

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Рішенням Правління
Приватного акціонерного товариства
"Страхова Компанія "Колоннейд Україна"

Протокол № 24-06/24
від 24 червня 2024 року

**Загальні умови стандартного страхового продукту
«Страхування відповідальності ІТ спеціалістів» № 0020**

Київ – 2024

ЗМІСТ

1. ТИТУЛЬНИЙ ЛИСТ.....	стр.1
2. ЗМІСТ.....	стр.2
3. ПРЕАМБУЛА.....	стр.3
4. РОЗДІЛ 1 - ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	стр.3
5. РОЗДІЛ 2 - УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ.....	стр.5
6. РОЗДІЛ 3 - ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ....	стр.8
7. РОЗДІЛ 4 - ПОРЯДОК ВСТУПУ В ДІЮ ТА ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ.....	стр.14
8. РОЗДІЛ 5 - ВЗАЄМОДІЯ СТОРІН.....	стр.15
9. РОЗДІЛ 6 - ПОРЯДОК ВРЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ, РОЗРАХУНКУ ТА ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.....	стр. 17
10. РОЗДІЛ 7 - ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	стр. 21
11. РОЗДІЛ 8 - ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.....	стр. 21
12. РОЗДІЛ 9 - ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ ТА ПОНЯТЬ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ.....	стр. 21

ПРЕАМБУЛА

1. Загальні умови стандартного страхового продукту «Страхування відповідальності ІТ спеціалістів» (далі за текстом також – «Загальні умови») є внутрішнім документом ПрАТ СК «Колоннейд Україна» (далі за текстом також – «Страховик»), який визначає умови здійснення Страховиком страхування за наступним класом страхування:

1) «страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12)», визначеним пунктом 13 частини першої статті 4 Закону України «Про страхування» (ризиком в межах цього класу страхування);

2. Вимоги до зазначеного класу страхування визначаються Положенням про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування, затвердженого постановою Правління НБУ від 25.12.2023 №182.

3. Якщо інше не визначено чинним законодавством України, Договір страхування відповідальності ІТ спеціалістів (далі за текстом також – «Договір або «Договір страхування») укладається відповідно до цих Загальних умов.

4. Загальні умови встановлюють загальні правила (умови), порядок та особливості здійснення страхування за стандартним страховим продуктом «Страхування відповідальності ІТ спеціалістів».

5. Умови цих Загальних умов є стандартним страховим продуктом у розумінні статті 86 Закону України «Про страхування», звідси – кожен окремий Договір укладається на стандартних (типових) умовах, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола осіб.

6. Ці Загальні умови стандартного страхового продукту починають свою дію з 01.07.2024. Строк дії цих Загальних умов – безстроковий. Зміни до Загальних умов вносяться шляхом викладення їх у новій редакції, яка розробляється, затверджується та зберігається таким же чином, як і нові Загальні умови стандартного страхового продукту. Із введенням в дію нової редакції загальних умов страхового продукту, попередня редакція таких загальних умов припиняє дію. Нові Договори страхування за стандартним страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції Загальних умов.

7. Договір, укладений за попередньою редакцією Загальних умов стандартного страхового продукту, продовжує діяти на базі Загальних умов, відповідно до яких він був укладений, до закінчення строку його дії.

8. Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (уключаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами.

Розділ 1. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1.1. Договори за цим стандартним страховим продуктом укладаються виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг", або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію, в тому числі за допомогою сервісів електронного документообігу.

У випадку оформлення Договору у паперовому вигляді, Договір підписується сторонами (Страховиком та Страхувальником) по одному екземпляру кожній стороні. Обидва екземпляри мають однакову юридичну силу.

У випадку оформлення Договору у формі електронного документа, Договір укладається шляхом надання Страховиком Страхувальнику індивідуальної пропозиції (Оферти) та прийняття (акцептування) наданої Оферти Страхувальником в інформаційно-комунікаційній системі Страховика (далі за текстом — ІКС).

Акцептування цієї Оферти здійснюється шляхом вчинення дій, що вважаються прийняттям пропозиції укласти Електронний договір, при цьому зміст таких дій чітко роз'яснено в ІКС Страховика, в якій розміщено таку пропозицію, і ці роз'яснення логічно пов'язані з нею, а саме: відзначення відповідної відмітки в ІКС Страховика під час проходження алгоритму укладення Електронного договору.

Моментом підписання Електронного договору зі сторони Страхувальника є використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (дані в електронній формі у вигляді алфавітно-цифрової послідовності, що додаються до інших електронних даних особою, яка прийняла пропозицію (Оферту) укласти Електронний договір, та надсилаються іншій стороні Договору). Одноразовий ідентифікатор направляється Страхувальнику засобами зв'язку, зазначеними під час реєстрації та може використовуватися тільки один раз.

У момент вчинення правочину (укладення Електронного договору), з метою підтвердження вчинення електронного правочину та забезпечення законних прав та інтересів Страхувальника, останньому на заявлену адресу електронної пошти надсилається відповідне підтвердження (форма Електронного договору у формі електронного документа) з фіксацією всіх істотних умов укладеного Електронного договору страхування та вчинення інших дій, передбачених алгоритмом укладання Електронного договору.

1.2. У разі недотримання письмової форми Договір страхування є нікчемним.

1.3. Договори страхування укладаються з дотриманням вимог законодавства України про мови. Текст Договору страхування має бути суцільно пов'язаним, не повинен містити подвійного тлумачення одних і тих самих положень, суперечностей або неузгодженостей між пунктами, у ньому не можуть використовуватися речення або словосполучення, що призводять до неоднозначного розуміння змісту Договору страхування.

У разі виникнення подвійного тлумачення умов Договору страхування такі неоднозначні умови щодо обов'язків Страхувальника тлумачаться на користь Страхувальника.

1.4. До укладання Договору Страховик або Страховий посередник з'ясовує потреби та вимоги Страхувальника у страхуванні та надає консультаційну допомогу щодо умов страхового продукту, з метою правильного розуміння Страхувальником суті фінансових послуг та прийняття Страхувальником усвідомленого рішення про укладення Договору.

1.5. Страхувальник зобов'язаний перед укладенням Договору страхування поінформувати Страховика про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, у тому числі про наявність страхового інтересу, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування.

1.6. Основні критерії та вимоги до інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає Страхувальник, що необхідна для прийняття рішення Страховиком щодо можливості укладання Договору:

1.6.1. дані Страхувальника: вид діяльності та досвід;

1.6.2. інформація чи страхується відповідальність під конкретний проект чи всі проекти Страхувальника протягом року;

1.6.3. гонорар Страхувальника за проект, якщо Договір укладається під конкретний проект або річний гонорар по всіх проектах Страхувальника, якщо Договором страхується вся діяльність протягом року;

1.6.4. інформація про минулі, поточні, імовірні судові позови, слухання, слідчі дії, в контексті здійснення Страхувальником професійної діяльності.

Розділ 2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

2.1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ

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

2.2. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ

2.2.1. Страховий ризик, який визначається Договором, має відповідати таким ознакам:

- 1) вірогідність та ймовірність настання;
- 2) неможливість передбачити конкретний час, місце, обставини настання події, а також розмір шкоди в разі настання страхового випадку;
- 3) відсутність ймовірності невідворотності настання події в період дії Договору, про що Страхувальник або Страховик заздалегідь були або мали бути повідомлені;
- 4) настання події спричинить негативні матеріальні наслідки для страхового інтересу Страхувальника або інших осіб;
- 5) настання події не пов'язано з навмисними діями Страхувальника або інших осіб, визначених у Договорі страхування, і не передбачає отримання неправомірної вигоди.

2.2.2. Страховий ризик за Договором:

2.2.2.1. Страховий ризик за Договором це страхування іншої відповідальності перед Третіми особами, ніж відповідальність оператора ядерної установки за ядерну шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту (без обмежень та особливостей, які дають підстави для застосування спрощеного підходу для розрахунку капіталу платоспроможності та мінімального капіталу).

2.2.2.2. За Договором страховий ризик характеризуються обов'язком Страховика за визначену Договором плату (страхову премію) здійснити страхову виплату шляхом відшкодування збитків або шкоди, заподіяних особою, відповідальність якої застрахована, потерпілій Третій особі внаслідок делікту, що вчинила особа, відповідальність якої застрахована, під час здійснення застрахованої професійної діяльності, відповідно до умов передбачених Договором, та визначається у формі відповідного виду страхового покриття (Секцій) або розширень до нього.

2.2.2.3. Секція А «Професійна відповідальність»: цивільна відповідальність Страхувальника за збитки, заподіяні Третій особі внаслідок помилок або упущень (делікту), що були допущені Страхувальником в процесі і в рамках здійснення застрахованої професійної діяльності, вказаної в Договорі страхування.

2.2.2.4. Секція В «Цивільна відповідальність»: цивільно-правова відповідальність Страхувальника за шкоду, заподіяну Третій особі внаслідок здійснення Страхувальником господарської діяльності, належним чином зареєстрованої в установленому порядку та зазначеної в Договорі страхування, а також будь-яких операцій для забезпечення власних господарських потреб Страхувальника.

2.2.2.5. Секція С «Розширення страхового покриття»

2.2.2.5.1. Страховик оплатить від імені Страхувальника або компенсує йому наступні види витрат:

С.1. Витрати на з'ясування обставин у відношенні будь-якої вимоги в межах відповідної страхової суми або комбінованої страхової суми, а саме: витрати на експертизи та/або експертів (в тому числі, юридичних радників), що залучаються на етапі з'ясування обставин при настанні страхового випадку.

Вищезазначені витрати не включають: заробітну плату, інші види оплати праці, витрати на проїзд або проживання, вартість часу Страхувальника або його працівників, субпідрядників.

С.2. Витрати на захист у відношенні будь-якої вимоги в межах відповідної страхової суми або комбінованої страхової суми, а саме вартість правової допомоги: послуги адвоката та юридичних радників, пов'язаної із врегулюванням події, що має ознаки страхового випадку

2.3. СТРАХОВИЙ ЗАХИСТ ТА ЙОГО НАПОВНЕННЯ

Загальні умови передбачають укладання Договорів зі страховим захистом, який може містити одну чи обидві Секції страхування, зазначені в пункті 2.2.2. Загальних умов.

2.3.1. Програма страхування «Страхування відповідальності ІТ спеціалістів».

Дана програма страхування пропонується необмеженому колу фізичних осіб підприємців, що працюють в сфері інформаційних технологій. Програма страхування має містити на вибір Страхувальника або Секцію А «Професійна відповідальність» або Секцію В «Цивільна відповідальність» чи обидві Секції та Секцію С «Розширення страхового покриття» для обраної(их) Секції(й) А та/чи В.

Програма страхування передбачає визначення окремих страхових сум за Секціями А та В або обрання комбінованої страхової суми – єдиної для Секцій А та В у межах від 3000000 (три мільйони) гривень до 120000000 (сто двадцять мільйонів) гривень.

2.3.1.1. Визначення розмірів та порядок зарахування лімітів відповідальності за Секцією С:

2.3.1.1.1. В разі обрання Страхувальником окремих страхових сум для Секції А та Секції В, ліміт відповідальності за окремим видом витрат, а саме Витрат на з'ясування обставин або Витрат на захист, для Секції А не може бути використаний щодо вимоги за Секцією В, навіть якщо ліміт відповідальності по аналогічному виду витрат для Секції В був вичерпаний, та навпаки.

2.3.1.1.2. У випадку обрання Страхувальником комбінованої страхової суми для Секції А та Секції В, розмір ліміту відповідальності, що може бути витрачений на кожний окремий із вищезазначених видів витрат, а саме Витрат на з'ясування обставин або Витрат на захист, визначається в межах такої комбінованої страхової суми для Секції А та Секції В та вважається єдиним.

2.3.1.1.3. Кожний ліміт відповідальності визначається Договором в абсолютній або відносній величині та буде включатися в суму відповідної страхової суми або комбінованої страхової суми, а не додаватися до неї.

2.3.1.1.4. Розмір витрат за Секцією С, а саме Витрат на з'ясування обставин або Витрат на захист, що вже понесені або мають бути понесені Страхувальником, повинен бути письмово погоджений зі Страховиком. Порушення умови погодження таких витрат є підставою для відмови у їх компенсації.

2.3.1.2. Страховим випадком за Договором є подія, передбачена Договором, з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити виплату страхового відшкодування, та яка складається з трьох невід'ємних елементів: подія (делікт), фінансовий збиток для Секції А або шкода для Секції В та відповідна вимога.

2.3.1.3. Визначення страхового випадку у часі.

Страховий випадок вважається таким, що настав, якщо:

i) Подія (делікт) сталася, та

ii) Фінансовий збиток для Секції А або шкода для Секції В, був заподіяний (була заподіяна) Третій особі, та

iii) Вимога була отримана та є пов'язаною безпосереднім причинно-наслідковим зв'язком з фінансовим збитком для Секції А або шкодою для Секції В протягом строку дії страхового захисту, визначеного Договором.

Страховий випадок не буде вважатися таким, що настав, та відповідальність Страховика не виникатиме, якщо хоча б один з вищевказаних елементів страхового випадку відсутній або мав місце поза межами дії страхового захисту, визначеного Договором, з урахуванням умов про ретроактивну дату та розширений термін для повідомлення про вимогу.

2.3.1.4. Серія претензій.

Сукупність претензій розглядаються як серія претензій, якщо вони:

(i) пов'язані, виникають з або ґрунтуються на одних і тих самих, пов'язаних між собою, фактах; та

(ii) пов'язані з такими самими подіями, що стали причиною першої з таких вимоги; та

(iii) є серією триваючих і повторюваних тотожних подій

та вважатимуться заявленими на дату подання першої з таких претензій і розглядатимуться як одна вимога для цілей даного Договору.

2.3.1.5. Ретроактивна дата.

Умова ретроактивної дати застосовується виключно у відношенні Секції А та у відповідності до нижченаведеного.

Ретроактивна дата це дата окремо визначена Договором страхування, починаючи з якої, допущена до початку дії такого Договору, помилка або недогляд також підлягає страховому захисту, за умови що:

а) Вимога, що є наслідком такої помилки або недогляду, була вперше заявлена протягом строку дії даного Договору страхування;

б) така помилка або недогляд була вчинена в період починаючи з ретроактивної дати до дати початку строку дії даного Договору страхування;

в) в цілях визначення умов застосованих при врегулюванні страхового випадку (включаючи обсяг страхового покриття, розмір страхової суми, тощо) приймаються умови чинні на момент виставлення вимоги проти Страхувальника. При цьому обсяг страхового покриття за Договором по такій вимоги обмежується обсягом страхового покриття та розміром страхової суми, що діяли на момент, коли помилка або недогляд була допущена, та в жодному разі не збільшують його;

г) Сторонами приймається та погоджено, що максимальний розмір страхового відшкодування, щодо сукупності виставлених претензій від Третіх осіб за діючим Договором та усіма попередніми договорами, на які поширюється дія ретроактивної дати, не може перевищувати розмір поточної страхової суми за діючим Договором. При цьому, якщо буде встановлено, що окремі вимоги підпадають під умови пункту серія претензій даного Договору, вважається, що всі такі вимоги та інші вимоги, що можуть виникнути у майбутньому, будуть розглядатися в межах страхових сум Договору страхування по якому вперше такого роду вимога була пред'явлена Страхувальнику. Обов'язок доведення відповідності сукупності таких виставлених претензій визначенню пов'язані вимоги покладається на Страховика.

Ретроактивна дата не застосовується, якщо будь-яким чином порушується послідовна безперервність дії страхового покриття Договору.

2.3.1.6. Розширений термін для повідомлення про вимогу.

Розширений термін для повідомлення про вимогу – додатковий період, після закінчення дії Договору, в межах якого може бути заявлена вимога, пов'язана із подією, фінансовим збитком для Секції А або шкодою для Секції В, що сталися після ретроактивної дати і до закінчення строку дії даного Договору, з урахуванням нижченаведеного.

Страхувальнику автоматично надається розширений термін для повідомлення про вимогу - 90 календарних днів з дати закінчення строку дії Договору, якщо Договір не буде пролонговано на наступний строк або з дати анулювання/скасування страхового захисту.

Розширений термін для повідомлення про вимогу не надається вразі анулювання/скасування Договору якщо це сталося, через несплату страхової премії (в тому числі неповну, несвоєчасну) або через інші порушення умов договору з боку Страхувальника.

Виключно у відношенні Секції А: якщо Страхувальник укладає договір страхування з аналогічним покриттям (професійної відповідальності або страхуванням на випадок допущеної помилки, недбалості) зі Страховиком або іншою страховою компанією до сплину наданих цією умовою 90 календарних днів, дія розширеного терміну для повідомлення про вимоги переривається з моменту укладання такого договору та будь-які вимоги не підпадають під страховий захист за Договором.

Дана умова застосовується з урахуванням нижченаведеного:

- (i) Страховик буде розглядати вимогу, як ніби вона була подана Страхувальнику та повідомлена Страховику безпосередньо протягом строку дії Договору, до якого відноситься розширений термін для повідомлення про вимогу із урахуванням умови про ретроактивну дату;
- (ii) прийняття вимоги відповідно до цієї умови не розглядається як надання Страхувальнику додаткового розміру страхової суми, або її збільшення, або збільшення строку дії Договору; та
- (iii) Страховий випадок не буде вважатися таким, що настав, та відповідальність Страховика не виникатиме, якщо вимога була заявлена після сплину розширеного терміну для повідомлення про вимогу.

2.3.1.7. Відновлення страхової суми.

Після здійснення страхової виплати, страхова сума зменшується на розмір такої страхової виплати.

За погодженням Сторін страхову суму може бути відновлено після настання страхового випадку, за умови укладання відповідної Додаткової угоди до Договору. Якщо страхова сума буде відновлюватися після настання страхового випадку, Страхувальник повинен сплатити відповідну додаткову страхову премію.

2.3.1.8. Територія дії страхового покриття та підсудність.

2.3.1.8.1. Територія дії страхового покриття - за домовленістю Сторін в Договорі зазначається місце (місця) (частина земної поверхні, яка характеризується географічно визначеними межами), виключно в межах якого діє страхове покриття за Договором, тобто в цих географічних межах має відбутися делікт та збиток. Програма страхування передбачає дві опції території дії страхового покриття на вибір Страхувальника:

- Увесь світ, за виключенням США та Канади;
- Увесь світ, включно із США та Канадою.

2.3.1.8.2. Підсудність - за домовленістю Сторін в Договорі зазначається країна, або група країн, або у формі словосполучень весь світ та весь світ, за виключенням США та Канади, в межах системи права якої (яких) діє страхове покриття за Договором, тобто відбувається розгляд вимоги, досудової, судової справи та виконання рішення.

Територія дії страхового покриття та підсудність можуть збігатися або відрізнятися, та завжди з урахуванням умов страхового покриття, винятків та обмежень викладених в Договорі.

Якщо в Договорі зазначається надання страхового покриття для території дії страхового покриття та/або підсудності в межах країн США та/або Канада, то Сторонами погоджено що виключення п. 3.27. цих Загальних умов не діє в частині такої погодженої Сторонами країни.

2.3.1.9.

Програма страхування передбачає визначення в Договорі наступних опцій страхування:

- Франшиза за Секціями А та В може бути в межах від 0 (нуля) до 40000 (сорок тисяч) гривень.
- Франшиза за Секцією С може встановлюватися окремо на Витрати на з'ясування обставин та окремо на Витрати на захист в межах від 0 (нуля) до 20% (десяти відсотків) від ліміту відповідальності.
- Оплата страхової премії може здійснюватися одним або декількома платежами.

2.3.1.10. Умови програми страхування передбачають укладання Договору строком від трьох місяців до одного року.

Розділ 3. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

Даним Договором не покривається шкода або фінансові збитки, заподіяні Третій особі та відшкодуванню не підлягають будь-які вимоги, що ґрунтуються на, виникають в результаті або обумовлені наступним:

3.1. ДОГОВІРНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ / ГАРАНТІЇ

вимога, що виникає з, ґрунтується на, або пов'язана з:

- (i) будь-яким цивільно-правовим правочином (в тому числі угодою, договором, контрактом тощо), не залежно від наявності договірних відносин з постраждалою Третьою особою, за виключенням випадків, коли Страхувальник несе таку відповідальність на загальних підставах згідно чинного законодавства;
- (ii) гарантією або за гарантійними зобов'язаннями;
- (iii) затримкою у виконанні, порушення строків/термінів виконання робіт, надання послуг в рамках здійснення Професійної діяльності, невиконання або неможливістю завершення таких робіт/послуг.

3.2. ПЕРЕКАЗ КОШТІВ

вимоги, що виникають, ґрунтуються на, або пов'язані з будь-яким помилковим або шахрайським переказом фінансів, грошових коштів або цінних паперів.

3.3. ДИЛІНГОВІ СИСТЕМИ

Договором страхування не буде покриватися фінансовий збиток Третьої особи по відношенню будь-якої вимоги, що прямо чи опосередковано впливає з:

- (i) визначення вартості акцій, облігацій, або інших оборотних документів;
- (ii) економічного та/або фінансового прогнозування, моделювання, аналізу, виконаного за допомогою комп'ютера чи ні;
- (iii) електронної передачі чи електронної маніпуляції оборотних документів.

3.4. ЗЛОЧИНИ, ШАХРАЙСТВО, КРИМІНАЛЬНІ, НАВМИСНІ ДІЯННЯ ТА ХАЛАТНІСТЬ

вимоги, що виникають з, засновані на або пов'язані з:

- (1) будь-якою дією або бездіяльністю, яку суддя або присяжні визнають, або яку Страхувальник визнає нечесною, шахрайською, злочинною, умисною або зловмисною. У разі визнання суддею, присяжними або Страхувальником такої дії або бездіяльності нечесною, шахрайською, кримінальною, умисною або зловмисною, Страховику повинні бути відшкодовані будь-які здійснені ним виплати, що пов'язані із розслідуванням, супроводом та відшкодуванням за таким випадком; або
- (2) будь-якою претензією на підставі або в результаті будь-якого умисного порушення Страхувальником його обов'язків або халатності.

Під халатністю Страхувальника розуміється:

- діяльність Страхувальника проводилась з порушенням зобов'язань, за відсутністю ліцензій або необхідних сповіщень, що вимагаються відповідним законодавством;
- відсутність людських або матеріально-технічних ресурсів, перерахованих в законодавчих положеннях або в інших розпорядженнях;
- збиток став наслідком порушення запобіжних заходів або їх не було вжито до настання збитку, хоча Страхувальник був попереджений в письмовій формі про відповідні обставини Страховиком, або іншою фізичною, або юридичною особою (не залежно від її організаційно-правової форми). При цьому обставини вказані в повідомленні були ймовірно правильними.

У разі такого умисного або халатного порушення обов'язків, Страховику повинні бути відшкодовані будь-які здійснені ним виплати, що пов'язані із розслідуванням, супроводом та відшкодуванням за таким випадком.

3.5. ПОЛОМКА ОБЛАДНАННЯ

вимога, що виникає, ґрунтується або пов'язана із:

- (i) механічними поломками;
- (ii) електричними неполадками, включаючи перебої електроживлення, стрибок напруги, нестачу або відсутність електроенергії; або
- (iii) неполадками супутникових і телекомунікаційних систем.

Це виключення не застосовується, якщо причиною такої поломки обладнання є помилка або недогляд з боку Страхувальника.

3.6. ЗБИТКИ ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФРАСТРУКТУРОЮ ВІДКРИТОГО КЛЮЧА

що виникає з, ґрунтується на або пов'язана з тим, коли Страхувальник виступав у якості діючого сертифікуючого, верифікуючого, ідентифікуючого та реєструючого органу, репозиторію сертифікатів, або що виникає з крадіжкою будь-якого відкритого ключа.

3.7. ПОВ'ЯЗАНІ ЮРИДИЧНІ ОСОБИ / СПІЛЬНІ ПІДПРИЄМСТВА

за будь-якою вимогою проти Страхувальника від наступних осіб або від їх імені:

- (i) будь-якого Страхувальника / Застрахованої особи, комерційного підприємства або пов'язаного чи асоційованого підприємства, що належить, управляється чи експлуатується Страхувальником / Застрахованою особою напряду або опосередковано;
- (ii) будь-якої особи, яка під час надання послуги, що стала причиною позову, є членом сім'ї (не залежно від ступеня споріднення) Страхувальника / будь-якої Застрахованої особи;
- (iii) об'єднання або спільного підприємства, до складу якого входить Страхувальник/Застрахована особа, або будь-який партнер по спільному підприємству Страхувальника / Застрахованої особи;
- (iv) будь-якої компанії, що є материнською, контролюючою або правонаступною або такою, що призначена будь-яким Страхувальником / Застрахованою особою; або
- (v) будь-якої іншої фізичної або юридичної особи:
 - (а) яка знаходиться під контролем або управлінням будь-якого Страхувальника/Застрахованої особи; або
 - (б) де будь-який Страхувальник / Застрахована особа має прямий або непрямий фінансовий інтерес.

3.8. ІНТЕЛЕКТУАЛЬНА ВЛАСНІСТЬ

за будь-якою вимогою, що виникає, пов'язана з або є наслідком будь-якого порушення прав інтелектуальної власності, включаючи порушення ліцензій, порушення або привласнення патентів або комерційної таємниці.

В цілях цього виключення, комерційна таємниця означає: інформацію, яка становить фактичну або можливу економічну цінність, не є суспільним надбанням і не може бути отримана належним чином іншими особами, які могли б одержати економічну вигоду від її розкриття або використання.

3.9. ВІДОМІ ВИМОГИ АБО ОБСТАВИНИ

будь-які вимоги

- (i) заявлені до початку строку дії Договору або під час вступу в дію Договору страхування; або
- (ii) які виникають з, ґрунтуються на або пов'язані з будь-якими обставинами, що на дату початку Страхового захисту давали Страхувальнику можливість припустити імовірність виникнення Вимоги.

3.10. ШКОДА ЗАПОДІЯНА ПРАЦІВНИКАМ СТРАХУВАЛЬНИКА

будь-які вимоги, щодо відшкодування шкоди, заподіяної майну, здоров'ю, життю чи працездатності працівників Страхувальника під час виконання ними своїх посадових обов'язків.

3.11. НЕНАЛЕЖНІ ПРЕВЕНТИВНІ ЗАХОДИ

страхове покриття не поширюється на будь-яку вимогу, за умови наявності безпосереднього причинно-наслідкового зв'язку між шкодою або фінансовим збитком Третьої особи, що стала причиною вимоги, та недбалістю та/або бездіяльністю Страхувальника або особи що виступає від його імені та за його згодою, що мала зобов'язання щодо запобігання або запобігання збільшення розміру такої шкоди або фінансового збитку Третьої особи.

3.12. НЕЗАКОННИЙ АБО НЕСАНКЦІОНОВАНИЙ ЗБІР, ЗБЕРІГАННЯ, РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ ДАНИХ

будь-які вимоги, що виникають, пов'язані з або є наслідком будь-якого

- (i) незаконного або несанкціонованого збору даних Третіх осіб, підслуховування телефонних переговорів (розмов), аудіо- чи відеозапису; або
- (ii) поширення небажаної електронної пошти, поштової розсилки, текстових повідомлень або телемаркетингу.

3.13. НЕПРЯМІ ЗБИТКИ

відповідальність Страховика за Договором не поширюється на будь-які непрямі збитки, в тому числі втрачену вигоду, недоотриманий прибуток, втрату товарного вигляду тощо.

3.14. ПОРУШЕННЯ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ МАТИ ЛІЦЕНЗІЮ

за будь-якою вимогою або офіційним провадженням, в тому числі судовим переслідуванням, розслідуванням, слуханням, розглядом і таке інше, що виникає, пов'язане з або є наслідком відсутності у Страхувальника належним чином отриманої ліцензії, дозволу, сертифікації, реєстрації тощо, за умови, що остання вимагається згідно умов чинного законодавства в рамках здійснення професійної діяльності.

3.15. АНТИКОНКУРЕНТНА ПОВЕДІНКА

за будь-якою вимогою, що виникає з, ґрунтується на або пов'язана з порушенням антимонопольного законодавства, обмеженням конкуренції або недобросовісною конкуренцією.

3.16. ЗАБОРГОВАНІСТЬ ЗА ТОРГОВИМИ ОПЕРАЦІЯМИ ТА НЕПЛАТОСПРОМОЖНІСТЬ

за будь-якими вимогами, що виникають із, ґрунтуються на або пов'язані з:

- (i) торговою заборгованістю Страхувальника у процесі ведення бізнесу;
- (ii) заставою наданою Страхувальником в забезпечення боргу; або
- (iii) неплатоспроможністю, введенням у Страхувальника адміністратора або зовнішнього управління.

3.17. ВИЗНАЧЕННЯ ВАРТОСТІ ПОСЛУГ

за будь-якими вимогами, що виникають з, ґрунтуються на або пов'язані з неспроможністю Страхувальника або іншої особи, що діє в інтересах Страхувальника, здійснити точну попередню оцінку для надання послуг в рамках професійної діяльності.

3.18. ІНВЕСТИЦІЙНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ

за будь-якими вимогами, що виникають з, ґрунтуються на або пов'язані з:

- (i) наданням інвестиційних консультацій;
- (ii) будь-якою оцінкою сьогоденної або майбутньої вартості будь-яких інвестицій або майна, або норм прибутку або відсотків; або
- (iii) будь-яким недоотриманням будь-яких інвестицій, як очіувалося.

3.19. ШТРАФНІ САНКЦІЇ

відповідальність Страхувальника за будь-якими вимогами, що пов'язані з сплатою цивільно-правової неустойки (в тому числі штрафів, пені), штрафів чи інших санкцій.

3.20. ІНШІ ВИДИ СТРАХУВАННЯ

за будь-якими вимогами, щодо яких:

- (i) законодавством передбачене спеціальне обов'язкове страхування;
- (ii) існують відповідні добровільні види страхування, як то: відповідальність директорів або посадових осіб, відповідальність оператора даних (страхування кібер ризиків), відповідальність за забруднення навколишнього середовища, відповідальність за продукцію, відклик продукції та інші.

3.21. ТРАНСПОРТНІ ЗАСОБИ ТА ЇХ КОМПЛЕКТУЮЧІ

за будь-якими вимогами, що впливають з права власності, володіння, управління чи експлуатації Страхувальником або від його імені будь-якого наземного транспортного засобу та/або спеціального обладнання, яке базується на шасі транспортного засобу, повітряного, водного чи транспорту на повітряній подушці, та їх комплектуючих.

3.22. БУДІВЕЛЬНІ ТА/АБО МОНТАЖНІ РОБОТИ

покриття за Договором не надається стосовно відповідальності по вимогам, що виникають із будь-яких будівельних та/або монтажних робіт, включаючи та не обмежуючись вогневими (зварювальними) роботами, проведенням реконструкції та інше.

3.23. ЗАБРУДНЕННЯ

за будь-якою вимогою, що виникає з, ґрунтується на або пов'язана з фактичним, можливим або вірогідним настанням викиду, розповсюдження, вивільнення, переміщення або витоку забруднюючих

речовин, їх випробуванням, моніторингом, очисткою, нейтралізацією, видаленням, зберіганням, обробкою, детоксикацією.

Забруднюючі речовини означають будь-які тверді, рідкі, газоподібні або теплові подразнюючі речовини, а також такі забруднюючі речовини як азбест, дим, отруйні пари, сажа, випари і тверді частки в повітрі, грибки, мікроби, кислоти, луги, ядерні або радіоактивні матеріали, хімікати й відходи. До відходів належать матеріали, що вимагають переробки, відновлення або утилізації.

3.24. ПРИНИЖЕННЯ ЧЕСТІ ТА ГІДНОСТІ ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ, А ТАКОЖ ДІЛОВОЇ РЕПУТАЦІЇ ФІЗИЧНОЇ АБО ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ

відповідальність Страхувальника за моральну шкоду, заподіяну третім особа внаслідок вчинення будь-яких дій, включаючи та не обмежуючись діями фізичного впливу, висловлюваннями як усними, так і в засобах масової інформації тощо.

3.25. ВІЙНА ТА ТЕРРОРИЗМ

Договір виключає будь-які позови, що виникають з, ґрунтується на або пов'язані війною (оголошеною чи ні), тероризмом, войовничою, військовою діяльністю, терористичною або партизанською діяльністю, саботажем, збройними силами, бойовими діями (оголошеними чи ні), бунтом, революцією, громадянським заворушенням, повстанням, узурпацією влади, конфіскацією, націоналізацією або знищенням або пошкодженням майна будь-яким державним, громадським або місцевим органом влади, або будь-якою іншою політичною або терористичною організацією, або за їх наказом.

3.26. ВИКЛЮЧЕННЯ ЩОДО ЗАСТОСУВАННЯ САНКЦІЙ

Сторони погодили, що Страховик має право призупинити виплату страхового відшкодування Страхувальнику (Вигодонабувачу) за Договором, у випадку застосування до Страхувальника та/або Вигодонабувача санкцій відповідно до законодавства України та/або санкцій, заборон або обмежень відповідно до резолюцій Організації Об'єднаних Націй, норм законодавства Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, Федеративної Республіки Німеччини, Швейцарської Конфедерації, Сполучених Штатів Америки, Канади. При цьому Страховик зобов'язується письмово повідомити Страхувальника про прийняття рішення щодо призупинення здійснення страхового відшкодування згідно з цим пунктом Договору протягом 2 (двох) робочих днів з дати прийняття такого рішення, з обов'язковим наданням Страхувальнику копій документів та/або посилань на нормативні акти (з зазначенням їх реквізитів та офіційних інтернет-джерел, на яких вони розміщені), на підставі яких Страховиком було прийнято рішення призупинити виплату страхових відшкодувань згідно з цим пунктом Договору. Після припинення застосування до Страхувальника та/або Вигодонабувача вказаних санкцій та/або заборон та/або обмежень Страховик відновлює виплати страхових відшкодувань Страхувальнику (Вигодонабувачу) за Договором, в тому числі тих, що підлягали виплаті під час дії зазначених санкцій та/або заборон та/або обмежень.

3.27. ВИКЛЮЧЕННЯ ЮРИСДИКЦІЇ США / КАНАДА

якщо інше не обумовлено Договором будь-які вимоги або дії, що порушені:

- (i) в Сполучених Штатах Америки і / або Канаді і будь-яких територій, які підпадають під юрисдикцію Сполучених Штатів Америки і / або Канаді;
- (ii) на виконання рішення суду, отриманого в будь-якому суді Сполучених Штатів Америки чи Канади і будь-яких територій, які підпадають під юрисдикцію Сполучених Штатів Америки чи Канади.
- (iii) шляхом розгляду арбітражу, посередництва, примирення, визначення експертів або будь-який інший формі процедури альтернативного врегулювання спорів, що відбуваються всередині або під юрисдикцією Сполучених Штатів Америки чи Канади і будь-яких територій, що підпадають під юрисдикцію Сполучені Штати Америки чи Канади, або для вилучення будь-якої премії або витрат, виданих або понесених у зв'язку з будь-якою такою процедурою.

(iv) внаслідок будь-яких рекомендацій будь-якого роду, що надані відповідно до законодавства США або Канади.

Таким чином страхове покриття НЕ надається щодо будь-якої вимоги, що була подана в межах юрисдикції (в тому числі, в межах території) США та Канади, або збитки, що виникли в межах юрисдикції/території США та Канади, або будь-яких послуг, що надаються в межах юрисдикції/території США та Канади.

Якщо в Розділі 1 «Особливі умови» вказано, що надається страховий захист щодо території США та Канади, таке покриття має відповідати умовам наступного застереження:

У відношенні будь-яких вимог (збитку), що впливають з діяльності, яка здійснюється на території США та/або Канади (включаючи будь-які території, які підпадають під юрисдикцію США або Канади) в цілях Договору страхування будуть застосовуватися наступні умови:

1. Ліміт відшкодування, передбачений Договором, означитиме максимальну та в сукупності відповідальність Страховика, включаючи всі видатки та витрати.

2. Страховик не несе відповідальність за:

2.1. Будь-які штрафи чи стягнення або будь-які додаткові витрати, які впливають із збільшення компенсаторних витрат або будь-яких інших некомпенсаторних витрат будь-якого виду, які зобов'язаний відшкодувати оригінальний страхувальник; та

2.2. Будь-які збитки, які ґрунтуються на, спричинені, впливають з, відносяться до, на які вплинули:

i) протікання, забруднення будь-якого виду

ii) будь-яке очевидне або заявлене порушення або будь-яка відповідальність, зобов'язання чи обов'язки, передбачені Актом 1974 року про забезпечення доходу звільненим працівникам з усіма доповненнями та змінами;

iii) будь-яке очевидне або заявлене порушення будь-якого положення Акту 1934 року про обмін цінних паперів або будь-якого подібного федерального закону чи закону штату або пов'язаного звичаєвого прецеденту;

iv) будь-яке очевидне або заявлене Акту 1961 про вплив вимагання та організовану злочинність Секція 18 із доповненнями та змінами або будь-якими правилами чи відповідними опублікованими нормативними документами;

v) будь-яку пораду, надану стосовно законодавства США чи Канади.

2.28. ТЕРИТОРІАЛЬНЕ ОБМЕЖЕННЯ

відповідальність Страховика за Договором не виникатиме якщо законодавство певної країни або території міститиме обмеження щодо дії такого Договору на такій території чи в такій країні.

3.29. ОБМЕЖЕННЯ ЩОДО КРИТИЧНИХ ТЕРИТОРІЙ УКРАЇНИ

Договір застосовується до страхових випадків за ризиками, розташованими в Україні, за виключенням Автономної Республіки Крим та міста Севастополя, Луганської та Донецької областей, усі непідконтрольні уряду України території України в Херсонській та Запорізькій областях, а також усі непідконтрольні уряду України території, відповідно до Розпорядження Кабінету міністрів України № 1085-р від 07.11.2014р. та будь-яких наступних змін/доповнень до неї та наказом Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України №309 від 22.12.2022 та будь-яких наступних змін/доповнень до нього.

Дія Договору не поширюється на тимчасово окуповані території України, що визначені нормативно правовими актами України, а також на території України, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії зіткнення або знаходяться в зоні воєнних дій будь-якого характеру, визначених офіційними документами згідно з вимогами законодавства України, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права.

3.30. ОБМЕЖЕННЯ, ЩОДО ГАЛУЗЕЙ ІТ

виникають, ґрунтуються на, або пов'язані з будь-яким програмним забезпеченням, додатками, розробкою/ експлуатацією/ обслуговуванням систем, пов'язаних з нижчезазначеними сферами:

- криптовалюта / NFT / технологія блокчейн;
- прямий платіжний процесинг;
- торгівельна системи для фінансових установ/ фондових бірж/ енергетичного сектору;
- букмекерство / гемблінг;
- основне програмне забезпечення транспортних засобів, літаків, управління аеропортами, суден, медичних продуктів/систем, постачальників енергії;
- промислові системи управління, операційні технології - PLC / SCADA.

3.31. НЕДОСТАТНЯ ЕФЕКТИВНІСТЬ

Сторони погодили, що Страховик не несе відповідальності за будь-яку вимогу, яка прямо чи опосередковано базується чи пов'язана з тим, що продукт/ послуга/ розроблене програмне забезпечення чи гра не відповідають меті бізнес очікувань клієнта (замовника послуг чи продуктів Страхувальника) або, на його думку, не забезпечують адекватний чи відповідний прибуток, обіг, кількість користувачів для клієнта.

Розділ 4. ПОРЯДОК ВСТУПУ В ДІЮ ТА ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ

4.1. НАБУТТЯ ЧИННОСТІ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

4.1.1. Для програми страхування «Страхування відповідальності ІТ спеціалістів» страхове покриття починається з 00.00. год. дня, наступного після дня отримання Страховиком належної страхової премії. У будь-якому випадку, ніякі збитки не підлягають Страховому захисту та страховому відшкодуванню, якщо вони сталися до моменту вступу в силу страхового захисту відповідно до умов Договору.

4.1.2. У випадку прострочення або неналежної сплати Страхувальником страхової премії або її чергової частини Сторони домовились призупинити дію страхового покриття, починаючи з 00 год. 00хв. дня, наступного за останнім днем для сплати такої страхової премії або її чергової частини на строк, що не перевищує 14 (чотирнадцять) календарних днів.

У разі належної сплати страхової премії або її чергової частини протягом строку призупинення дії страхового захисту дія такого страхового захисту відновлюється, починаючи з 00 год.00 хв. дня, наступного за днем отримання Страховиком належної страхової премії.

Страхові випадки, які трапились протягом строку призупинення дії страхового захисту, страховому відшкодуванню не підлягатимуть.

4.2. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ

4.2.1. За ініціативою Страхувальника:

4.2.1.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору без пояснення причин, надіславши Страховику повідомлення у письмовій (електронній) формі відповідно до положень ст. 107 Закону України «Про страхування» та інших вимог чинного законодавства України.

Наслідком такої відмови Сторін від Договору є припинення всіх його умов, включаючи зобов'язання Сторін, починаючи з моменту укладання такого Договору, тобто відмова Сторін від Договору означає настання такого стану правовідносин між Сторонами, ніби такий Договір і не укладався. Будь-які подальші претензії Сторін одна до одної, пов'язані з виконанням зобов'язань за Договором, стосовно якого Сторонами було реалізоване право на відмову, неможливі.

4.2.1.2. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку, шляхом переказу коштів за банківськими реквізитами Страхувальника, вказаними у повідомленні, зазначеному у п. 4.2.1. Загальних умов, протягом 30 календарних днів з дня отримання такого повідомлення.

4.2.1.3. У разі виявлення страхового випадку після повернення Страхувальнику страхової премії за цим пунктом Страховик матиме право зменшити розмір страхової виплати та суму такої премії, або вимагати її сплати у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

4.2.2. По причині несплати страхової премії:

4.2.2.1. У разі неналежної сплати або несплати відповідної Страхової премії, Сторони, керуючись статтею 214 Цивільного Кодексу України, домовились відмовитися від Договору, починаючи з моменту його укладення.

Наслідком такої відмови Сторін від Договору є припинення всіх його умов, включно з зобов'язаннями Сторін, починаючи з моменту укладення такого Договору, тобто відмова Сторін від Договору означає настання такого стану правовідносин між Сторонами, ніби Договір і не укладався. Будь-які подальші претензії Сторін одна до одної, пов'язані з виконанням зобов'язань за Договором, стосовно якого Сторонами було реалізоване право на відмову, неможливі.

4.2.2.2. Підписанням Договору Сторони виражають взаємну згоду відмовитися від такого Договору відповідно до цього пункту.

У разі виникнення підстав для його застосування, Страховик матиме право протягом 30 календарних днів прийняти рішення про відмову від Договору страхування.

4.2.2.3. У разі, якщо Договір передбачає поетапну сплату Страхувальником страхової премії, таке положення про відмову від Договору не буде застосовуватися до тих періодів дії страхового покриття, за які Страховик отримав від Страхувальника належним чином сплачені частини страхової премії.

Розділ 5. ВЗАЄМОДІЯ СТОРІН

5.1. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

5.1.1. Страхувальник має право:

5.1.1.1. отримати страхову виплату відповідно до положень Договору;

5.1.1.2. оскаржити рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати у судовому порядку;

5.1.1.3. визначити іншу особу (Вигодонабувача), яка відповідно до Договору страхування або згідно норм чинного законодавства України має право на страхову виплату та змінити такого Вигодонабувача шляхом ініціювання внесення змін до договору страхування (або одностороннім повідомленням від Страхувальника) до настання страхового випадку, якщо інше не буде погоджено Сторонами та/або передбачено чинним законодавством України;

5.1.1.4. на відмову від Договору відповідно до статті 107 «Відмова від договору страхування» Закону України «Про страхування».

5.1.2. Страхувальник зобов'язаний:

5.1.2.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором;

5.1.2.2. при укладанні Договору надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

5.1.2.3. при укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні Договори страхування щодо об'єкта Договору;

5.1.2.4. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором. Якщо випадок вимагає по закону втручання влади, не пізніше 24 годин із моменту, коли стало відомо про настання страхового випадку, повідомити про випадок відповідні компетентні органи;

5.1.2.5. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку, провадити свою застраховану діяльність та/або виробляти товари/ надавати послуги так, ніби такого Договору страхування професійної відповідальності не існує;

5.1.2.6. в процесі здійснення застрахованої діяльності використовувати працю тільки кваліфікованих працівників та вживати необхідних заходів для підтримання у робочому стані всіх приміщень, техніки та іншого майна;

5.1.2.7. вживати всіх необхідних заходів, передбачених відповідними внутрішніми та зовнішніми нормативними документами, що регулюють порядок та вимоги провадження застрахованої діяльності (в тому числі, але не обмежуючись, технікою безпеки, правилами експлуатації, тощо) для запобігання нещасних випадків на виробництві та заподіяння шкоди життю, здоров'ю чи майну Третіх осіб, зокрема:

5.1.2.7.1. щодо безпеки людей та майна;

5.1.2.7.2. щодо розміщення небезпечних відходів;

5.1.2.7.3. щодо оперування, зберігання та використання легкозаймистих рідин або сполук, газів, хімічних або токсичних речовин.

5.1.2.8. за свій рахунок проводити необхідні дії для проведення пошуку, повернення або вдосконалення продуктів, товарів, сервісів Страхувальника, що містять будь-який дефект чи недолік, про який Страхувальник знав чи мав причини підозрювати їх наявність, включаючи (але не обмежуючись) будь-які продукти Страхувальника, що підлягають забороні відповідно до чинного законодавства;

5.1.2.9. у разі об'єктивної можливості, допустити представника Страховика оглянути місце страхового випадку, провести розслідування у відношенні причин і розміру збитків, брати участь в заходах по зменшенню збитків або шкоди і рятуванню постраждалого майна, організації допомоги у випадку тілесних ушкоджень;

5.1.2.10. з метою проведення взаємних розрахунків, на першу обґрунтовану вимогу Страховика по закінченню строку дії Договору надавати будь-яку інформацію, включаючи конфіденційну, про фактичні дані господарської діяльності за умови, якщо цей Договір базується на прогнозованих показниках;

5.1.2.11. вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати Страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку.

5.1.3. Страховик має право:

5.1.3.1. здійснювати заходи з перевірки даних і документів, що були надані Страхувальником стосовно об'єкта страхування, факту й обставин страхового випадку, розміру заподіяних збитків;

5.1.3.2. вимагати від Страхувальника надання інформації, включаючи відомості, що складають його комерційну таємницю, необхідну для встановлення факту та обставин страхового випадку, розміру страхової виплати, з урахуванням вимог чинного законодавства про дотримання таємниці страхування;

5.1.3.3. проводити самостійне страхове розслідування стосовно встановлення факту та обставин страхового випадку з урахуванням вимог чинного законодавства України;

5.1.3.4. відмовити у страховій виплаті або зменшити її розмір у випадках, передбачених Договором.

5.1.4. Страховик зобов'язаний:

5.1.4.1. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений Договором строк;

5.1.4.2. у разі настання страхового випадку відшкодувати витрати, понесені Страхувальником для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку, якщо це передбачено умовами Договору;

5.1.4.3. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про Страхування»;

5.1.4.4. повернути Страхувальнику страхову премію (її частину) в разі його відмови від договору протягом 30 календарних днів з дати отримання повідомлення від Страхувальника шляхом банківського переказу коштів, за реквізитами вказаними в такому повідомленні, відповідно до умов статті 107 «Відмова від договору страхування» Закону України «Про страхування»;

5.2. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

5.2.1. Будь-які зміни до Договору страхування вносяться у формі окремої Додаткової угоди, належним чином оформленої Сторонами, яка становитиме невід'ємну частину такого Договору. Внесення змін можливе у формі виконання конклюдентних дій, за умови їх доведення відповідно до вимог чинного законодавства України.

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

5.2.2.1. закінчення строку дії Договору;

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

5.2.2.3. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);

5.2.2.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

5.2.2.5. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;

5.2.2.6. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором страхування.

5.2.3. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, при цьому будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії такого Договору.

5.2.3.1. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії такого Договору, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого договору страхування, розмір яких вказаний у Договорі страхування, але не більше максимального розміру нормативних витрат на ведення справи вказаного в пункті 5.2.3.3. нижче, і визначений у відсотках від страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, фактичних виплат страхових сум та страхової виплати, що були здійснені за таким Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

5.2.3.2. У разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії такого Договору, з відрахуванням нормативних витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, розмір яких вказаний у Договорі страхування, але не більше максимального розміру нормативних витрат на ведення справи вказаного в пункті 5.2.3.3. нижче, і визначений у відсотках від страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору, фактичних виплат страхових сум та страхових виплат, що були здійснені за Договором.

5.2.3.3. Максимальний розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, складає 60% (шістдесят відсотків).

Розділ 6. ПОРЯДОК ВРЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ, РОЗРАХУНКУ ТА ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

6.1. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

6.1.1. Страхувальник зобов'язується повідомити Страховика про настання випадку (будь-який факт заподіяння шкоди, збитків, отримання вимоги, виклик до суду, початок судового процесу, можливе звинувачення, процесуальні дії компетентних органів, зі всіма матеріалами та інформацією), який може бути кваліфікований як Страховий випадок за Договором.

Таке повідомлення має бути надано Страхувальником якомога швидше, але у будь-якому разі не пізніше 2 (двох) робочих днів з моменту, коли Страхувальнику стало відомо про настання цього випадку. Дане повідомлення може бути зроблено у будь-якій із наступних форм:

- телефоном: **(044) 537-53-90; (044) 537-53-89**

- кур'єрська доставка на адресу Страховика: 04070, м. Київ, вул. Іллінська 8, ПрАТ "СК "Колоннейд Україна";

- повідомлення електронною поштою на адресу: claim@colonnade.com.ua;

- надсилання листа з повідомленням на адресу офісу Страховика (датою повідомлення вважається дата відправлення листа, згідно поштового штемпеля).

6.1.2. Страхувальник, без письмової згоди Страховика, не має права заявляти, виконувати, визнавати або приймати на себе будь-які зобов'язання, а також здійснювати на користь третіх осіб, будь-які інші дії щодо вимог, пов'язаних з будь-яким фактичним чи потенційним страховим випадком. Страховик має право обирати на свій розсуд спосіб врегулювання такого страхового випадку, а Страхувальник в свою чергу має неухильно слідувати таким рішенням Страховика і усіляко сприяти йому у цьому.

6.2. ПЕРЕЛІКИ ДОКУМЕНТІВ ВІДНОСНО СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

6.2.1. З метою отримання страхової виплати Страхувальник має надати Страховику наступні документи:

- заповнена Страхувальником заява про настання страхового випадку згідно з формою, наданою Страховиком для даного виду страхового випадку (Страховик ухвалює рішення про необхідність призначення за кошт Страховика аварійного комісара або відповідної експертизи не пізніше 3 (трьох) робочих днів після отримання заповненої Страхувальником заяви про настання страхового випадку, якщо для прийняття такого рішення не будуть необхідними й інші документи). Страховик повідомляє Страхувальника про призначення експерта (аварійного комісара);

- документ від компетентних органів, який підтверджує факт та обставини настання страхового випадку (залежно від повноважень такого органу, підприємства, установи чи організації, уповноваженої особи тощо та специфіки страхового випадку);

- пояснювальна записка, коментарі про обставини події внаслідок якої було спричинено шкоду або збитки Третім особам, акт внутрішнього розслідування про причини/обставини настання страхового випадку, фото/відео з місця події, тощо;

- висновок експертизи, проведеної експертом, або аварійним комісаром, якого призначив Страхувальник за попередньою письмовою згодою Страховика, якщо така експертиза була призначена;

- документи, які підтверджують розмір заподіяних збитків (платіжні документи);

- копія заяви або вимог, отриманих від Третіх осіб про відшкодування заподіяної їм шкоди або збитків;

- ідентифікаційні дані Третьої особи або її законного представника (завірена копія паспорту, ідентифікаційного коду, якщо постраждала Сторона фізична особа);

- документи, які підтверджують страховий інтерес потерпілої особи щодо пошкодженого майна або шкоди нанесеної життю чи здоров'ю чи заподіяних збитків, та право на отримання страхової виплати;

- інші документи, що обґрунтовано запитуються Страховиком і стосуються страхового випадку, серед яких можуть бути договори оренди, постачання, надання послуг, тощо, якщо застосовно.

6.2.2. У випадках, визначених чинним законодавством України, при проведенні фінансових операцій, щодо яких необхідне проведення ідентифікації та верифікації, Страхувальник / Вигодонабувач або потерпіла Третя особа (за наявності) зобов'язані надати Страховику інформацію (документи, та їх копії), на виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів,

одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

6.2.3. У разі необхідності Страховик має право обґрунтовано вимагати додаткових документів, необхідних для з'ясування розміру й обставин страхового випадку. Страховик має право робити запити про отримання відомостей, пов'язаних із страховим випадком, до підприємств, установ, організацій відповідно до чинного законодавства України.

6.2.4. Обумовлені пунктом 6.2. документи надаються Страхувальником (або заявником страхової виплати) шляхом направлення на адресу електронної пошти claim@colonnade.com.ua та\або motor@crawco.com.ua або іншим способом (подання особисто представнику Страховика, подання за допомогою засобів поштового зв'язку, погодженого сервісу електронного документообігу тощо). На вимогу Страховика, яка може бути здійснена письмово шляхом обміну електронними повідомленнями, Страхувальник зобов'язується надати Страховику для ознайомлення та огляду оригінали документів способом та в термін, визначені Страховиком. Надаючи копії документів, Страхувальник гарантує, що копії документів (в т. ч. електронні, цифрові) є такими, що виготовлені з існуючого оригіналу документа; їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документа; за згодою Страховика, сканована копія документу може бути визнана рівною оригіналу за юридичною силою.

6.2.5. Страховик зобов'язаний надавати загальну консультаційну допомогу заявнику страхової виплати щодо документів, необхідних для прийняття рішення по страховому випадку, виходячи з особливостей його обставин.

6.3. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

З метою визначення розміру страхової виплати для різних Секцій та типів збитків застосовуються наступні порядки розрахунку:

6.3.1. Шкода заподіяна майну

У випадку шкоди, заподіяної майну Третіх осіб страховій виплаті підлягає тільки прямий фізичний збиток, заподіяний майну Третьої особи, який стався в межах території дії вказаної в Договорі страхування.

6.3.1.1. Базис розрахунку страхової виплати:

основу розрахунку страхової виплати становитиме вартість відновлення зруйнованого чи пошкодженого майна Третьої особи, з вирахуванням всіх видів зносу або амортизації.

У разі, якщо в результаті настання страхового випадку майно Третьої особи буде знищене повністю, страховій виплаті підлягає залишкова вартість такого майна на момент настання страхового випадку з вирахуванням всіх видів зносу або амортизації в межах страхової суми чи ліміту відповідальності. Будь-які розрахунки здійснюються сертифікованими експертами.

У разі, якщо в результаті настання страхового випадку майно Третьої особи буде знищене/пошкоджене частково, страховій виплаті підлягає вартість відновлювального ремонту з вирахуванням всіх видів зносу або амортизації такого майна на момент врегулювання страхового випадку та в межах страхової суми чи ліміту відповідальності.

У разі виявлення різних розмірів зносу або амортизації, для розрахунків прийматиметься більша з цих величин, при цьому, пріоритетне значення буде надаватися висновку сертифікованого експерта щодо розміру такого зносу.

При розрахунку розміру страхової виплати за цим базисом застосовуватимуться оціночні методи, які відповідають принципу відшкодування прямих збитків (виключаючи будь-які непрямі збитки, втрату товарної вартості, недоотриманого доходу тощо): витратний – при оцінці нерухомого майна, порівняльний – при оцінці інших категорій майна.

6.3.2. Шкода заподіяна життю або здоров'ю особи

- витрати на лікування (вартість ліків, медикаментів, процедур, діагностики);

- витрати на протезування в тому числі вартість придбання протезів;

- додаткові витрати, необхідні для відновлення здоров'я (спеціальне харчування, догляд тощо);
- витрати на поховання;
- у випадку смерті – частина заробітку (доходу) потерпілого особам, які відповідно до законодавства України мали право на його отримання.

За згодою Сторін сума такого відшкодування може бути виплачена у вигляді одноразової виплати.

6.3.3. Фінансові збитки

Основою розрахунку страхової виплати є фактично понесені Третьою особою витрати, внаслідок настання страхового випадку:

6.3.3.1. у разі звернення Третіх осіб з позовами в судові органи, а також при наявності суперечностей між Страховиком та Страхувальником - на підставі рішення суду про розмір заподіяних збитків;

6.3.3.2. за згодою сторін розрахунок розміру збитків може бути виконано незалежними експертами;

6.3.3.3. в інших випадках Страховик визначає розмір збитку та страхового відшкодування на підставі матеріалів і висновків компетентних органів (спеціально утворених державних, галузевих та територіальних комісій по розслідуванню причин та наслідків страхового випадку; органів державного контролю та нагляду; лікарсько-трудова експертних комісій, органів соціального забезпечення та ін.) про причини та наслідки заподіяння Шкоди, а також з урахуванням довідок, рахунків та інших документів, які підтверджують понесені збитки.

6.4. УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

6.4.1. Страховик приймає рішення про страхове відшкодування не пізніше 10 (десяти) робочих днів після отримання всіх необхідних документів, пов'язаних з конкретним Страховим випадком.

6.4.2. У разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування, Страховик, протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття рішення про страхове відшкодування, надсилає всім зацікавленим сторонам відповідне письмове повідомлення з обґрунтуванням.

6.4.3. Страховик здійснює страхову виплату на користь Страхувальника (або іншій відповідній особі) протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після складання акту про здійснення страхової виплати, якщо інше не було погоджено Сторонами.

Розрахунок і страхова виплата здійснюється згідно з умовами Договору на підставі письмової заяви Страхувальника / Вигодонабувача на здійснення страхової виплати, документів, зазначених в цьому Договорі та страхового акту.

6.4.4. Порядок визначення отримувача страхового відшкодування:

(i) Страховик матиме право сплатити страхове відшкодування, погоджене з отримувачем відшкодування, безпосередньо останньому, навіть у разі незгоди Страхувальника підписати Акт про виплату страхового відшкодування. Будь-які витрати, понесені Страхувальником самостійно після прийняття Страховиком рішення про виплату страхового відшкодування та погоджені з отримувачем такого відшкодування, не підлягатимуть страховому відшкодуванню;

(ii) у разі самостійної виплати Страхувальником по Страховому випадку, якщо ця виплата заздалегідь погоджена зі Страховиком, останній компенсує Страхувальнику такі виплати, після представлення документів, які підтверджують ці виплати Третім особам, відповідно до умов Договору.

6.4.5. Страхувальник має право оскаржити відмову Страховика від страхової виплати у судовому порядку відповідно до чинного законодавства України.

6.5. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

Підставами для відмови Страховика в здійсненні страхової виплати є:

6.5.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

- 6.5.2.** вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;
- 6.5.3.** подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;
- 6.5.4.** одержання Страхувальником повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;
- 6.5.5.** несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);
- 6.5.6.** порушення Страхувальником умов взаємодії із Страховиком щодо врегулювання страхового випадку згідно з Договором.
- 6.5.7.** наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором;
- 6.5.8.** порушення Страхувальником своїх зобов'язань за Договором;
- 6.5.9.** ненадання Страховику повного комплекту документів відповідно до умов п. 6.2. протягом 24 (двадцяти чотирьох) місяців з дати настання страхового випадку.
- 6.5.10.** інші випадки, передбачені Договором та/або чинним законодавством України.

Розділ 7. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 7.1.** За невиконання чи неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України.
- 7.2.** За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик має сплатити, на вимогу Страхувальника (чи Вигодонабувача), пеню в розмірі подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла за період прострочення, від суми заборгованості за кожен день прострочення.

Розділ 8. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 8.1.** Спори, які виникають у процесі виконання умов Договору, вирішуються сторонами шляхом взаємних переговорів та оформлюються відповідним протоколом. Якщо в процесі переговорів сторони не дійдуть згоди, подальше розглядання спорів проходить відповідно до чинного законодавства України.

Розділ 9. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ ТА ПОНЯТЬ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

9.1. Вимога — судовий наказ, позовна заява, позов, заява або інший судовий або арбітражний процес, перехресний позов, зустрічний позов, або повідомлення Третьої особи, подані проти або надіслані Страхувальнику; або усна чи письмова вимога про відшкодування, висунута Третьою особою Страхувальнику.

Усі вимоги, що виникають з кількох пов'язаних джерел або першопричин, всі збитки, які виникають із кожного із джерел або кожної із першопричин, вважатимуться однією вимогою. В цілях застосування страхової суми, лімітів відповідальності та франшизи, усі вимоги, що відносяться до одного джерела чи причини, вважаються однією вимогою.

9.2. Дані — збережена в електронному вигляді, цифрова або оцифрована інформація чи носії.

9.3. Делікт (також подія) — означає недотримання звичайних професійних стандартів, помилки або упущення Страхувальника в процесі здійснення застрахованої професійної діяльності, які призвели до збитку Третьої особи, в тому числі порушення конфіденційності, порушення права інтелектуальної власності, наклепу або обмови, відповідальності, що пов'язана з використанням інтернету, та інших, передбачених Договором.

9.4. Документи / комп'ютерні дані — будь-які документи, включаючи комп'ютерні записи, електронні або оцифровані дані; але не включають валюту, фінансові інструменти або їхні записи.

9.5. Забруднюючі речовини — означає будь-які тверді, рідкі, газоподібні або теплові подразнюючі речовини, а також такі забруднюючі речовини як азбест, дим, отруйні пари, сажа, випари і тверді частки в повітрі, грибки, мікроби, кислоти, луги, ядерні або радіоактивні матеріали, хімікати й відходи. До відходів належать матеріали, що вимагають переробки, відновлення або утилізації.

9.6. Застрахована професійна діяльність — вказаний в Договорі страхування вид підприємницької діяльності, послуг, належним чином зареєстрованої в установленому порядку, виключно щодо якого надається страхове покриття на умовах Договору страхування.

9.7. Застрахована особа — особа(-и), визначена Договором страхування як така, відповідальність якої застрахована за Договором страхування, і яка може мати права та зобов'язання Страхувальника (окрім зобов'язання щодо сплати страхової премії). При цьому, їх дії матимуть такі ж юридичні наслідки, як і дії самого Страхувальника.

9.8. Збиток — означає виражений в грошовій формі реальний збиток Третьої особи, заподіяний в результаті делікту Страхувальника, під час та у зв'язку з наданням послуг в рамках застрахованої професійної діяльності, вказаної в Договорі страхування.

Та може включати наступне, за що Страхувальник несе юридичну відповідальність:

(i) відшкодування втрат та/або витрат позивача на підставі рішення суду, внаслідок вимоги;

(ii) платежі здійснені Страховиком/ Застрахованою особою та погоджені Страхувальником;

(iii) платежі здійснені Страхувальником/ Застрахованою особою, але лише за попередньою письмовою згодою Страховика;

В цілях страхової суми, ліміту відповідальності та інших умов, що застосовуються в Договорі страхування, збиток також включає всі інші суми, що є застрахованими за Договором, включаючи такі суми, що не залежать від подання вимоги проти Застрахованої особи.

9.9. Інфраструктура відкритого ключа — політика, методи, обладнання та процедури, включаючи відповідне програмне, апаратне та програмно-апаратне забезпечення для створення та управління безпечним методом обміну електронною інформацією, що передбачає використання сертифікатів сертифікації, цифрових сертифікатів, цифрових підписів, відкритих та/або закритих ключів.

9.10. Комп'ютерний вірус — будь-яка програма або код, призначена для заподіяння шкоди комп'ютерній системі або будь-якій частині та/або заважає комп'ютерній системі та/або будь-якій частині безпомилково та правильно функціонувати.

9.11. Нечесна дія/шахрайство — означає шахрайське або нечесне діяння працівника або групи працівників, що потенційно може призвести до фінансових втрат компанії.

9.12. Порушення права інтелектуальної власності — означає ненавмисне порушення права інтелектуальної власності (авторські права, торговельні марки, промислові зразки, але виключаючи патенти) будь-яких Третіх осіб або будь-який ненавмисний плагіат.

9.13. Порушення конфіденційності — означає будь-яке фактичне або імовірне порушення Страхувальником будь-якого встановленого законом або іншого права на конфіденційність будь-якої Третьої особи.

9.14. Працівник — будь-яка фізична особа, яка вступила в трудові відносини або працює на основі трудового договору зі Страхувальником або будь-якою дочірньою компанією.

Однак, в рамках Договору страхування термін “Працівник” не включає:

(i) керівника компанії;

(ii) тимчасового працівника, самозайняту особу, приватного підприємця або підрядника.

9.15. Програма страхування — певний набір умов страхування, франшиз, покритих ризиків та обмежень страхового покриття, що зазначаються в Договорі страхування, та відповідно до яких укладається Договір страхування.

9.16. Страхова сума — грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов’язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку. Означає суму, що прямо зазначена в Договорі страхування, в межах якої Страховик є відповідальним за таким Договором страхування стосовно кожної окремої вимоги та сукупно за строк дії Договору страхування, незважаючи на кількість:

- поданих вимог; або
- подій із спричиненням збитків або шкоди Третім особам; або
- Застрахованих осіб;
- Секцій страхування або видів страхового покриття, за якими заявлені вимоги за таким Договором страхування.

Якщо інше прямо не передбачено Договором страхування, страхова сума включатиме всі витрати і видатки, що відшкодовуються за таким Договором страхування.

Страхова сума не буде збільшуватися у разі надання розширеного періоду подання вимог.

Якщо інше прямо не передбачено Договором страхування будь-який ліміт відповідальності, визначений таким Договором страхування, буде включатися в страхову суму, а не додаватися до неї.

Включення більше ніж одного Страхувальника (Застрахованої особи) не збільшує загальну страхову суму за таким Договором страхування.

9.17. Сторони — Страховик та Страхувальник, які є суб’єктами правовідносин що виникають при укладенні Договору страхування. Також, учасниками правовідносин можуть виступати Вигодонабувач та інші Треті особи що мають страховий інтерес.

9.18. Третя особа (Вигодонабувач) — будь-яка фізична або юридична особа або особи, за заподіяння збитків або шкоди яким Страхувальник несе відповідальність згідно чинного законодавства, та які мають право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до чинного законодавства.

Не є Третіми особами:

a) працівники, керівники компанії;

b) представники, підрядники, субпідрядники, в тому числі фізичні особи-підприємці, які уклали цивільні, господарські, гіг-контракти зі Страхувальником;

c) Застраховані або Додатково застраховані особи, якщо інше не вказане в Договорі страхування;

d) будь-які інші юридичні особи, які мають фінансовий інтерес, приймають участь у операціях Страхувальника чи будь-якої його дочірньої, материнської, сестринської компанії.

9.19. Шкода заподіяна майну — фізичне знищення або пошкодження рухомого або нерухомого майна, втрата його експлуатаційних якостей, внаслідок делікту на умовах Договору страхування.

9.20. Шкода заподіяна життю або здоров’ю — тілесні ушкодження (включаючи смерть та хвороби), за умови доведення безпосереднього причинно-наслідкового зв’язку між деліктом та такою шкодою.

9.21. Шкода — означає шкоду заподіяну майну та/ або шкоду заподіяну життю або здоров’ю Третьої особи.