Застрахованої особи, направлених на невинуватий ризик (за винятком випадків рятування життя іншої особи);

4.1.13. заняття спортом відповідно до пп. 2.2.17, 2.2.18 Оферти, якщо це не зазначено у п.3.1. Полісу;

4.1.14. вроджених вад;

4.1.15. вживання Застрахованою особою лікарських препаратів без призначення лікаря, самолікування або лікування особою, що не має таких повноважень, окрім випадків, якщо застосування Застрахованою особою зазначених речовин було пов'язане з протиправними діями третіх осіб;

4.1.16. польотів на будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа летить як пасажир у цивільному літаку, власник якого має ліцензію на пасажирські перевезення.

4.2. За страховим випадком відповідно до п. 1.2.1 Полісу Страховик не здійснює страхові виплати, пов'язані з витратами:

4.2.1. на медичне обслуговування або лікування Застрахованої особи, здійснене за місцем її фактичного проживання та у радіусі 50 (п'ятдесят) кілометрів від місця її фактичного проживання;

4.2.2. на медичне обслуговування або лікування Застрахованої особи, яке не є невідкладним і призначене не внаслідок раптової хвороби або нещасного випадку;

4.2.3. пов'язані з епідемією, забрудненням навколишнього середовища та стихійним лихом;

4.2.4. пов'язані з наслідками алкоголізму та сп'яніння, вживання ліків і наркотичних засобів без призначення лікаря;

4.2.5. на лікування психічних розладів та захворювань, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи, а також на лікування депресії;

4.2.6. на діагностику та лікування вроджених, хронічних захворювань та хвороб, що почалися ще під час перебування в місці постійного проживання, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

4.2.7. пов'язані з вагітністю та її наслідками або ускладненнями, зокрема: аборт, пологи (за винятком випадків, коли проведення аборт було необхідним у зв'язку з нещасним випадком або раптовим захворюванням з метою врятування життя Застрахованої особи);

4.2.8. лікуванням дермато-венеричних та інших інфекційно-вірусних захворювань, що передаються статевим шляхом;

4.2.9. лікуванням будь-яких опортуністичних хвороб Застрахованої особи, пов'язаних з ВІЛ інфекцією;

4.2.10. на водолікування, геліотерапію, косметичне лікування;

4.2.11. на протезування, придбання протезів та ортопедичних апаратів;

4.2.12. на щеплення та лікування зубів, крім випадків, пов'язаних з лікуванням гострого зубного болю;

4.2.13. на застосування способів лікування, офіційно не визнаних наукою й медициною;

4.2.14. на лікування, призначене та здійснене особою, з якою Застрахована особа перебуває у родинних стосунках.

4.3. За цим Договором не можуть бути Застраховані особи, які:

4.3.1. є громадянами Російської Федерації або Республіки Білорусь, окрім осіб які мають чинну посвідку на тимчасове проживання в Україні, та проживають в Україні не менше, ніж 15 років;

4.3.2. є громадянами Ісламської Республіки Іран, КНДР, Республіки Союзу М'янма;

4.3.3. мають спадкові захворювання, порушення хромосомного набору, вроджені аномалії розвитку;

4.3.4. визнані у встановленому порядку недієздатними особами;

4.3.5. страждають на розлади психіки та поведінки, онкологічні захворювання, в тому числі онкогематологічні;

4.3.6. є ВІЛ-інфіковані; хворі на туберкульоз, венеричні хвороби, алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;

4.3.7. є особою з інвалідністю I, II групи, є особою з інвалідністю з дитинства;

4.3.8. хворіють на ревматизм, вади серця; хронічну недостатність кровообігу, починаючи зі стадії ПВ та вище; гепатит В або С, цироз печінки; інсулінозалежний цукровий діабет; гломерулонефрит, хронічну ниркову недостатність II ступеня та вище; гострий енцефаліт, розсіяний склероз; епілепсію, паркінсонізм, шизофренію; хворобу Бехтерева, склеродермію, системний червоний вовчак; мають трансплантовані органи (окрім зубів, волосся і шкіри);

4.3.9. на момент укладення Договору страхування перебувають на амбулаторному або стаціонарному лікуванні (госпіталізовані);

4.3.10. мають вік менше ніж 1 (один) рік та більше ніж 80 (вісімдесят) повних років;

4.4. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

4.4.1. звернення Застрахованої особи за отриманням медичних послуг, які не передбачені умовами Договору.

4.4.2. несвоєчасне повідомлення Страхувальником / Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на те причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

4.4.3. порушення Застрахованою особою рекомендацій лікаря або Сервісної служби;

4.5. Страховик не відшкодовує:

4.5.1. моральні збитки та упущену вигоду, благодійні внески.

4.5.2. якщо у період дії Договору Застрахованій особі встановлено інвалідність I, II та III групи або встановлено інвалідність дитині, не відшкодовуються будь-які діагностичні, консультативні та лікувальні заходи, які спрямовані на диспансерне спостереження та лікування захворювання відносно якого встановлено групу інвалідності.

4.5.3. якщо Застрахованій особі до моменту укладання Договору встановлено інвалідність III групи, Страховик не відшкодовує будь-які діагностичні, консультативні та лікувальні заходи, які спрямовані на диспансерне спостереження та лікування захворювання, відносно якого встановлено групу інвалідності.

4.5.4. якщо смерть або травма Застрахованої особи, прямо або побічно викликана психічним захворюванням і нещасний випадок відбувся із Застрахованою особою, яка була психічно хворою і знаходилась в неосудному стані в момент нещасного випадку.

5. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

5.1. Договір набирає чинності з дати, зазначеної у Полісі як дата початку дії Договору, але не раніше дати сплати страхового платежу. Страхове покриття починається не раніше дати, вказаної у Полісі як початок строку дії Договору, і не раніше сплати Страхувальником Страховику страхового платежу у повному обсязі, та закінчується о 24-00 годині 00 хвилин дати, вказаної у Полісі як дата закінчення строку дії Договору. Всі події, які відбулись після припинення дії Договору, не визнаються страховими випадками, а Страховик не несе зобов'язань щодо здійснення за такими подіями страхових виплат за цим Договором. Дата сплати страхового платежу за Договором відповідає даті укладання Договору. В разі несплати страхового платежу у визначені п. 2.4 та п. 2.5 Полісу строки та розміри, Договір вважається таким, що не набув чинності.

5.2. Територія (місце) дії Договору зазначена у п. 4.2. Полісу.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

6.1.1. Отримати страхову виплату в порядку, передбаченому Договором;

6.1.2. Достроково припинити дію Договору згідно із законодавством України;

6.1.3. Ініціювати внесення змін та доповнень до умов Договору;

6.1.4. Одержати дублікат Договору у разі його втрати.

6.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

6.2.1. Ознайомитися з умовами Договору і Загальними умовами страхового продукту;

6.2.2. Вносити страхові платежі у розмірах і у строки, визначені Договором;

6.2.3. При укладанні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

6.2.4. Упродовж 3 (три) робочих днів повідомити Страховика про будь-яку зміну страхового ризику (відомостей, зазначених у цьому Договорі). У разі збільшення ступеня ризику укласти на вимогу Страховика додаткову угоду до Договору і внести додатковий страховий платіж;

6.2.5. **Повідомити Застраховану особу про укладання на її користь Договору.**

6.2.6. Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору;

6.2.7. Виконувати в повному обсязі умови Договору. Порушення умов Договору Застрахованою особою розцінюється як порушення умов Договору самим Страхувальником;

6.2.8. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків унаслідок настання страхового випадку;

6.2.9. У разі настання страхового випадку діяти відповідно до умов та вимог, викладених у Розділі 7 Оферти;

- 6.2.10. Погоджувати зі Страховиком або Сервісною службою всі дії, що пов'язані з отриманням лікування у разі раптового гострого захворювання, нещасного випадку та інших надзвичайних подій, обумовлених Договором (страховий випадок п.1.2.1 Полісу);
- 6.2.11. Виконувати розпорядження та/або рекомендації Сервісної служби або Страховика;
- 6.2.12. Надати право вільного доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком;
- 6.2.13. Повідомити Страховика про настання страхового випадку відповідно до умов викладених у Розділі 7 Оферти;
- 6.2.14. Після настання страхового випадку надавати Страховику всю необхідну інформацію для встановлення факту настання страхового випадку, обставин та причин його виникнення;
- 6.2.15. Надати Страховику всі документи для здійснення страхової виплати;
- 6.2.16. Повернути Страховику отриману страхову виплату в повному обсязі упродовж 30 робочих днів, якщо упродовж передбачених законодавством України строків позовної давності були виявлені обставини, що за законодавством України або відповідно до умов Договору позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на страхову виплату;
- 6.2.17. Надавати під час укладання Договору / протягом дії Договору, у разі зміни інформації/ документів, а також за вимогою Страховика всі чинні документи, дані та інформацію, необхідні Страховику для виконання обов'язків суб'єкта первинного фінансового моніторингу відповідно до чинного законодавства України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення. Повідомляти Страховика про суттєві зміни в установчих документах, структурі власності, кінцевого бенефіціарного власника, країни реєстрації (для юридичних осіб), ідентифікаційних даних, громадянства (для фізичних осіб) тощо.
- 6.2.18. При отриманні медичних послуг – Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана попередити працівників медичного закладу (лікаря) про факт страхування та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації, необхідної для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку, а також інформації про стан здоров'я Застрахованої особи, і дати дозвіл на надання медичною установою такої інформації Страховику.
- 6.2.19. Виконувати інші умови Договору.

6.3. Страховик має право:

- 6.3.1. З'ясовувати причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, перевіряти всі надані Страхувальником документи, направляти запити в компетентні органи з питань, пов'язаних із розслідуванням причин настання страхового випадку і визначенням розміру страхової виплати, та відкласти прийняття рішення про здійснення страхової виплати (або відмову у здійсненні страхової виплати) до отримання всіх необхідних документів від компетентних органів, повідомивши про це Страхувальника у письмовій формі; самостійно проводити розслідування для з'ясування причин та обставин страхового випадку;
- 6.3.2. Ініціювати внесення змін до Договору і вимагати від Страхувальника внесення додаткового страхового платежу при підвищенні ступеня ризику;
- 6.3.3. Відмовити у страховій виплаті у випадках та в порядку, передбачених Договором;
- 6.3.4. Якщо Страхувальник/Застрахована особа без поважних причин не повідомила Страховика про настання страхового випадку - відмовити в страховій виплаті;
- 6.3.5. На дострокове припинення дії Договору згідно із законодавством України;
- 6.3.6. Відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції у випадках, передбачених законодавством України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», зокрема у разі:
- 1) якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим, та / або Страхувальник не надав необхідні для здійснення належної перевірки документи чи відомості;
 - 2) якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені або подання Страхувальником чи його представником недостовірної інформації / подання інформації з метою введення Страховика в оману;
 - 3) встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;
 - 4) якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.
- 6.3.7. Відмовитись від проведення підозрілої фінансової операції.

6.4. Страховик зобов'язаний:

- 6.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору і Загальними умовами страхового продукту;

6.4.2. Упродовж двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення необхідних документів для своєчасної страхової виплати;

6.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоечасну страхову виплату шляхом сплати Застрахованій особі пені у розмірі **0,01%** суми заборгованості за кожний день прострочення, але не більше з розрахунку подвійної облікової ставки НБУ, яка діє у період, за який нарахована пеня та не більше, ніж за півроку з дати виникнення такої пені.

6.4.4. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

7. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку (п.п. 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3 Полісу), Застрахована особа або її довірена особа (представник) зобов'язані:

7.1.1. Негайно, або як тільки стане можливим, повідомити Страховика та/або цілодобову Сервісну службу Страховика за телефонами: **067 170-7337, 050 170-7337, 093 170-7337**, що вказані У Полісі і діяти відповідно до рекомендацій Сервісної служби Страховика. Якщо Страхувальник чи Застрахована особа (довірена особа) не могли зробити з об'єктивних причин (відсутність зв'язку, за станом здоров'я), вони повинні повідомити цілодобову Сервісну службу Страховика відразу, як тільки це стане можливим;

7.1.2. Повідомити компетентні органи, офіційні державні та відомчі органи, організації (служба швидкої медичної допомоги, Поліції, МВС, ДСНС, відомчі аварійні служби, пожежна охорона або інші залежно від характеру події) за місцем настання події і забезпечити наявність документів, що підтверджують настання страхового випадку;

7.1.3. Подати письмову заяву про страхову виплату (за встановленою Страховиком формою) не пізніше 10 (десять) робочих днів від моменту настання страхового випадку. Якщо з поважних причин Страхувальник, його представник чи Застрахована особа, не змогли подати Страховику Заяву про страхову виплату у встановлений Договором термін, вони зобов'язані підтвердити це документально;

7.1.4. Надати Страховику документи, визначені в Розділі 8 Оферти;

7.1.5. Страхувальник повинен забезпечити участь Страховика у з'ясуванні причин настання та наслідків нещасного випадку.

7.2. При настанні події, що має ознаки страхового випадку (п.1.2.1 Полісу), Застрахована особа або її довірена особа (представник) зобов'язані:

7.2.1. Негайно зв'язатись із Сервісною службою за вказаними у Договорі телефонами: **(050) 624-96-69, (067) 624-96-69, (093) 624-96-69 (з мобільних телефонів); 044 520 29 02 або (044) 520-29-52 (у місті Києві)** або надіслати повідомлення за адресою: **dms@assist.org.ua** або на Viber, Telegram, WhatsApp за номером **067-239-76-80**, що вказані на першій сторінці Договору і повідомити таку інформацію:

- номер Договору;
- прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- місце перебування та контактний телефон;
- докладний опис обставин, що склалися, а також характер необхідної допомоги.

7.2.2. Узгодити із Сервісною службою всі свої подальші дії з отримання невідкладної допомоги та діяти у суворій відповідності до її інструкцій і рекомендацій.

7.2.3. Вжити всіх можливих заходів з метою запобігання або зменшення збитків.

7.3. У випадку, якщо Застрахована особа (особисто або через свого представника) з об'єктивних та поважних причин не змогла зв'язатись із Сервісною службою для отримання необхідної медичної допомоги і була змушена самостійно оплатити вартість наданої їй невідкладної допомоги, вона повинна самостійно або через свого представника при першій же можливості повідомити Страховика або Сервісну службу про факт звернення за допомогою і про суму своїх витрат. У разі невиконання цієї вимоги набирають чинності умови п. 9.1.4 Оферти.

7.3.1. У разі самостійної оплати медичних послуг з поважних причин надати Страховику документи визначені в п. 8.3 Оферти.

8. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Для врегулювання страхового випадку (визнання Страховиком події страховим випадком і здійснення страхової виплати) Страхувальник, Застрахована особа зобов'язані надати Страховику достовірну інформацію і документи, необхідні для підтвердження факту, причин та обставин настання страхового випадку і визначення розміру страхової виплати, а саме:

8.1.1. письмова заява про страхову виплату (встановленої Страховиком форми);

8.1.2. Поліс;

- 8.1.3. документ, що посвідчує особу - одержувача страхової виплати;
- 8.1.4. довідка про присвоєння ідентифікаційного номера одержувача страхової виплати;
- 8.1.5. для дітей віком до 16 років - свідоцтво про народження дитини або паспорт, копії паспорта та довідки про присвоєння ідентифікаційного номера одного з батьків /опікунів/піклувальників.
- 8.2. Відповідно до пп.1.1.1, 1.1.2, 1.1.3 Полісу:**
- 8.2.1. документи, зазначені у п. 8.1 Оферти;
- 8.2.2. довідки та інші документи компетентних органів (органи МВС, пожежної охорони тощо), що підтверджують факт і обставини настання нещасного випадку;
- 8.2.3. оригінал довідки від медичного закладу (на фірмовому бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища пацієнта, точного діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, тривалості та обсягу лікування;
- 8.2.4. документи, які видані лікарсько-консультаційною комісією (ЛКК) або медико-соціальною експертною комісією (МСЕК), що підтверджують встановлення групи інвалідності;
- 8.2.5. у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку - оригінал свідоцтва про смерть Застрахованої особи; документи про правонаступництво або документ, що підтверджує право на спадщину (для спадкоємців);
- 8.2.6. матеріали слідчих та судових органів – у разі необхідності. Документи надаються, якщо у зв'язку з подією, яка призвела до страхового випадку, ведеться кримінальне провадження, розпочато розслідування слідчими органами, розпочато судовий процес або закінчено розслідування чи судовий розгляд.
- 8.3. Відповідно до п. 1.2.1 Полісу в разі самостійної оплати медичних послуг:**
- 8.3.1. документи, зазначені у п. 8.1 Оферти;
- 8.3.2. оригінал довідки-рахунка від медичного закладу (на фірмовому бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища пацієнта, точного діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, докладних відомостей про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості;
- 8.3.3. рецепти, виписані Застрахованій особі лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;
- 8.3.4. документи, що підтверджують факт оплати за медикаменти та медичні послуги, передбачені умовами Договору (розрахунково-касові документи, товарні чеки, тощо);
- 8.4. Для прийняття обґрунтованого рішення за заявленою подією та з'ясування обставин страхового випадку Страховик має право:
- 8.4.1. письмово вимагати подання інших документів з обґрунтуванням причин вимоги, що підтверджують факт і обставини настання страхового випадку;
- 8.4.2. надсилати запити до правоохоронних органів, медичних установ, інших підприємств, установ та організацій, які володіють інформацією про обставини та причини настання страхового випадку.
- 8.5. Усі документи, перелічені у цьому розділі, повинні бути достовірними, оформленими згідно з вимогами законодавства України, засвідчені належним чином.

9. ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ ЗБИТКІВ ТА ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

- 9.1. Страхова виплата як оплата медичних послуг (страховий випадок п.1.2.1 Полісу), передбачених Договором, організованих Страховиком для Застрахованої особи, здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків. Організація медичних послуг здійснюється Страховиком у медичних закладах, з якими Страховик має договірні відносини, категорії В та С. У разі неможливості організації медичної допомоги Застрахованій особі у медичному закладі категорії В або С з будь-якої причини, Страховик організовує медичну допомогу в медичному закладі категорії А або А1, з якими він має договірні відносини.
- 9.1.1. Надання невідкладної стоматологічної допомоги (гострий зубний біль) здійснюється Страховиком у розмірі не більше 5 % страхової суми, зазначеної у п. 2.1 Полісу за Класом 2.
- 9.1.2. Якщо на дату закінчення строку Договору Застрахована особа потребує невідкладної медичної допомоги, але за медичним висновком Застрахована особа не підлягає евакуації в місце постійного проживання, то Страховик відшкодовує витрати на подальше невідкладне лікування Застрахованої особи строком не більше п'яти календарних днів за умови, що такі витрати не виходять за межі страхової суми (граничної суми виплати).
- 9.1.3. У разі самостійної оплати вартості послуг Страхувальником (Застрахованою особою) з поважних причин або за умови, що Застрахована особа узгодила суму витрат із Сервісною службою при настанні страхового випадку, витрати Застрахованої особи відшкодовуються Страховиком після розгляду оригіналів документів відповідно до п. 8.3 Оферти, що підтверджують факт настання страхового випадку та суму витрат.

9.1.4. У разі самостійної оплати вартості послуг Страхувальником (Застрахованою особою), якщо Застрахована особа без поважних причин не узгодила суму витрат із Сервісною службою та/або Страховиком, то витрати Застрахованої особи Страховиком не відшкодовуються.

9.2. При настанні страхового випадку за ризиком «нешасний випадок» (відповідно до пп. 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3 Полісу (Клас 1)) розмір страхової виплати визначається наступним чином:

9.2.1. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку Страховик виплачує Вигодонабувачу або спадкоємцям 100% страхової суми.

9.2.2. У разі встановлення Застрахованій особі групи інвалідності внаслідок нещасного випадку розмір страхової виплати визначається у відсотках від страхової суми:

9.2.2.1. 90% - у разі встановлення першої групи інвалідності;

9.2.2.2. 70% - у разі встановлення другої групи інвалідності;

9.2.2.3. 50% - у разі встановлення третьої групи інвалідності;

9.2.2.4. 90% - у разі встановлення первинної інвалідності неповнолітній Застрахованій особі.

9.2.3. У разі отримання травми Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, розмір страхової виплати обчислюється згідно з Таблицею страхових виплат при настанні страхового випадку (Додаток 2 до Загальних умов страхового продукту «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733) відповідно до діагнозу отриманої травми в межах страхової суми.

9.2.4. Страхові виплати за нещасним випадком здійснюються незалежно від суми, яку має отримати одержувач за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена як відшкодування збитків.

9.3. Якщо після здійснення страхової виплати з'явилися підстави для виплати у більшому розмірі за цим страховим випадком, то Страховик здійснює страхову виплату за вирахуванням раніше здійснених виплат за цим страховим випадком.

9.4. Страховик приймає рішення про страхову виплату (складає страховий акт) або відмову у страховій виплаті впродовж 15 робочих днів від дня одержання Страховиком всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання, причини, обставини та наслідки страхового випадку.

9.5. Страхова виплата здійснюється на підставі заяви про страхову виплату Застрахованої особи та складеного Страховиком страхового акта, із визначенням розміру страхової виплати; Страховик здійснює страхову виплату впродовж 10 (десять) робочих днів після прийняття рішення (складання страхового акта).

9.6. Рішення про відмову у страховій виплаті Страховик надсилає Страхувальнику та Застрахованій особі у письмовій формі з обґрунтуванням причин упродовж 10 (десять) робочих днів від дня його прийняття.

9.7. Страхову виплату може одержати інша особа, призначена Застрахованою особою, спадкоємцями на законних підставах.

9.8. За кожним окремим видом страхування загальна сума страхових виплат за всіма страховими випадками, що сталися в період дії Договору, не повинна перевищувати страхової суми, встановленої Договором.

9.9. За згодою Сторін страхова сума може бути збільшена протягом терміну дії Договору шляхом укладення додаткової угоди до Договору і внесення додаткового страхового платежу.

9.10. Розрахунок страхової виплати здійснюється в межах страхових сум (граничних сум виплат) за кожним окремим видом страхування.

9.11. Якщо на момент настання страхового випадку за всіма або будь-яким ризиком, передбаченим пп.1.1.1-1.1.3 та/або п. 1.2.1. Полісу виявиться, що є інші чинні договори особистого страхування від нещасних випадків та медичного страхування зі Страховиком за всіма або будь-яким ризиком, передбаченим пп.1.1.1-1.1.3 та/або п. 1.2.1 Полісу щодо Застрахованої особи, зазначеної у цьому Договорі, то страхове відшкодування буде виплачене лише за одним договором особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, який був укладений першим.

10. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ

10.1. Усі зміни та доповнення до Договору вносяться за згодою Сторін шляхом укладення додаткової угоди до Договору і внесення додаткового страхового платежу (якщо така сплата передбачена умовами додаткової угоди). Після укладення додаткової угоди вона стає невід'ємною частиною Договору.

10.2. Дія Договору припиняється і втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

10.2.1. закінчення строку дії Договору;

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

10.2.3. смерті Застрахованої особи – фізичної особи чи втрати нею дієздатності, за винятком випадків, передбачених законодавством України;

10.2.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

10.2.5. ухвалення судового рішення про визнання Договору недійсним;

10.2.6. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.

10.3. Дію Договору може бути достроково припинено на вимогу Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана належним чином повідомити іншу не пізніше ніж за 10 (десять) робочих днів до дати передбачуваного припинення дії Договору.

10.4. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю. У разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення Договору відповідно до частини третьої ст. 56 Закону України «Про страхування» за ініціативою Страхувальника після такої передачі страховик- правонаступник повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору.

10.5. В разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені (чи будуть здійснені) за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає сплачені ним страхові платежі повністю.

10.6. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику внесені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені (чи будуть здійснені) за Договором.

10.7. Витрати, безпосередньо пов'язані з укладенням і виконанням Договору, становлять **35%**.

10.8. Частина страхового платежу, що підлягає поверненню, повинна бути виплачена Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дати дострокового припинення дії Договору, проте не раніше врегулювання всіх заявлених Страхувальником страхових збитків (складення відповідного страхового акту або прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування).

10.9. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від нього без пояснення причин, крім випадків, якщо:

10.9.1. строк дії Договору становить менше 30 календарних днів;

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

10.9.3. наявні випадки, визначені абзацом другим частини першої статті 97 Закону України «Про страхування», у яких Страхувальник має право відмовитися від договору страхування протягом 45 днів.

10.10. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

10.11. У разі відмови Страхувальника від Договору, Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

10.12. Відносини між Страховиком та Страхувальником можуть вирішуватись як шляхом підписання окремих угод або додаткових договорів до Договору, так і шляхом обміну інформацією відносно умов Договору зі Страхувальником через web-сайт Страховика: www.oranta.ua.

10.13. Сторони домовились, що розміщення інформації на офіційному сайті Страховика щодо Територій з обмеженим покриттям є зміною умов до Договору та не передбачає укладання окремих додаткових договорів до Договору. Перелік Територій з обмеженим покриттям затверджується наказом або рішенням Правління Страховика по Компанії та застосовується з 00 годин 00 хвилин 2-го (другого) дня, що слідує за днем розміщення сканованої копії такого наказу/рішення правління на офіційному сайті Страховика.

10.14. Страхувальник має право достроково припинити дію Договору в будь-який момент, не враховуючи вимоги п. 10.3 цього Договору, у разі незгоди зі зміненим переліком Територій з обмеженим покриттям. У такому разі Страховик повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення дії Договору, за вирахуванням фактичних виплат страхового відшкодування, але без відрахування нормативних витрат на ведення справи.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

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

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

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

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

12. ІНШІ УМОВИ ДОГОВОРУ

12.1. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що відповідно до Закону України «Про захист персональних даних»:

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

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

12.4. Керуючись Законом України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», при укладанні Договору Страховик проводить заходи з ідентифікації особи Страхувальника, його представника та Вигодонабувача в порядку, передбаченому законодавством України та внутрішніми документами Страховика, на підставі наданих особою оригіналів документів, копій документів, посвідчених нотаріально, або копій документів, що засвідчені підприємством (установою, організацією), яке їх видало. При наданні фінансових послуг Страховик має право витребувати, а Страхувальник зобов'язаний надати документи та передбачені законодавством відомості, необхідні для з'ясування його особи, особи його представника та Вигодонабувача.

12.5. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що до укладання Договору йому було надано Страховиком інформацію, зазначену в частині другій статті 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії».

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

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

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

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

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

12.10.1. Наявність у нього страхового інтересу щодо укладення Договору;

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

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

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

- 12.10.5. Страховик до укладення Договору забезпечив Страхувальника вичерпною інформацією про страхового посередника;
- 12.10.6. Отримав від Страховика примірник Договору у дату його укладення;
- 12.10.7. Вся зазначена інформація та всі умови цього Договору та Загальні умови страхового продукту зрозумілі;
- 12.10.8. Зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень;
- 12.10.9. Укладання цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем);
- 12.10.10. Цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства;
- 12.10.11. Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору;
- 12.10.12. Страхувальник дає згоду Страховику на використання та обробку Страховиком своїх персональних даних, на внесення їх до баз даних ПАТ «НАСК «ОРАНТА» виключно з метою супроводження та виконання зобов'язань за Договором. Засвідчує, що ознайомлений зі своїми правами як суб'єкта персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» №2297-VI від 01.06.2010 р.;
- 12.10.13. Надає згоду Страховику на направлення повідомлень або будь-якої іншої інформації на виконання цього Договору електронними листами на електронну адресу та/або смс (viber тощо) повідомленнями за номером телефону, що зазначені в Полісі (Індивідуальній пропозиції).
- 12.10.14. Страхувальник підтверджує, що до укладення цього Договору йому повідомлено про загальну суму витрат, які він повинен сплатити у зв'язку з отриманням послуги зі страхування за цим Договором. В якості оплати послуги зі страхування за цим Договором Страхувальник має сплатити страховий платіж, розмір якого передбачено в п. 2.4 Полісу та Індивідуальної пропозиції. У разі сплати страхового платежу в безготівковій формі Страхувальник самостійно несе витрати щодо оплати послуг банку чи іншої фінансової установи, пов'язані з перерахуванням такого платежу на рахунок Страховика.
- 12.11. Умови, не зазначені в цьому Договорі, регулюються Загальними умовами страхового продукту та чинним законодавством України. У випадку розбіжностей між Загальними умовами страхового продукту та умовами Договору пріоритетне значення мають умови, зазначені в Договорі.
- 12.12. Підписанням цього договору Страхувальник надає згоду на отримання від ПАТ «НАСК «ОРАНТА» (в тому числі від його представника та/або партнера) повідомлень (зокрема, повідомлень інформаційного, комерційного, рекламного, привітального характеру, транзакційних повідомлень тощо) шляхом відправки SMS-Viber-, Telegram чи будь-яких інших аналогічних повідомлень, та будь-яких Push-нотифікацій, а також повідомлень на електронну пошту та телефонних дзвінків на номер мобільного телефону, електронну пошту або мобільний додаток чи мобільний девайс чи будь-який інший засіб зв'язку, інформацію про який надано Страхувальником до ПАТ «НАСК «ОРАНТА» чи його представника. Страхувальник погоджується, що надана вище згода є чинною до отримання ПАТ «НАСК «ОРАНТА» окремого письмового повідомлення від Страхувальника про відкликання такої згоди. Повідомлення та нотифікації, отримані від НАСК "ОРАНТА" зазначеним вище чином є належним інформуванням від НАСК "ОРАНТА" в межах виконання договорів страхування.
- 12.13. Страхувальник підтверджує, що до підписання Договору він надав правдиву інформацію в анкеті або іншим шляхом про належність/неналежність самого Страхувальника / кінцевого бенефіціарного власника або власника істотної участі Страхувальника-юридичної особи/ Вигодонабувача за договором/застрахованої особи до політично значущих осіб /членів їх сімей /пов'язаних з політично значущими особами, та попереджений про необхідність надання такої інформації / документів в разі настання змін протягом 3-х робочих днів або на запит Страховика.
- 12.14. Крім того, Страхувальник підтверджує, що до нього та/або до зазначених вище осіб не застосовані будь-які національні або міжнародні санкції, не включений(і) до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, тощо. Інакше Страхувальник повідомляє Страховика про такий факт шляхом надання відповідної інформації в анкеті та/або в письмовому/усному вигляді до моменту підписання Договору. Страхувальник зобов'язується інформувати Страховика про настання суттєвих змін щодо наданої інформації та письмово проінформувати Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів з дати їх настання.
- 12.15. Страхувальник повідомлений, що Страховик не надає страхове покриття / не виплачує страхове відшкодування за Договором / не встановлює та/або продовжує ділові відносини / не проводить видаткові фінансові операції / не надає фінансові та інші пов'язані послуги, якщо це порушує будь-які санкції, заборони або обмеження, запроваджені резолюціями ООН або торговельними чи економічними санкціями, законами або нормативними актами Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, Сполучених Штатів Америки, Канади, України, та якщо клієнт є особою та/або організацією, яка включена до переліку осіб, пов'язаних із провадженням терористичної діяльності, або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, та/або які діють від імені таких осіб, та/або якими прямо чи опосередковано володіють чи кінцевими бенефіціарними власниками яких є зазначені вище особи. Страховик здійснює виплату страхового

відшкодування за страховими випадками, за якими виплата страхового відшкодування не була здійснена на виконання умов першого речення цього пункту Договору, після того як зазначені в цьому пункті Договору санкції, заборони та обмеження будуть скасовані. Таке саме правило діє для видаткових операцій, які не були здійснені на виконання умов першого речення цього пункту Договору.

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

12.17. Цей Договір укладається на строк зазначений в Полісі (Індивідуальній пропозиції) і не може бути подовжений на інший строк. Для продовження страхового захисту Сторони можуть укласти новий договір страхування.

12.18. Якщо Договір укладений на певну групу осіб (колектив), то до такої групи (колективу) застосовуються умови, визначені цим Договором та Загальними умовами страхового продукту.

12.19. При страхуванні групи осіб (колективу) до Полісу укладається Додаток 1 «Перелік Застрахованих осіб», який є невід'ємною частиною Договору. При цьому кожній Застрахованій особі з переліку осіб надається ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА для Застрахованої особи за Договором особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України за страховим продуктом «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733, яка є невід'ємною частиною Договору та носить інформативний характер.

13. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ

13.1. Страхувальник або інша особа, яка є одержувачем страхового відшкодування, має право подати до Страховика звернення з питань захисту своїх прав як споживача фінансових послуг.

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

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

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

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

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

13.4.3. шляхом усного звернення:

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

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

13.5. Усне звернення викладається на особистому прийомі або за допомогою засобів телефонного зв'язку за телефонами, зазначеними у п.13.4.3.1 Оферти, та записується (реєструється) посадовою особою.

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

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

13.8. Звернення, оформлене без дотримання вимог, зазначених в п. 13.7 Оферти, повертається заявнику з відповідними роз'ясненнями не пізніше як через десять днів від дня його надходження.

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

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

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

13.12. Страховик зобов'язаний розглянути пропозиції (зауваження) та повідомити споживача фінансових послуг про результати розгляду.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13.22. Звернення споживачів фінансових послуг розглядаються без стягнення плати.

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

- для електронного звернення: **nbu@bank.gov.ua**;

- для листування: **вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601**;

- для подання письмових звернень громадян: **вул. Інститутська, 11-б, м. Київ, 01601**;

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

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

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

Посилання на розділ “Звернення громадян” офіційного Інтернет-представництва Національного банку: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection/citizens-appeals>.

14. СПОСІБ (СПОСОБИ) ІДЕНТИФІКАЦІЇ ТА ВЕРИФІКАЦІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА

14.1. Згідно з Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» (надалі – Закон) Страховик є суб'єктом первинного фінансового моніторингу.

14.2. Верифікація - заходи, що вживаються суб'єктом первинного фінансового моніторингу з метою перевірки (підтвердження) належності відповідній особі отриманих суб'єктом первинного фінансового моніторингу ідентифікаційних даних та/або з метою підтвердження даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників чи їх відсутність.

14.3. Ідентифікація - заходи, що вживаються суб'єктом первинного фінансового моніторингу для встановлення особи шляхом отримання її ідентифікаційних даних.

14.4. Страховик з урахуванням вимог законодавства та оцінки ризиків, притаманних його діяльності, розробляє, впроваджує та оновлює правила фінансового моніторингу, програми проведення первинного

фінансового моніторингу та інші внутрішні документи з питань фінансового моніторингу (далі - внутрішні документи з питань фінансового моніторингу) і призначає працівника, відповідального за його проведення.

14.5. Належна перевірка Страхувальника (його представника) здійснюється у разі:

14.6. - укладання договору страхування, в якому загальний страховий платіж перевищує 27 тисяч гривень або його сума еквівалентна зазначеній сумі, у тому числі в іноземній валюті;

14.7. - наявності підозри;

14.8. - виникнення сумнівів у достовірності чи повноті раніше отриманих ідентифікаційних даних клієнта;

14.9. - інших випадках, передбачених чинним законодавством.

14.10. Ідентифікація та верифікація Страхувальника (його представника) здійснюються до укладення договору страхування.

14.11. Страховик має право витребувати, а Страхувальник (його представник) зобов'язаний подати інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

14.12. Страховик під час ідентифікації та верифікації Страхувальників - резидентів встановлює:

14.13. для фізичної особи - прізвище, ім'я та (за наявності) по батькові, дату народження, номер (та за наявності - серію) паспорта громадянина України (або іншого документа, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів), дату видачі та орган, що його видав, відомості про місце проживання або місце перебування, реєстраційний номер облікової картки платника податків, номер (та за наявності - серію)

14.14. паспорта громадянина України, в якому проставлено відмітку про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, чи номер паспорта із записом про відмову

14.15. від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків в електронному безконтактному носії, унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності). Якщо за звичаями національної меншини, до якої належить особа, прізвище або по батькові не є складовими імені, зазначаються лише складові імені;

14.16. для фізичної особи - підприємця - прізвище, ім'я та (за наявності) по батькові, дату народження, номер (та за наявності - серію) паспорта громадянина України (або іншого документа, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів), дату видачі та орган, що його видав, відомості про місце проживання або місце перебування, реєстраційний номер облікової картки платника податків, номер (та за наявності - серію) паспорта громадянина України, в якому проставлено відмітку про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, чи номер паспорта із записом про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків в електронному безконтактному носії; дату та номер запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних

14.17. осіб - підприємців та громадських формувань про проведення державної реєстрації; реквізити банку, в якому відкрито рахунок, і номер поточного рахунка (за наявності), унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності). Якщо за звичаями національної меншини, до якої належить особа, прізвище або по батькові не є складовими імені, зазначаються лише складові імені;

14.18. для юридичної особи - повне найменування, місцезнаходження; дату та номер запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань про проведення державної реєстрації, відомості про виконавчий орган (органи управління); ідентифікаційні дані осіб, які мають право розпоряджатися рахунками та/або майном; ідентифікаційний код згідно з Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України; реквізити банку, в якому відкрито рахунок, і номер поточного рахунка.

14.19. Під час ідентифікації та верифікації Страхувальників - нерезидентів, Страховик встановлює:

14.20. для фізичної особи - прізвище, ім'я та (за наявності) по батькові, дату народження, номер (та за наявності - серію) паспорта (або іншого документа, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів), дату видачі та орган, що його видав, громадянство, відомості про місце проживання або місце тимчасового перебування в Україні, унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності). Якщо за звичаями національної меншини, до якої належить особа, прізвище або по батькові не є складовими імені, зазначаються лише складові імені;

14.21. для електронного резидента (е-резидента) - прізвище, ім'я та по батькові (за наявності), дату народження, номер та серію (за наявності) паспорта (або іншого документа, що посвідчує особу), дату видачі та орган, що його видав, громадянство (підданство), відомості про місце проживання або місце тимчасового перебування, реєстраційний номер облікової картки платника податків, дату та номер запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань про проведення державної реєстрації. Якщо за звичаями національної меншини, до якої належить особа, прізвище або по батькові не є складовими імені, зазначаються лише складові імені;

14.22. для юридичної особи - повне найменування, місцезнаходження; реквізити банку, в якому відкрито рахунок, номер банківського рахунка; відомості про виконавчий орган (органи управління); ідентифікаційні дані осіб, які мають право розпоряджатися рахунками та/або майном. Під час верифікації суб'єкту первинного фінансового моніторингу надається також копія легалізованого витягу з торгового, банківського чи судового реєстру або нотаріально засвідчене реєстраційне посвідчення уповноваженого органу іноземної держави про реєстрацію відповідної юридичної особи.

14.23. Страховик зобов'язаний додатково під час належної перевірки здійснювати стосовно Страхувальників (їх представників), які (кінцеві бенефіціарні власники яких) є політично значущими особами, членами їх сімей та особами, пов'язаними з політично значущими особами, заходи, визначені Законом.

14.24. Керуючись вимогами Закону та іншими чинними нормативними актами законодавства України, Страховик при укладанні Договору проводить заходи з ідентифікації особи Страхувальника, його представника та Вигодонабувача в порядку, передбаченому законодавством України та внутрішніми документами Страховика, на підставі наданих особою оригіналів документів, копій документів,

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

14.26. Повторна ідентифікація та верифікація Страхувальника (його представника), Вигодонабувача не є обов'язковими, якщо ця особа раніше була ідентифікована та верифікована згідно з вимогами Закону, за умови відсутності у Страховика підозр та/або підстав вважати, що наявні документи, дані та/або інформація про вищезазначених осіб є нечинними (ою) (недійсними(ою)) та/або неактуальними(ою).