

Оферта №2 від 03.08.2020

щодо укладення Комплексного договору добровільного страхування цивільної відповідальності власника наземного транспортного засобу (ТЗ), добровільного медичного страхування і добровільного страхування від нещасного випадку під час експлуатації наземного ТЗ, надалі – **Комплексний Договір добровільного страхування**

Ця Оферта містить "Пропозицію і порядок укладення в електронній формі" Комплексного договору добровільного страхування цивільної відповідальності власника наземного транспортного засобу (ТЗ), добровільного медичного страхування і добровільного страхування від нещасного випадку під час експлуатації наземного ТЗ, надалі – **Комплексний Договір добровільного страхування (Договір)**, та запропоновані Приватним акціонерним товариством "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ГЛОБАЛ ГАРАНТ" (далі – Страховик, ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ") "Загальні умови страхування", що становлять Частину Б Договору (у разі укладення останнього), надалі – **Загальні умови**.

Ця Оферта стосується укладення Договору в електронній формі. Пропозиція Оферти діє з 03.08.2020. У разі прийняття Страхувальником Оферти, страхування здійснюється у відповідності до Частини Б Договору, що є невід'ємною складовою даної Оферти.

1. Пропозиція і Порядок укладення Договору в електронній формі

1.1. Клієнт (потенційний Страхувальник), під час заповнення електронної форми Заявки, отриманої на сайті Страховика **globalgarant.com.ua**, або за допомогою "хмарного" інтернет-сервісу EWA надає Страховику інформацію, необхідну для ідентифікації Страхувальника, розрахунку розміру страхового платежу та формування Частини А Договору "Спеціальні умови страхування", далі – **Спеціальні умови**. Заповнена у такий спосіб Заявка, за умови її належного оформлення, прирівнюється до письмової заяви Клієнта (потенційного Страхувальника) щодо укладення Договору.

1.2. На підставі заповненої Заявки, Страховик здійснює розрахунок страхового платежу та формує файл "Спеціальні умови" – Частину А Договору, який пропонується Клієнту (потенційному Страхувальнику), шляхом відсилки відповідного файлу на електронну адресу Клієнта, вказану у Заявці.

1.3. Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом умов Оферти і згодою укласти Договір є надання Страховику відповіді Клієнта про прийняття Оферти і підписання Договору - шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором **ОТР (One Time Password)** - алфавітно-цифровою послідовністю, яку отримує Клієнт за допомогою SMS (Viber) - повідомлення на номер мобільного телефону, що вказується ним під час заповнення особистих даних у файлі Заявки.

1.4. Проставленням електронного підпису одноразовим ідентифікатором, вказаним у п.1.3 цього розділу Оферти, Клієнт (Страхувальник) підтверджує, що він:

1.4.1. до моменту укладання Договору ознайомлений зі змістом частини 2 статті 12 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг", який розміщено на сайті Страховика;

1.4.2. розуміє суть фінансових послуг, які надаються Страховиком у рамках Договору;

1.4.3. надає згоду Страховику на обробку його персональних даних, в тому числі: таких, що стосуються стану здоров'я, та передачу персональних даних контрагентам, в тому числі нерезидентам, з метою виконання умов Договору;

1.4.4. ознайомлений та згодний з умовами страхування, викладеними у Частинах А і Б Договору;

1.4.5. ознайомлений із оригіналом підпису уповноваженої особи та печаткою Страховика, що вказані у п.п.1.9 цього розділу Оферти, та свідомо надав згоду на підписання Договору зі свого боку шляхом проставлення електронного підпису одноразовим ідентифікатором;

1.4.6. надає згоду на отримання Договору в електронній формі та інших комерційних електронних повідомлень Страховика на його особисту електронну пошту, вказану у Заявці при внесенні особистої інформації;

1.4.7. надає згоду на сплату страхового платежу на умовах, передбачених Договором.

1.5. Після здійснення акцепту Оферти:

1.5.1. Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує на електронну адресу, вказану при заповненні Заявки, повідомлення Страховика про підтвердження укладення Договору в електронній формі, шляхом надсилання електронного документа – візуальної форми Частини А Договору.

1.5.2. Страхувальник здійснює оплату суми страхового платежу, вказаного у Чащині А "Спеціальні умови" Договору, у безготівковій формі на поточний рахунок Страховика.

1.6. Виконання зазначених дій є укладенням Договору в електронній формі, яка, відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України "Про електронну комерцію" прирівнюється до письмової форми Договору.

1.7. Договір є підписаним з боку Страховика, згідно зі ст. 12 Закону України "Про електронну комерцію", за наявності:

- на візуальній формі Частини 1 Договору - відповідного QR- коду;

- в Оферті - аналога власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відтиску печатки Страховика.

1.8. Сторони Договору приймають на себе зобов'язання відтворити Договір на паперовому носії, у разі виникнення такої необхідності. На письмову вимогу однієї зі Сторін про укладення Договору у письмовій формі, такий Договір виготовляється протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання відповідної вимоги та підлягає підписанню і проставленню печатки (за наявності) кожною з Сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати його виготовлення. Якщо одна зі Сторін відмовляється підписувати Договір, такий спір підлягає розгляду у судовому порядку, згідно з чинним законодавством України.

1.9. Зразок відтворення підпису уповноваженої особи Страховика та відтиску печатки Страховика наведено нижче:

**Перший заступник
Голови Правління
ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ"**



І.В. Бонковська

1.10. Дата, час, порядок акцепту Оферти, повідомлення про підтвердження укладення Договору в електронній формі та здійснення оплати, обмін електронними повідомленнями між Сторонами, відомості про факт виготовлення Договору в письмовій формі зберігаються в електронній базі Страховика.

1.11. Внесення змін до Договору, а також його дострокове припинення здійснюється на підставі заяви Сторони, поданої іншій Стороні у письмовому чи у електронному вигляді, шляхом направлення на її електронну адресу.

ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ",
01103, м.Київ, бульвар Дружби Народів, 28-В,
Тел. (044) 357-70-80,
електронна адреса: office@globalgarant.com.ua

2. Комплексний договір добровільного страхування цивільної відповідальності власника наземного транспортного засобу (ТЗ), добровільного медичного страхування і добровільного страхування від нещасного випадку під час експлуатації наземного ТЗ

Частина Б. Загальні умови страхування

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

1.1. Вигодонабувач (за ДЦВ) – це Потерпілий, тобто, юридична та/або фізична особа, крім Страхувальника, майну якої заподіяно шкоду внаслідок дорожньо-транспортної пригоди (ДТП), що сталась за участі транспортного засобу, зазначеного в частині А Договору, далі – **Забезпечений ТЗ**. У випадку смерті/ втрати дієздатності/ ліквідації Потерпілого – юридичної особи, Вигодонабувачем за цим Договором - в частині ДЦВ - є спадкоємець/ опікун/ піклувальник/ правонаступник Потерпілого за законом.

1.2. Водій - особа, яка керує транспортним засобом (ТЗ) під час його руху.

1.3. ДЦВ – послуга щодо добровільного страхування цивільної відповідальності власника Забезпеченого ТЗ, що надається за цим Договором, за умови зазначення у розділі 5 Частини А Договору даних щодо Забезпеченого ТЗ, а також, у розділі 7 Частини А Договору, відповідних Страхової суми, Страхового тарифу і Страхового платежу.

1.4. ДМС - послуга щодо добровільного медичного страхування, що надається за цим Договором, за умови зазначення у розділі 7 Частини А Договору відповідних Страхової суми, Страхового тарифу і Страхового платежу.

1.5. ДНВ - послуга щодо добровільного страхування від нещасного випадку, що надається за цим Договором, за умови зазначення у розділі 7 Частини А Договору відповідних Страхової суми, Страхового тарифу і Страхового платежу.

1.6. Дорожньо-транспортна пригода (ДТП) - подія, що сталася під час руху транспортного засобу, внаслідок якої загинули або поранені люди чи завдані матеріальні збитки. В контексті Договору, у якості ДТП вважається:

1.6.1. в частині **ДЦВ** – дорожньо-транспортна пригода, що сталась за участі Забезпеченого ТЗ;

1.6.2. в частині **ДМС** і **ДНВ** - дорожньо-транспортна пригода, що сталась за участі Забезпеченого ТЗ, у салоні (кабіні) якого, на момент настання цієї події, знаходився Страхувальник.

1.7. Експлуатант - особа, яка, згідно з Договором в частині **ДЦВ**, набуває прав і обов'язків Страхувальника, за умови експлуатації на законних підставах Забезпеченого ТЗ.

1.8. Забезпечений ТЗ – транспортний засіб, дані якого вказані у частині А Договору, та цивільна відповідальність Експлуатанта якого може бути застрахована на умовах ДЦВ за цим Договором.

1.9. Застрахована особа – Страхувальник, який є водієм або пасажиром **Забезпеченого ТЗ**, впродовж проміжку часу: з моменту початку посадки Страхувальника у цей ТЗ - до моменту закінчення ним висадки із ТЗ.

1.10. Медична допомога – комплекс заходів з надання Страхувальнику, при настанні страхового випадку за ДМС, що мав наслідком Розлад здоров'я цієї особи, медичної допомоги, передбаченої **Програмою страхування**.

1.11. Місце дії Договору - територія, визначена у Договорі, в межах якої він діє стосовно Страхових випадків за ризиками, зазначеними у цьому Договорі.

1.12. Пасажир - особа, яка користується наземним ТЗ і знаходиться в ньому, але не причетна до керування цим ТЗ.

1.13. ПДР – Правила дорожнього руху (ПДР) – чинні "Правила дорожнього руху", затверджені Постановою Кабінету Міністрів України.

1.14. Подія, що має ознаки страхового випадку (Подія) – це подія, кваліфікація якої відповідає визначенню страхового випадку за цим Договором, що фактично настала, та з настанням якої на певних осіб, вказаних у цьому Договорі, згідно з його положеннями, покладено виконання конкретних обов'язків. У подальшому така подія може бути як визнана, так і не визнана у якості страхового випадку за Договором.

1.15. Правила – чинні "Правила добровільного страхування цивільної відповідальності власників наземних транспортних

засобів (включаючи відповідальність перевізника)", "Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)", "Правила добровільного страхування від нещасних випадків" ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ", зареєстровані у встановленому порядку.

1.16. Програма страхування – перелік видів платної медичної допомоги, вартість якої, при настанні зі Страхувальником страхового випадку, передбаченого цим Договором в частині ДМС, підлягає відшкодуванню (оплаті) Страховиком, а саме:

1.14.1. **Невідкладна (екстрена) медична допомога** - виїзд бригади швидкої допомоги, експрес-діагностика, реанімаційно-лікарські заходи, забезпечення медикаментами, а також транспортування в лікувальний заклад для подальшого проходження лікування;

1.14.2. **Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога** - консультації лікарів, проведення діагностичних лабораторних та інструментальних досліджень, лікувальних процедур та маніпуляцій, забезпечення медикаментами;

1.14.3. **Невідкладна стаціонарна допомога** - невідкладна госпіталізація, консультації лікарів, проведення діагностичних лабораторних та інструментальних досліджень, оперативне та/або консервативне лікування, лікувальні маніпуляції та процедури, забезпечення медикаментами;

1.14.4. **Невідкладна стоматологічна допомога** - консультація стоматолога, рентгендіагностика, знеболювання, видалення зубів або коренів зубів, щелепно-лицьові операції, проведення лікувальних процедур та маніпуляцій, забезпечення медикаментами. Ліміт відповідальності Страховика (гранична сума витрат щодо надання цього виду медичної допомоги) становить 1500,00 (одну тисячу п'ятсот) грн - на весь строк дії Договору.

1.17. Розлад здоров'я - вірогідне травматичне ушкодження здоров'я (травма, вивих, перелом, забій, рана, черепно-мозкова травма, поранення або розрив органів, зв'язок, сухожилля, опік, удушення тощо), що може настати зі Страхувальником внаслідок ДТП, під час якої Страхувальник знаходився у салоні (кабіні) Забезпеченого ТЗ.

1.18. Страхова виплата - загальне найменування страхового відшкодування, що підлягає виплаті Страховиком на користь Потерпілих при настанні страхового випадку за ДЦВ, а також страхових виплат, що повинні здійснюватись, при настанні страхових випадків в частині ДМС і ДНВ, на користь Страхувальника.

1.19. Транспортний засіб (ТЗ) – пристрій, призначений для перевезення людей та/ або вантажу, а також встановленого на ньому спеціального обладнання чи механізмів.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

2.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону:

2.1.1. в частині **ДЦВ** - пов'язані з відшкодуванням шкоди, заподіяної Експлуатантом, майну третіх осіб (Потерпілих), внаслідок ДТП, яке сталось за участі Забезпеченого ТЗ;

2.1.2. в частині **ДМС** та **ДНВ** - пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника, що, на момент ДТП, мав статус водія або пасажирів Забезпеченого ТЗ.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. В частині ДЦВ, страховим ризиком є вірогідне настання цивільно-правової (цивільної) відповідальності Експлуатанта за шкоду, заподіяну майну Потерпілого внаслідок Дорожньо-транспортної пригоди, скоєної за участі **Забезпеченого ТЗ**.

3.2. Подія, зазначена у п.3.1 цієї Частини Договору, є страховим випадком, якщо:

3.2.1. Збиток, що став причиною вказаної Події, настав у Місці дії Договору протягом строку дії Договору.

3.2.2. Вказана Подія має прямий безпосередній причинно-наслідковий зв'язок зі збитками (шкодою), заподіяними Потер-

пілому.

3.2.3. Факт настання цивільно-правової відповідальності Експлуатанта за шкоду, заподіяну майну Потерпілого, встановлено згідно з чинним законодавством України і підтверджено документально, згідно з умовами Договору.

3.3. За цим Договором, при настанні страхового випадку, у межах страхової суми за ДЦВ, підлягають відшкодуванню Страховиком:

3.3.1. Матеріальні збитки Потерпілого, що настали при заподіяній шкоді його майну внаслідок ДТП, скоєної за участю Забезпеченого ТЗ, у тому числі витрати, здійснені для усунення прихованих пошкоджень і дефектів майна Потерпілого, які було виявлено у процесі ремонту та було визнано наслідками страхового випадку на підставі висновку спеціаліста (експерта, оцінювача) та/ або представника Страховика;

3.4. Здійснення страхових виплат за ДЦВ внаслідок настання конкретного страхового випадку проводиться за вирахуванням сум страхових виплат (відшкодувань), що мають бути здійснені внаслідок настання цього ж страхового випадку за полісом ОСЦПВВНТЗ (обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів), оформленого щодо **Забезпеченого ТЗ**, згідно із Законом України №1961-IV від 01.07.2004 "Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів" (зі змінами і доповненнями).

3.5. В частині **ДМС**, страховим ризиком є вірогідне настання зі Страхувальником Розладу здоров'я, пов'язаного з нещасним випадком, що стався зі Страхувальником внаслідок ДТП за участі Забезпеченого ТЗ, у салоні (кабіні) якого знаходився Страхувальник, що зумовило потребу у наданні Страхувальнику – на платній основі - відповідних медичних послуг, передбачених Договором, у межах та в обсязі Програми страхування.

3.6. В частині **ДНВ**, страховим ризиком є вірогідне заподіяння шкоди життю та здоров'ю Страхувальника внаслідок нещасного випадку під час ДТП, що сталася за участі Забезпеченого ТЗ, у салоні (кабіні) якого знаходився Страхувальник, та прямими наслідками якої стала:

3.6.1. Смерть Страхувальника.

3.6.2. Стійка втрата Страхувальником загальної працездатності (встановлення I, II або III групи первинної інвалідності).

3.6.3. Тимчасова втрата Страхувальником загальної працездатності.

3.7. Події, зазначені у п.п. 3.5, 3.6 цієї Частини Договору, є страховими випадками, якщо вони:

3.7.1. настали у Місці дії Договору протягом строку дії Договору, коли Страхувальник знаходився у салоні (кабіні) Забезпеченого ТЗ, що експлуатувався на законних підставах.

3.7.2. мали прямий безпосередній причинно-наслідковий зв'язок із ДТП, що сталась за участі Забезпеченого ТЗ, у якому знаходився Страхувальник;

3.7.3. Підтверджені документально, згідно з умовами Договору.

3.8. Щодо **ДНВ**: події, передбачені п.п. 3.6.1, 3.6.2 цієї частини Договору, також вважаються страховими випадками, якщо вони сталися протягом одного року з дня настання Події.

3.9. Не визнаються страховим випадком за **ДНВ** встановлення Страхувальнику конкретної групи первинної інвалідності та/ або смерть Страхувальника, якщо буде встановлено, що причиною їх настання, крім наслідків Події, є також захворювання, хворобливі стани чи травми, не пов'язані з Подією, чи які були в наявності у Страхувальника до дати настання Події.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. За цим Договором, не є застрахованими:

- в частині **ДЦВ** - майнові інтереси, пов'язані з відшкодуванням шкоди, заподіяної Експлуатантом майну Потерпілих, внаслідок ДТП за участі Забезпеченого ТЗ;

- в частині **ДМС і ДНВ** - майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника, що, на момент ДТП, мав статус водія або пасажира Забезпеченого ТЗ, - якщо вказаний Забезпечений ТЗ використовувався:

4.1.1. Для перевезення радіоактивних речовин, а також з будь-якими наслідками дії цих речовин.

4.1.2. Для навчальної або спортивної їзди, здійснення будь-яких спеціальних програм випробувань якостей ТЗ.

4.1.3. З метою використання на постійній основі спеціальними службами (поліцією, швидка медична допомога тощо).

4.1.4. У цілях здачі в оренду, прокат або в якості таксі (за відсутності спеціальної відмітки у п.5.1 Частини А Договору).

4.1.5. На території аеропортів (аеродромів), інших територій, до яких немає загальнодоступного в'їзду.

4.1.6. Під час і на території воєнних дій, громадянської війни, масових заворушень, страйків.

4.1.7. В цілях перевезення вибухо- та вогнебезпечних речовин, наливних легкозаймистих рідин, хімікатів або газів у рідкому чи газоподібному стані.

4.1.8. Виключно у воєнних цілях та для забезпечення спеціальних функцій правоохоронних органів держави та військових формувань.

4.2. Страховик не має обов'язку щодо здійснення страхових виплат за **ДЦВ, ДМС і ДНВ**, якщо збитки Потерпілого та/ або шкода життю і здоров'ю Страхувальника під час Події за участі Забезпеченого ТЗ настали внаслідок:

4.2.1. терористичних актів;

4.2.2. експлуатації Забезпеченого ТЗ у задалегідь відомому Страхувальнику (Експлуатанту) несправному технічному стані. Визначення технічного стану ТЗ здійснюється згідно з вимогами ПДР;

4.2.3. буксирування Забезпеченим ТЗ несправного або іншого пошкодженого ТЗ, що здійснювалось із порушенням ПДР;

4.2.4. заволодіння Забезпеченим ТЗ внаслідок будь-яких протиправних дій Третіх осіб.

4.3. Не відшкодовуються збитки (шкода), що сталися внаслідок використання Забезпеченого ТЗ Страхувальником, Експлуатантом або іншою особою (будь-якою особою, яка внаслідок добровільних дій та/ або бездіяльності Страхувальника чи Експлуатанта мала можливість користуватись Забезпеченим ТЗ та/ або отримала ключі від цього ТЗ), які:

4.3.1. перебували в стані алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння, під дією психотропних чи медикаментозних препаратів, використання яких протипоказано при керуванні ТЗ.

4.3.2. Не мали належного посвідчення (дозволу) на керування ТЗ відповідної категорії.

4.3.3. Здійснили непокору представникам державної влади (зокрема, втечу з місця Події, відмову від здійснення медичного обстеження (експертизи)).

4.3.4. Вчинили протиправні дії (за винятком скоєння Дорожньо-транспортної пригоди, при подальшому виконанні вимог ПДР).

4.4. Страховик не має обов'язку щодо здійснення страхових виплат за ДЦВ, ДМС, ДНВ, за наявності таких обставин:

4.4.1. Використання Забезпеченого ТЗ не за прямим призначенням (відповідно до типу ТЗ, зазначеного у відповідному "Свідоцтві про реєстрацію" або "Тимчасовому реєстраційному талоні").

4.4.2. Брак виробника при виготовленні Забезпеченого ТЗ (його частин).

4.4.3. Порушення Страхувальником (Експлуатантом) вимог ПДР в частині глав "Перевезення пасажирів", "Перевезення вантажів".

4.4.4. ДТП за участі Забезпеченого ТЗ, за кермом якого знаходився Страхувальник, настала внаслідок наступних порушень ПДР з боку водія цього ТЗ:

- перевищення встановлених обмежень швидкості руху більше ніж на 50 км/ год;

- порушення пунктів ПДР, що стосуються регулювання руху через залізничні переїзди;

- проїзд на сигнал світлофора, або жест регулювальника, або інший знак, що забороняють рух;

- рух тротуарами/ пішохідними доріжками (крім паркування);

- порушення ПДР в частині проїзду перехресть;

- здійснення зупинки, обгону, розвороту у заборонених місцях; виїзд на смугу зустрічного руху в місцях, де такий виїзд заборонено.

ПРИМІТКА. Факт здійснення зазначеного порушення ПДР вважається таким, що дійсно мав місце, якщо його настання підтверджується документом компетентного органу (зокрема, поліції) або експертним дослідженням, проведеним спеціалізованою організацією (спеціалістом, який має необхідну

кваліфікацію).

4.4.5. Будь-які непрямі збитки Потерпілих та/чи Страхувальника, пов'язані зі страховим випадком, зокрема, в частині упущеної вигоди, штрафних санкцій, моральної шкоди тощо.

4.5. В частині ДМС, до страхових випадків не відносяться:

4.5.1. Будь-які Розлади здоров'я, травматичні ушкодження, захворювання, загострення хронічних захворювань та стани Страхувальника, що не є наслідками Події.

4.5.2. Психічні розлади/ захворювання та пов'язані з ними додаткові витрати Страхувальника, понесені внаслідок настання Події, зокрема: шизофренія, психопатія, психози, неврози, мігрень, астено-депресивні стани, синдром хронічної втоми, вегетосудинна дистонія, нейроциркуляторна дистонія, оплата послуг психолога, психотерапевта, психоаналітика, логопеда, психіатра, оплата психотропних засобів (нейролептиків, транквілізаторів, антидепресантів тощо), снодійних та заспокійливих засобів.

4.6. У разі настання страхового випадку за ДМС, при наданні медичної допомоги Страхувальнику, Страховик не відшкодовує оплату вартості:

4.6.1. допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, візків тощо), їх ремонт або прокат;

4.6.2. протезування зубів та/ або підготовки до протезування зубів;

4.6.3. лікувально-оздоровчих заходів, реабілітаційних, профілактичних заходів (послуг та медикаментів) і санаторно-курортного лікування;

4.6.4. медичної допомоги (послуг), не передбачених Договором та/або не узгоджених із Страховиком та/або отриманих Страхувальником у медичних закладах, не погоджених зі Страховиком;

4.6.5. витрат, пов'язаних з наданням послуг, що не є необхідними з медичної точки зору чи не входять у лікування, призначене лікарем;

4.6.6. **планової** медичної допомоги та медичних послуг.

5. ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

5.1. Страхувальник має право:

5.1.1. Ознайомитись з умовами страхування і Правилами

5.1.2. Вимагати здійснення Страховиком страхових виплат, відповідно до умов Договору.

5.1.3. На отримання від Страховика будь-якої інформації, що стосується умов Договору.

5.1.4. Вимагати дострокового припинення дії Договору згідно з умовами, визначеними Договором і Правилами.

5.1.5. Отримати дублікат Договору та інших документів до нього, у випадку їх втрати.

5.1.6. Збільшити страхову суму за Договором в частині ДЦВ, ДМС, ДНВ до настання страхового випадку, а також відновити страхову суму за ДЦВ, ДМС, ДНВ після здійснення страхової виплати, з одночасним переукладенням цього Договору.

5.2. Страхувальник зобов'язаний:

5.2.1. Надати Страховику необхідну інформацію про предмет Договору, всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і надалі інформувати Страховика у письмовій формі про будь-які **суттєві зміни інформації** протягом 2 (двох) робочих днів з моменту отримання відомостей про такі зміни.

При цьому, в цілях Договору, до **суттєвих змін інформації**, зокрема, відносяться:

а) зміна умов зберігання та регіону експлуатації Забезпеченого ТЗ (використання цього ТЗ в якості таксі або передача зазначеного ТЗ, згідно з цивільно-правовим договором (оренди, лізингу тощо) іншій особі);

б) зміна державного реєстраційного номера або номера кузова Забезпеченого ТЗ;

5.2.2. Своєчасно і в повному обсязі сплатити суму страхового платежу, згідно умов Договору.

5.2.3. Як до укладання Договору, так і під час його дії письмово інформувати Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета Договору.

5.2.4. Повідомити Страховика про настання Події в порядку та у строк, передбачений Договором.

5.2.5. Надавати Експлуатанту Забезпеченого ТЗ повну інформацію щодо умов Договору.

5.2.6. Вживати можливих заходів щодо запобігання та зменшення збитків (шкоди), завданих Потерпілим та/або Страхува-

льнику внаслідок настання Події.

5.2.7. На запит Страховика, надавати письмові пояснення щодо обставин ДТП, що настала за участі Забезпеченого ТЗ.

5.2.8. Ознайомити Експлуатанта з умовами Договору, зокрема, з тими, що впливають на рішення Страховика стосовно визнання Події страховим випадком та підстав для відмови у страховій виплаті.

5.2.9. При настанні Події, надати Страховику документи, передбачені Договором, що стосуються Події та її наслідків, для забезпечення своєчасного врегулювання Події.

5.3. Страховик має право:

5.3.1. Перевіряти достовірність відомостей, наданих Страхувальником (перед укладенням Договору та під час його дії) про предмет Договору, стан та умови утримання та експлуатації Забезпеченого ТЗ.

5.3.2. Перевіряти виконання Страхувальником своїх обов'язків за Договором.

5.3.3. Здійснювати заходи, що не суперечать законодавству України та спрямовані на зменшення збитків (шкоди), заподіяної внаслідок Події, брати участь у збереженні і рятуванні життя і здоров'я Страхувальника, майна Потерпілих, а також давати інструкції щодо зменшення збитків (шкоди).

5.3.4. Здійснювати огляд, фото- та відеозйомку місця Події.

5.3.5. Отримувати письмові пояснення від учасників та свідків Події.

5.3.6. Направляти запити до компетентних органів з питань, пов'язаних із встановленням причин і наслідків Події, визначенням розміру заподіяних збитків (шкоди), самостійно проводити розслідування, з метою з'ясування причин та обставин Події.

ПРИМІТКА. Дії Страховика, передбачені п.п. 5.3.1 - 5.3.6 цієї Частини Договору, не можуть розцінюватись як визнання Страховиком певної Події у якості страхового випадку.

5.3.7. Залучати до оцінки розміру збитків, завданих майну Потерпілих внаслідок страхового випадку, незалежних спеціалістів (експертів, оцінювачів) та визначати розмір страхової виплати на підставі відповідного акту товарознавчого дослідження, складеного ними.

5.3.8. Керувати процесом врегулювання претензій, висунутих, в рамках ДЦВ, від імені Потерпілих, зокрема, досягати компромісних угод та завершувати розгляд претензій від імені Страхувальника, - в межах розміру заподіяної шкоди (збитків), який не перевищує страхової суми за ДЦВ.

5.3.9. Затримати здійснення страхової виплати, відповідно до умов Договору.

5.3.10. Достроково припинити дію Договору, згідно з його умовами.

5.3.11. При настанні Події за ДМС, взяти на себе організацію лікування Страхувальника і сплату відповідних витрат, із наступним їх зарахуванням до суми страхової виплати.

5.4. Страховик зобов'язаний:

5.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування та Правилами.

5.4.2. Протягом 2 (двох) робочих днів з моменту, коли Страховику стане відомо про настання Події, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного врегулювання цієї Події, згідно умов Договору.

5.4.3. При настанні страхового випадку, здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати отримувачу цієї суми пені у розмірі 0,01% від простроченої суми за кожний день затримки.

5.4.4. При втраті свого примірника Договору Страхувальником, на вимогу останнього, протягом 3 (трьох) робочих днів надати йому копію Договору.

5.4.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, вказаних у законі.

5.4.6. При відмові у страховій виплаті, письмово повідомити Страхувальника, Потерпілого (інших осіб, що вимагали здійснення на свою користь страхової виплати) обґрунтовані причини відмови у строк, передбачений Договором.

6. ДІЇ СТОРІН У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

6.1. У разі настання Події, що має ознаки Страхового

випадку, Страхувальник зобов'язаний:

6.1.1. Виконувати вимоги, встановлені ПДР.

6.1.2. За необхідності, викликати на місце ДТП бригаду швидкої медичної допомоги; організувати надання першої медичної допомоги особам, життю та/ або здоров'ю яких заподіяна шкода внаслідок Події;

6.1.3. Вжити необхідних заходів, в тому числі рекомендованих Страховиком, щодо зменшення шкоди, заподіяної майну Потерпілих.

6.1.4. В найкоротший можливий строк, повідомити про настання Події відповідні компетентні державні органи (поліцію, Державну службу з надзвичайних ситуацій тощо).

6.1.5. Повідомити Страховика про настання Події, з використанням телефонного номеру (044) 357 70 80 (цілодобово): зокрема, про отримання Страхувальником платних медичних послуг. Після такого повідомлення, діяти з урахуванням рекомендацій Страховика.

6.1.6. Протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту, коли Страхувальник (Експлуатант) дізнався про настання Події, надати Страховику письмову заяву про Подію - за формою, встановленою Страховиком, із зазначенням обставин Події і характеру збитків. Подання Страхувальником (Експлуатантом) Заяви аварійному комісару - представнику Страховика, який прибув на місце настання Події із Забезпеченим ТЗ, прирівнюється до подання такої Заяви Страховику.

ПРИМІТКА. Надання Страхувальнику з боку Страховика або його уповноваженого представника (аварійного комісара) інструкцій стосовно дій Страхувальника при настанні ДТП не є підставою для визнання цієї Події страховим випадком.

6.1.7. Вжити всіх можливих заходів щодо встановлення і фіксації у документальному вигляді реквізитів третіх осіб, які можуть бути визнані винними у заподіяній шкоди Потерпілим.

6.2. При заподіянні збитків (шкоди) внаслідок Події, Страхувальник зобов'язаний:

В частині ДЦВ

6.2.1. Передати Страховику або надіслати поштою чи можливим способом, всі письмові документи (листи, вимоги, виклики), отримані Страхувальником від Потерпілих у зв'язку із шкодою, заподіяною цим особам внаслідок настання Події.

6.2.2. Письмово узгодити із Страховиком дії щодо врегулювання претензій, судових або інших позовів або розглядів, що можуть мати місце у зв'язку із заподіянням шкоди майну Потерпілих.

6.2.3. Письмово поінформувати Потерпілих, що для отримання ними суми страхової виплати, вони мають погодити із Страховиком всі свої дії, спрямовані на ліквідацію наслідків страхового випадку.

6.2.4. Страхувальник не має права брати на себе будь-які зобов'язання стосовно відшкодування збитків, які настали внаслідок зазначеної Події, без письмової згоди на це Страховика. Останній має право (але не зобов'язаний) взяти на себе і вести від імені Страхувальника захист його інтересів.

6.2.5. Повідомити Страховика, у зв'язку із заподіянням шкоди Потерпілим, про можливість часткового покладення відповідальності за заподіяну шкоду на інших учасників ДТП, винних у заподіянні таких збитків.

В частині ДМС

6.2.6. При заподіянні шкоди здоров'ю Страхувальника внаслідок Події, на вимогу Страховика, надати можливість його медичному представнику здійснити огляд стану здоров'я Страхувальника.

6.2.7. Попередити працівників медичної установи (лікаря) про наявність ДМС за цим Договором та про можливе звернення Страховика із запитом щодо стану здоров'я Застрахованої особи; надати, за необхідності, письмовий дозвіл на передачу медичною установою такої інформації Страховику.

6.3. При настанні збитків в частині **ДЦВ**, Страховик зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів (враховуючи день отримання письмового повідомлення про настання збитку), направити свого уповноваженого представника (експерта) до місцезнаходження пошкодженого майна - для визначення причин настання та розміру збитків. Якщо, протягом вказаного строку, уповноважений представник Страховика (експерт) не з'явився, Потерпілий має право, для визначення розміру шкоди, заподіяного його майну,

самостійно обрати експерта, який має відповідні дозвільні документи на здійснення експертної діяльності. У такому випадку, Страховик зобов'язаний відшкодувати Потерпілому здійснені останнім витрати на проведення відповідного товарознавчого дослідження.

6.4. При отриманні повідомлення щодо заподіяння шкоди життю/ здоров'ю Страхувальника внаслідок настання Події, Страховик зобов'язаний, у рамках **ДМС**, через свого партнера – асистуючу компанію, надати Страхувальнику необхідні медичні консультації та, відповідно до стану здоров'я Страхувальника, організувати надання йому медичної допомоги, згідно Програми страхування.

6.5. При зверненні до медичної установи за направленням Страховика та отриманням медикаментів в аптечній установі за заявкою Страховика, останній зобов'язаний забезпечити безоплатне отримання Страхувальником медичних послуг та медикаментів (у межах, передбачених Програмою страхування).

7. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗАПОДІЯНИХ ЗБИТКІВ (ШКОДИ)

В частині ДЦВ

7.1. Додатково до письмового повідомлення про настання Події, вказаного у розділі 6 цієї Частини Договору, Страховику мають бути надані наступні документи:

7.1.1. заява Потерпілого на отримання страхової виплати – за формою, встановленою Страховиком. У випадку смерті Потерпілого – фізичної особи, страхова виплата проводиться на користь його спадкоємців, з наданням ними відповідних Заяв та документів про право на спадщину;

7.1.2. копія Договору;

7.1.3. "Посвідчення водія" особи, яка знаходилась за кермом Забезпеченого ТЗ під час ДТП, що сталася за участю вказаного ТЗ;

7.1.4. документи, що підтверджують майновий інтерес Потерпілого (отримувача страхової виплати), і згідно яких ця особа має право на отримання страхової виплати;

7.1.5. документ, що ідентифікує фізичну особу – отримувача страхової виплати, а саме: паспорт, або військовий квиток, або тимчасове посвідчення особи громадянина України, або посвідка на проживання в Україні, посвідчення біженця тощо (подається фізичною особою - отримувачем страхової виплати);

7.1.6. довідку про присвоєння РНОКПП (реєстраційного номеру облікової картки платника податку). Вона подається фізичною особою - отримувачем страхової виплати;

7.1.7. копії документів щодо врегулювання збитку, внаслідок настання Події, і здійснення на користь Потерпілих страхових виплат страховиком, який уклав зазначений у п.3.4 цієї Частини Договору поліс ОСЦПВВНТЗ на Забезпечений ТЗ.

ПРИМІТКА. За відсутності певних документів (інформації), що стосуються здійснення страхової виплати за полісом ОСЦПВВНТЗ, Страховик має право, згідно з чинним законодавством України, в рамках врегулювання збитків за ДЦВ, додатково запитати ці документи, зокрема:

- довідку Національної поліції встановленої форми про обставини ДТП;

- документи компетентних державних органів, в яких фіксується висновок щодо вини Страхувальника (Експлуатанта) у настанні Дорожньо-транспортної пригоди - постановва суду, вирок суду, рішення суду тощо;

- документи, що підтверджують розмір шкоди, заподіяної внаслідок Події, майну Потерпілих – акт товарознавчого дослідження (експертизи), кошторис ремонтних робіт, рахунки-фактури, наряди-замовлення тощо;

- судовий документ (рішення, постановва, вирок), якщо врегулювання питань, пов'язаних із розміром збитків, заподіяних Потерпілим та/ або наявністю майнового інтересу у Потерпілих в частині отримання сум страхових виплат, здійснюється у судовому порядку.

В частині ДМС

7.2. Страховик сплачує вартість медичної допомоги, наданої Страхувальнику, згідно з умовами ДМС за цим Договором, на підставі рахунків медичних закладів, отриманих Страховиком

(зокрема, через свого партнера – медичну асистуючу компанію) або відшкодовує Страхувальнику чи третій особі грошові суми, сплачені за вказані послуги, що були надані Страхувальнику. При цьому, документи, необхідні для розрахунків Страховика з медичною асистуючою компанією, визначаються згідно відповідних договорів, укладених між нею і Страховиком.

7.3. У випадку самостійної оплати Страхувальником чи Третьою особою послуг, наданих Страхувальнику згідно з умовами ДМС за Договором, Страховик здійснює страхову виплату на підставі наступних документів:

7.3.1. заяви Страхувальника або Третьої особи на отримання страхової виплати - за встановленою Страховиком формою;

7.3.2. копії Договору;

7.3.3. у разі, якщо Страхувальник, на момент настання Події, знаходився за кермом Забезпеченого ТЗ, - "Посвідчення водія" Страхувальника;

7.3.4. довідки-рахунку з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: П.І.Б. пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, переліком наданих послуг, загальною сумою до виплати;

7.3.5. рецептів, виписаних лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;

7.3.6. деталізованих рахунків за інші послуги з розбивкою їх за датами та вартістю, загальною сумою до виплати;

7.3.7. документів, що підтверджують здійснення витрат, передбачених Договором;

7.3.8. документів, що підтверджують факт оплати за медикаменти і надані медичні послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, банківські квитанції з зазначеною сумою на переказ тощо);

7.3.9. документів, зазначених у п.п. 7.1.5, 7.1.6 цієї Частини Договору.

ПРИМІТКА. Документи, вказані у п.п. 7.3.3 – 7.3.8, повинні бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу та контактний телефон установи (організації), що видала відповідний документ.

В частині ДНВ

7.4. Додатково до письмового повідомлення про настання Події, вказаного у розділі 6 цієї Частини Договору, Страховику мають бути надані наступні документи:

7.4.1. Заява Страхувальника на отримання страхової виплати. У випадку смерті Страхувальника, страхова виплата проводиться на користь його спадкоємців, з наданням ними відповідних Заяв та документів про право на спадщину.

7.4.2. У разі, якщо Страхувальник, на момент настання Події, знаходився за кермом Забезпеченого ТЗ, - "Посвідчення водія" Страхувальника;

7.4.3. **Схема місця ДТП** (надається Страхувальником/ його представником) або **довідка Національної поліції** (надається на письмовий запит Страховика до цього компетентного органу) з відомостями щодо факту і обставин Події, даними щодо осіб, які отримали тілесні ушкодження внаслідок ДТП.

7.4.4. Документи, зазначені у п.п. 7.1.5, 7.1.6 цієї Частини Договору;

7.4.5. у разі смерті Страхувальника внаслідок Події:

- копію свідоцтва про смерть Страхувальника;

- копію свідоцтва спадкоємця Страхувальника про право на спадщину.

7.4.6. у разі втрати загальної працездатності Страхувальником (встановлення цій особі первинної інвалідності I, II чи III групи) внаслідок Події, – довідку МСЕК (медико-соціальної експертної комісії) про встановлення Страхувальнику конкретної групи інвалідності;

7.4.7. у разі тимчасової втрати загальної працездатності Страхувальником внаслідок Події, – листок непрацездатності або довідка з лікувального закладу, в якій зазначається дата і час звернення Страхувальником до лікувального закладу, діагноз, вид отриманої травми, опис події, що призвела до нещасного випадку, період тимчасової втрати загальної працездатності, а також, для Страхувальника, який, на момент настання Події, був водієм Забезпеченого ТЗ, -

висновок про наявність його алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння на момент настання цього нещасного випадку.

7.5. Документи, необхідні для прийняття рішення про здійснення страхової виплати, надаються Страховику у формі оригінальних примірників, або нотаріально засвідчених копій, або копій, завірених органом, що видав відповідний документ, або простих копій, за умови надання Страховику можливості порівняння цих копій з оригінальними примірниками документів.

7.6. Якщо документи, необхідні для прийняття рішення про здійснення страхової виплати, надано Страховику не в повному обсязі, не в належній формі, або оформлено із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка є виправлення тексту тощо), страхова виплата не здійснюється до усунення цих недоліків.

8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Страховик зобов'язаний скласти страховий акт протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після одержання Страховиком всіх необхідних документів, зазначених у розділі 7 Частини Б Договору, або протягом того ж строку прийняти рішення про відмову у страховій виплаті та, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття цього рішення, відіслати Страхувальнику і Потерпілому (в частині ДМС і ДНВ - Страхувальнику) відповідне письмове повідомлення, із обґрунтуванням причин такої відмови.

8.1.1. У разі прийняття Страховиком позитивного рішення щодо здійснення страхової виплати, така виплата здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після дня підписання відповідного страхового акту.

В частині ДЦВ

8.2. Якщо шкода, заподіяна Потерпілим, підлягає відшкодуванню не тільки Страхувальником, а й іншими особами, відповідальними за її заподіяння, то зобов'язання Страховика за Договором обмежуються тільки часткою Страхувальника у шкоді, заподіяній Потерпілим, але не більше встановленої Договором страхової суми за ДЦВ. Ця частка визначається у порядку, встановленому законодавством України.

8.3. Розмір матеріальних збитків, заподіяних Потерпілому внаслідок втрати (знищення) або пошкодження його майна, в тому числі ТЗ, при настанні страхового випадку, у разі, коли сума страхової виплати (при заподіянні збитків майну Потерпілого) перевищує відповідний ліміт відповідальності за полісом ОСЦПВВНТЗ, оформленим на Забезпечений ТЗ, визначається, за погодженням зі страховиком ОСЦПВВНТЗ (якщо він не співпадає зі Страховиком за цим Договором), одним з нижчезазначених способів, або їх поєднанням:

8.3.1. Згідно з документами, що підтверджують необхідні витрати на відновлення пошкодженого майна Потерпілого – кошторис ремонтних робіт, рахунки-фактури, наряди-замовлення. При цьому, страховиками за полісом ОСЦПВВНТЗ і им Договором (щодо ДЦВ), надалі – **Страховики**, має бути письмово погоджено перелік осіб та організацій, які будуть складати кошторис ремонтних робіт та здійснювати ремонт пошкодженого майна.

8.3.2. Згідно з Актом товарознавчого дослідження (експертизи), проведеного особою, що здійснює експертну діяльність на законних підставах. Вибір експертної організації (експерта, оцінювача) здійснюється **Страховиками**, або, за умови письмового погодження з цими **Страховиками**, – з боку Потерпілого, спадкоємців Потерпілого або особи, спеціально уповноваженою Потерпілим. Витрати на послуги експертів (оцінювачів), за згодою **Страховиків**, сплачуються ними спільно: пропорційно фактичним сумам страхових виплат, що підлягають здійсненню за відповідним страховим випадком щодо ОСЦПВВНТЗ і ДЦВ.

8.3.3. За письмовою домовленістю **Страховиків**, Страхувальника та Потерпілого (спадкоємців Потерпілого або особи, спеціально уповноваженою Потерпілим).

8.4. Вибір документів, що підтверджують розмір збитків і на підставі яких проводиться страхова виплата, здійснюється згідно спільного рішення **Страховиків**.

8.5. Сума матеріальних збитків, заподіяних Потерпілим, складається з:

8.5.1. Витрат на придбання складників (деталей), вузлів, ча-

стин) майна Потерпілих, що мають бути замінені при настанні пошкоджень, зменшених на розмір фізичного зносу майна Потерпілих на дату настання Страхового випадку. Розмір фізичного зносу в частині пошкоджених ТЗ визначається згідно з "Методикою товарознавчої експертизи та оцінки дорожніх транспортних засобів", затвердженою і зареєстрованою у порядку, визначеному чинним законодавством України.

8.5.2. Витрат на сплату матеріалів та вартості робіт з відновлення пошкодженого майна Потерпілих, включаючи роботи з усунення прихованих пошкоджень і дефектів, які було виявлено у процесі ремонту та визнано наслідками страхового випадку - на підставі висновку спеціаліста (експерта, оцінювача), призначеного (погодженого) **Страховиками**.

8.6. До витрат на відновлення не відносяться:

8.6.1. Витрати, пов'язані із зміною та/ або поліпшенням пошкодженого майна Потерпілих.

8.6.2. Витрати, викликані тимчасовим (допоміжним) ремонтом або відновленням майна Потерпілих.

8.7. Розмір страхової виплати за ДЦВ дорівнює розміру матеріального збитку, заподіяного майну Потерпілого, за вирахуванням суми страхової виплати (відшкодування), що підлягає здійсненню страховиком за полісом ОСЦПВВНТЗ.

8.8. Якщо розрахований експертом (оцінювачем) розмір витрат на відновлення пошкодженого майна Потерпілого перевищує дійсну вартість цього майна на момент настання страхового випадку (для ТЗ Потерпілого – ринкову вартість такого ТЗ), або вказане майно є непридатним для відновлення, то Страховики, згідно зі ст.30 Закону України №1961-IV від 01.07.2004, вказаного у п.3.4 цієї Частини Договору, констатують стан **фізичного знищення** цього майна.

8.9. У разі фізичного знищення майна Потерпілого, Страховики проводять страхову виплату у розмірі дійсної вартості майна на момент його пошкодження (для ТЗ Потерпілого – у розмірі ринкової вартості такого ТЗ), за вирахуванням вартості майна після настання Події (вартості залишків майна). Розмір вартості залишків майна Потерпілого визначається шляхом проведення товарознавчого дослідження (експертизи), або за письмовою угодою Страховиків і Потерпілого.

В частині ДМС

8.10. При настанні страхового випадку, Страховик в межах страхової суми або встановлених Договором Лімітів відповідальності, оплачує витрати, що підлягають відшкодуванню Страховиком, згідно з умовами Договору.

8.11. Страховик здійснює страхову виплату наступним чином:

8.11.1. Партнеру Страховика з надання медичної допомоги (асистуючій компанії), що оплатив витрати за надані Страхувальнику медичні послуги і медикаменти.

8.11.2. Страхувальнику або Третій особі, що самостійно оплатила надані послуги, - з урахуванням умов та обмежень, зазначених нижче.

8.12. Перерахування коштів на рахунок асистуючої компанії, згідно з п.8.11.1 цього розділу Договору, здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданих Страхувальнику медичних послуг. Форма вказаних документів і строки розрахунків попередньо погоджуються між Страховиком та асистуючою компанією.

8.13. Розмір страхової виплати, що, на підставі п.8.11.2 цього розділу Договору, здійснюється на користь Страхувальника (третьої особи, яка фактично оплатила витрати на надання медичної допомоги Страхувальнику при настанні страхового випадку), за умови надання документів, зазначених у розділі 7 цієї Частини Договору, що підтверджують факт настання страхового випадку, факт і розмір оплати за отриману медичну допомогу (послуги), **визначається наступним чином:**

8.13.1. за умови попереднього погодження переліку послуг та суми витрат з асистуючою компанією або Страховиком (до їх оплати), Страховик сплачує вартість наданих послуг (здійснені витрати) у повному обсязі в межах страхової суми (Ліміту відповідальності) за Договором (в частині ДМС);

8.13.2. якщо перелік послуг, наданих Страхувальнику, не було попередньо погоджено з асистуючою компанією або Страховиком, останній відшкодовує тільки суму витрат у ме-

жах Страхової суми/ Ліміту відповідальності, встановлених у Договорі щодо такого випадку.

8.14. У випадку, коли Страхувальник, з поважних причин (зокрема, внаслідок стану здоров'я безпосередньо після настання Події), не звернувся до асистуючої компанії для отримання необхідної допомоги (послуг), і, внаслідок цього, повинен був самостійно оплатити вартість наданої йому медичної допомоги, він зобов'язаний узгодити із асистуючою компанією чи Страховиком виставлений медичним закладом рахунок (для підтвердження обгрунтованості суми витрат за надані послуги) - **до його оплати**.

8.15. Якщо вартість здійснених витрат на медичну допомогу, надану Страхувальнику внаслідок страхового випадку, та оплата вартості яких передбачена Договором, перевищує оцінені асистуючою компанією обгрунтовані розміри таких витрат у регіоні, де Страхувальнику було фактично надано таку медичну допомогу, Страховик має право зменшити страхову виплату на величину перевищення фактичних витрат над зазначеними обгрунтованими розмірами.

8.16. Якщо Страхувальник не вжив необхідних і доцільних заходів для запобігання та зменшення витрат, що виникають внаслідок Події, а також для усунення причин, що сприяють виникненню додаткових витрат, Страховик має право зменшити страхову виплату на розмір таких додаткових витрат. Зокрема, Страховик має право зменшити страхову виплату у разі невиконання Страхувальником рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану його здоров'я і, як наслідок, збільшення витрат на лікування Страхувальника.

8.17. У випадку, вказаному у п.8.11.2 цього розділу Договору, страхова виплата здійснюється у строки, передбачені п.8.1.1 цього розділу Договору.

8.18. Страховик не відшкодовує ту частину збитків, що перевищує страхову суму (відповідний Ліміт відповідальності) за Договором.

В частині ДНВ

8.19. За умовами **ДНВ**, при настанні страхового випадку, страхова виплата здійснюється у таких розмірах:

8.19.1. У разі смерті Страхувальника – 100% страхової суми.

8.19.2. У разі **стійкої** втрати Страхувальника загальної працездатності (встановлення Страхувальнику інвалідності III, II або I групи), розмір страхової виплати залежить від встановленої групи інвалідності і визначається у такому розмірі:

- для I групи інвалідності – 100% страхової суми;

- для II групи інвалідності – 80% страхової суми;

- для III групи інвалідності – 60% страхової суми.

8.19.3. У разі тимчасової втрати Страхувальником загальної працездатності – 0,2% страхової суми за кожен день тимчасової непрацездатності Страхувальника і, в цілому, не більше 50% страхової суми.

8.20. Якщо Страхувальником було здійснено страхову виплату в разі настання тимчасової втрати загальної працездатності Страхувальника або встановлення Страхувальнику певної групи первинної інвалідності, а потім, внаслідок цього ж нещасного випадку, Страхувальнику було встановлено, відповідно, певну групу первинної інвалідності або настала смерть цієї особи, то наступні виплати, розмір яких визначається згідно з п.п. 8.19.1, 8.19.2 цього розділу Договору, проводяться з вирахуванням сум проведених раніше страхових виплат по тому ж страховому випадку.

8.21. У випадку отримання Страхувальником відшкодування понесених витрат від особи, відповідальної за заподіяний збиток (шкоду), після здійснення Страховиком страхової виплати, Страхувальник зобов'язаний, протягом 10 (десяти) робочих днів повернути Страховику суму отриманої страхової виплати. Якщо збиток відшкодовано частково і відшкодована сума менша від належної Страхувальнику суми страхової виплати, то здійснення страхової виплати Страховиком проводиться за вирахуванням суми, отриманої Страхувальником від особи, відповідальної за заподіяну шкоду.

8.22. Після здійснення Страховиком страхової виплати, яка становить частину страхової суми за конкретним видом страхових послуг за цим Договором (ДЦВ, ДМС, ДНВ), Договір, в частині відповідної страхової послуги, зберігає чинність до закінчення строку його дії, у межах фінансових зобов'язань Страховика, що дорівнюють різниці між початковою

страховою сумою і сумою відповідної страхової виплати.

8.23. У разі виникнення спорів між Сторонами щодо кваліфікації Події у якості страхового випадку, причин та обставин Події, виникнення сумнівів щодо достовірності інформації, зазначеної в документах, кожна зі Сторін має право за свій рахунок вимагати проведення незалежної експертизи та/або на здійснення відповідних запитів до компетентних органів.

8.24. Якщо, після здійснення страхової виплати, виявляться такі обставини, що повністю або частково позбавляють Страхувальника права на її отримання, Страхувальник зобов'язаний повернути Страховикові виплачену суму (відповідну її частину) протягом 10 (десяти) робочих днів з дня виявлення таких обставин.

9. ПІДСТАВИ ДЛЯ ЗАТРИМАННЯ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

9.1. Страховик має право затримати страхову виплату, якщо:

9.1.1. Він має обґрунтовані сумніви щодо майнового інтересу особи, яка вимагає отримання страхової виплати, зокрема, якщо не визначено спадкоємців Страхувальника/ Потерпілого, що помер внаслідок настання Події. Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання Страховиком належного документу на підтвердження майнового інтересу особи, яка вимагає здійснення страхової виплати на свою користь.

9.1.2. Відповідними компетентними державними органами, за наявності протиправних дій щодо життя та здоров'я Страхувальника та/або майна Потерпілих, було порушено кримінальне провадження і проводиться досудове розслідування обставин, що призвели до виникнення шкоди (збитків). Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після зупинення або закінчення зазначеного розслідування, закриття кримінального провадження тощо.

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

9.1.4. За наявності обставин, вказаних у п.п. 7.6 цієї Частини Договору.

ПРИМІТКА. Про затримання страхової виплати Страховик письмово повідомляє Страхувальника (в частині ДЦВ – Страхувальника і Потерпілого) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття відповідного рішення, з обґрунтуванням підстав такого затримання.

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

9.2.1. Навмисні дії Страхувальника (Експлуатанта, Потерпілого), 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.

9.2.2. Кваліфікація дій Страхувальника (Експлуатанта, Потерпілого) встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

9.2.3. Вчинення Страхувальником (Експлуатантом, Потерпілим) умисного злочину, що призвів до настання Події.

9.2.4. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про Забезпечений ТЗ або про факт та/або обставини настання страхового випадку.

9.2.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та наслідків страхового випадку.

9.2.6. Наявність обставин, передбачених розділом 4 цієї Частини Договору.

9.2.7. Невиконання Страхувальником своїх обов'язків, зазначених у п.п. 5.2, розділі 6 цієї Частини Договору.

9.2.8. Відсутність (часткова або повна) документів, вказаних у розділі 7 цієї Частини Договору та необхідних для здійснення

страхової виплати.

9.2.9. Інші випадки, передбачені законом.

10. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ І ЗМІНИ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у випадках:

10.1.1. закінчення строку його дії;

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

10.1.3. несплати Страхувальником страхового платежу у встановлений Договором термін;

10.1.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених ст.22, 23, 24 Закону України "Про страхування";

10.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

10.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

10.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

10.2. В частині ДМС і ДНВ, дія Договору не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору.

10.3. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до передбачуваної дати припинення дії Договору.

10.4. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням 20% НВВС (нормативних витрат на ведення справи) - в частині ДМС і ДНВ, та 40% НВВС - в частині ДЦВ, сум фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

10.4.1. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням умов Договору Страховиком, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним Страхові платежі повністю.

10.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним Страхові платежі.

10.5.1. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням 20% НВВС (нормативних витрат на ведення справи) - в частині ДМС і ДНВ, та 40% НВВС - в частині ДЦВ, сум фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

10.6. Будь-які зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені виключно за наявності згоди Сторін, шляхом оформлення відповідної Додаткової угоди до Договору.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Спори між сторонами Договору вирішуються шляхом переговорів.

11.2. При неможливості вирішення спорів шляхом переговорів, вони вирішуються у судовому порядку, згідно чинного законодавства України.

12. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

12.1. Якщо будь-яке положення Договору стане недійсним, це не веде до недійсності всього Договору в цілому.

12.2. Відносини щодо страхування ДЦВ, ДМС, ДНС, не визначені у Договорі, регулюються згідно з Правилами та законодавством України.

12.3. До підписання Договору Страхувальник ознайомився з Правилами і погодився з умовами цього Договору.

12.4. Умови Договору є комерційною таємницею і не підлягають розголошенню Сторонами, окрім випадків, прямо передбачених законодавством України.

12.5. В рамках цього Договору, всі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені рекомендованим листом, засобами електронного чи факсимі-

льного зв'язку (з підтвердженням про отримання) чи доставлені кур'єром за адресами, зазначеними в Договорі.

12.6. На виконання вимог Закону України "Про захист персональних даних", укладенням цього Договору Страхувальник надає свою згоду:

12.6.1. на обробку Страховиком персональних даних (ПД) Страхувальника, тобто, будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника, в тому числі прізвища, імені, по батькові, року, місяця, дати та місця народження, адреси, сімейного, соціального, майнового становища, освіти, професії, доходів тощо, з метою провадження Страховиком страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання цього Договору) та/або пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним за допомогою засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово - господарської діяльності;

12.6.2. щодо прийняття Страховиком рішень на підставі обробки ПД Страхувальника повністю та/ або частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

12.6.3. на надання Страховику права здійснення дій з ПД Страхувальника, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, понов-

ленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника;

12.6.4. щодо зберігання Страховиком ПД Страхувальника протягом строку дії Договору та п'яти років після припинення його дії;

12.6.5. на реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки ПД Страхувальника, відповідно до цього Договору та чинного законодавства України;

12.6.6. щодо надання, на розсуд Страховика, доступу третім особам до ПД Страхувальника та щодо передачі цих ПД третім особам без попереднього повідомлення Страхувальника.

12.7. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що його належним чином повідомлено про включення до баз(и) ПД Страховика, повідомлені його права, та повідомлено про мету збору таких даних.

12.8. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що до укладення цього Договору йому була надана інформація, зазначена в частині другій статті 12 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг", права на інформацію Страхувальнику роз'яснено, суть та обсяг наданої фінансової послуги зрозуміло.

**Перший заступник
Голови Правління
ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ"**



І.В. Бонковська