

Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт
КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ПОДОРОЖУЮТЬ ПО УКРАЇНІ
«SAVE JOURNEY / VISIT UKRAINE («БЕЗПЕЧНА ПОДОРОЖ»»)
 (назва страхового продукту)

Цей документ містить загальну інформацію про страховий продукт та не є пропозицією щодо укладення Договору страхування (надалі – Договір). Зазначена інформація потрібна для розуміння сутності, ризиків, потенційних вигод та збитків цього продукту і допомагає порівняти його з іншими продуктами.

Таблиця

Вид інформації	Інформація для заповнення Страховиком
1	2
1. Інформація про страховика	
Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ ТРАНСМАГІСТРАЛЬ», код за ЄДРПОУ 31630408.
Номер і дата видачі ліцензії на здійснення діяльності із страхування	Ліцензія на здійснення діяльності із прямого страхування та вхідного перестрахування відповідно до класу (класів, ризиків у межах класів) страхування, (витяг із Державного реєстру фінансових установ від 26.04.2024 р), інформація міститься в ДРФУ за посиланням https://kis.bank.gov.ua/Home/SrchViewLic/20000032960 .
Місцезнаходження страховика	вулиця Острозьких Князів, 32/2, 5й поверх, Київ, 01133, Україна.
Адреса офіційного вебсайту страховика	www.transmagistral.com.ua
2. Основні умови страхового продукту	
Клас страхування та опис страхового продукту	1. Клас страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» що визначений пунктом 18 частини першої статті 4 Закону «Про страхування». 2. Об'єктом страхування за Договором є здоров'я, працездатність Застрахованих осіб (надалі – ЗО) а також їх витрати при подорожі. Інформація для ідентифікації ЗО зазначена в Договорі (Додатку до Договору), та з якими пов'язані страхові інтереси Страхувальника (ЗО/Вигодонабувача) та страхові ризики, що підлягають страхуванню за Договором. 3. Відповідно до умов Договору та/або законодавства Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику/ЗО (іншій особі, визначеній Договором або на підставі законодавства) відповідно до умов Договору та/або законодавства в разі настання страхового випадку.
Страхові ризики, страхові випадки та обмеження страхування	1. Страховим випадком є здійснення Застрахованою особою, Асистуючою компанією або третьою особою непередбачених витрат, пов'язаних з наданням медичних та інших послуг Застрахованій особі у межах та в обсязі послуг та страхових сум (лімітів відповідальності), передбачених Договором страхування та обраною Програмою. 2. Страховими ризиками є: - витрати, пов'язані з наданням медичної допомоги внаслідок раптового захворювання Застрахованої особи або розладом її здоров'я внаслідок нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою; - витрати, пов'язані з організацією транспортування (медична евакуація) внаслідок хвороби або нещасного випадку із ЗО; - оплата вартості транспортування тіла ЗО (репатріація у випадку смерті ЗО) до місця його попереднього постійного проживання, внаслідок хвороби або нещасного випадку;

	- дорожньо-транспортна пригода, поломка транспортного засобу або інша подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, уключаючи витрати на отримання допомоги (послуг) із транспортування та/або отримання інших послуг (допомоги). Договір може бути укладений на випадок настання як всіх, так і окремих з перерахованих страхових ризиків. 3. Обмеження страхування: страхуванню не підлягають особи віком понад 70 років, а також ті, які на момент укладання Договору були визнані у встановленому порядку недієздатними, являлися інвалідами І групи, страждали на тяжкі нервові захворювання (в т.ч. пухлини головного чи спинного мозку, ураження нервової системи, гострий енцефаліт), знаходилися на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись при страхуванні медичних витрат: онкологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному, наркологічному, психоневрологічному, наркологічному, психоневрологічному), центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом).
Територія та строк дії договору страхування	1. Територія дії Договору: Договір діє в межах території України, за виключенням територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих російською федерацією, визначених відповідно до нормативних актів Кабінету Міністрів України. 2. Строк дії Договору: від 3 (трьох) до 365/366 (триста шістдесят п'ять/шість) днів. 3. Договір набирає чинності з дати, зазначеної у індивідуальній частині Договору як початок його дії, але не раніше 00 год. 00 хв. (за київським часом) дати, наступної за датою надходження страхового платежу в повному розмірі на рахунок Страховика або страхового посередника, та закінчується о 24 год. 00 хв. дати, що зазначена в Договорі як дата закінчення Договору, якщо інші обставини, передбачені Договором, не призвели до його дострокового припинення. Страховий платіж має бути сплачений одноразово до дати, зазначеної в індивідуальній частині Договору як кінцева дата сплати страхового платежу. 4. Продовження строку дії Договору можливе лише за взаємною згодою Сторін шляхом укладення нового договору страхування на новий строк.
Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	Мінімальний та максимальний розмір страхової суми: від 500 000 грн. до 1 500 000 грн. на одну особу. Договором страхування встановлюються ліміти відповідальності в межах страхової суми за видом витрат на медичні та інші послуги.
Франшиза	30% від страхової суми (ліміту відповідальності) у разі надання екстреної амбулаторної допомоги на базі комерційних медичних закладів (закладів преміум рівня та брендів клінік). Вид франшизи: безумовна у відсотках
Розмір страхової премії / страхового тарифу	Страхова премія визначається в залежності від розміру страхової суми та обраних умов страхування. Страховий тариф – від 0,01% до 40 % від страхової суми.
Порядок та строки сплати страхової премії	Одноразово в порядку і на умовах, зазначених в Договорі.
Обов'язки сторін	1. Страхувальник зобов'язаний: 1.1. Сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором. 1.2. Протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (хронічні хвороби, їх загострення, висновок лікаря щодо наявності показань/протипоказань для здійснення подорожі у разі, якщо особа що планує подорож має вік старше 65 років, перенесені напередодні поїздки критичні захворювання такі як: інфаркт, інсульт тощо), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором. 1.3. Проінформувати Застраховану особу про укладений на її користь Договір, про його умови, а також про її дії при настанні події, що має ознаки страхового випадку.

	1.4. При укладенні Договору письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страхування, щодо об'єкта страхування за Договором. 1.5. Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в строк, передбачений Договором. 1.7. Дотримуватись умов Договору, вимог законодавства України. 2. Для реалізації прав, що випливають з Договору, ЗО зобов'язана: 2.1. Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в строк, передбачений Договором. 2.2. Проходити лікування призначене лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога. 2.3. Турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги. 2.4. Повідомити Страховика за телефоном, зазначеним в Договорі, про страховий випадок, зазначивши прізвища, ім'я та по-батькові, описати суть події, що сталася та узгодити із Страховиком подальші дії. 3. Страховик зобов'язаний: 3.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору. 3.2. З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати збереження та захист інформації, що становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття, та відповідно до закону відшкодувати завдані клієнту з вини Страховика збитки та відшкодувати заподіяну моральну шкоду у разі розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб. 3.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. 3.4. У випадку прийняття рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомити про це Страхувальника/Застраховану особу з обґрунтуванням причин відмови в строк, передбачений в Договорі.
Підстави та порядок припинення дії договору страхування	1. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі: 1.1. припинення дії Договору за згодою Сторін Договору. При цьому Сторони укладають відповідну додаткову угоду, що визначає умови такого дострокового припинення. Порядок повернення та розрахунку суми страхової премії або її частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю Сторін Договору та вказується в такій додатковій угоді; 1.2. припинення дії Договору у випадках, передбачених ч.1 ст.105 Закону України «Про страхування», а саме: - закінчення строку дії Договору. При цьому сплачена страхова премія не повертається Страхувальнику; - виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. При цьому сплачена страхова премія не повертається Страхувальнику; - несплати Страхувальником страхової премії у встановлений Договором строк; - ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків заміни Страхувальника як Сторони у зобов'язанні згідно з ст. 100 Закону України «Про страхування»). Страховик повертає сплачену страхову премію особі, визначеній на підставі законодавства, за письмовою заявою такої особи, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором; - ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України. Наслідки ліквідації Страховика визначаються згідно з законодавством та нормативними документами Національного банку України;

	- набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним. Наслідки визнання Договору недійсним визначаються згідно з законодавством та відповідним рішенням суду. 1.3. Припинення дії Договору за вимогою однієї зі Сторін Договору (Страховика або Страхувальника). При цьому: 1.3.1. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою однієї зі Сторін. Порядок дострокового припинення дії Договору та розрахунків між Сторонами визначається згідно зі ст. 105 Закону. Максимальна частка Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов Договору становить 70% від страхової премії. 1.3.2. У разі прийняття рішення Страховиком про дострокове припинення Договору, повернення страхової премії (її частини) здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком оригіналів документів (заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику, у випадку укладання Договору в паперовій формі). Залежно від обставин дострокового припинення Договору, Страховик може запросити додаткові документи, про що робиться обґрунтований запит. 1.3.3. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишилися не врегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником та Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення при визнанні випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. 1.7. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору (крім випадків, передбачених законодавством, зокрема: якщо строк дії Договору становить менше 30 календарних днів; якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором) та отримати сплачену страхову премію у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви у письмовій (електронній) формі. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору Страховик повинен повернути Страхувальнику страхову премію повністю протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування Договір вважається не укладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором.
3. Здійснення страхових виплат	
Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	1. Якщо під час здійснення подорожі на території України у Застрахованій особи виникне потреба в отриманні невідкладних медичних послуг, Застрахована особа зобов'язана якнайшвидше, але не пізніше 24 годин, якщо цьому не перешкоджали об'єктивні причини: 1.1. звернутися до Асистуючої компанії/Страховика та отримати інформацію щодо подальших дій за телефоном, зазначеним у Договорі. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, то Застрахована особа може самостійно звернутися до медичного закладу, що має відповідний дозвіл на здійснення медичної діяльності у країні тимчасового перебування або відповідний договір із Асистуючою компанією та обов'язково пред'явити Договір. В цьому разі повідомлення передається Асистуючій компанії або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту початку отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо. У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин (відсутність діючих засобів телефонного зв'язку; непритомний стан Застрахованої (за відсутності інших осіб, які могли б представляти її інтереси) не зв'язалася з Асистуючою компанією для отримання необхідної допомоги (послуг) та

	внаслідок цього повинна самостійно оплатити вартість наданих їй медичних та інших послуг, вона зобов'язана узгодити надані їй послуги та виставлений медичним закладом рахунок до моменту його оплати з Асистуючою компанією чи Страховиком протягом 24 годин після надання такої допомоги (послуг). Якщо Застрахована особа протягом 24 годин не узгодила з Асистуючою компанією чи Страховиком надання таких медичних та медико-транспортних послуг, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати за цим випадком. 1.2. повідомити Асистуючій компанії/Страховику: точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон; назву Страховика, номер Договору; Програму страхування, строк дії Договору; прізвище та ім'я Застрахованої особи; опис події, що трапилася, та характер необхідної допомоги; 1.3. після звернення до Асистуючої компанії/Страховика виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій. За вимогою представника Асистуючої компанії/Страховика Застрахована особа повинна надати документи, що підтверджують її особу. У випадку неможливості дотримуватися рекомендацій Асистуючої компанії/ Страховика щодо прибуття до медичного закладу чи виклику лікаря до Застрахованої особи – завчасно (до початку надання таких послуг) повідомити Страховика/Асистуючу компанію та скасувати замовлення таких послуг; 1.4. сприяти вжиттю Страховиком або Асистуючою компанією необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат; 1.5. вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.
Порядок здійснення страхових виплат	1. Страховик здійснює страхову виплату в межах лімітів, передбачених Договором, за вирахуванням сум, відшкодованих третіми особами; іншим страховиком за цим страховим випадком, якщо збитки застраховано у кількох страховиків на умовах, передбачених Договором. 2. Страхова виплата здійснюється шляхом: 2.1. перерахування коштів на рахунок Асистуючої компанії, медичного або іншого закладу, який надав медичні, медико-транспортні послуги, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної або іншої допомоги; 2.2. відшкодування Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних та медико-транспортних послуг у разі самостійної їх оплати, за умови попереднього узгодження з Асистуючою компанією або Страховиком такої оплати; 2.3. сплати Вигодонабувачу Застрахованої особи. 3. У випадках, передбачених п.2.2, 2.3 страхова виплата здійснюється таким чином: 3.1. протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, згідно п.5, Страховик приймає обґрунтоване рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті; 3.2. якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Застрахованою особою документів, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, що володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання останнього документа; 3.3. страхова виплата здійснюється впродовж 7 (семи) робочих днів з дня прийняття Страховиком рішення про виплату. 3.4. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом 7 (семи) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Застраховану особу (її Вигодонабувача, Страхувальника), в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

4. Загальна сума виплат за один або декілька страхових випадків, що сталися протягом строку дії Договору, не може перевищувати відповідної страхової суми (ліміту), визначеної ним. Якщо сума виплат за страховими випадками досягла відповідної страхової суми (ліміту), то дія Договору по відношенню до такої Застрахованої особи за відповідним видом послуг припиняється.

5. Для отримання страхової виплати Застрахована особа (Вигодонабувач, Страхувальник) зобов'язана надати Страховику документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, його причини та розмір збитків:

5.1. оригінали таких документів:

- заява про страхову виплату;
- примірник Договору, що належить Страхувальнику (при укладенні Договору в паперовій формі);

5.2. оригінали (для копіювання) або належним чином посвідчені копії таких документів:

- внутрішній паспорт (свідоцтво про народження) Застрахованої особи;
- довідка про присвоєння ідентифікаційного номеру особи, яка звернулася за страховою виплатою;
- висновок про наявність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Застрахованої особи в момент страхового випадку (якщо Застраховану особу було направлено на такий огляд працівниками відповідного органу Національної поліції або іншого компетентного державного органу) (оригінал);

5.3. у випадку надання медичних та медико-транспортних послуг Застрахованій особі додатково надаються:

- документи Асистуючої компанії щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком;
- довідка медичного закладу про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причинами, що викликали захворювання, загальними висновками лікаря, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу;
- оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних та медико-транспортних послуг;
- квитанції про оплату наданих медичних та медико-транспортних послуг;
- рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем;
- чеки/квитанції про оплату придбаних медикаментів;
- оригінали проїзних документів;
- документ від компетентних органів, що підтверджує факт настання нещасного випадку (оригінал);
- у випадку смерті: нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; довідка медичного закладу про причину смерті.

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

7. Документи, що перераховані у п.5, повинні бути надані Страховику протягом 10 (десяти) календарних днів після сплати Страхувальником (Застрахованою особою)/Іншою особою вартості медичних та медико-транспортних послуг. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з обґрунтуванням причин затримки. При цьому, отримувач страхової виплати повинен звернутися до Страховика з заявою про страхову виплату та надати необхідні документи у строк не пізніше 1 (одного) календарного року з дня настання страхового випадку.

8. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про можливість ненадання Страхувальником окремих документів, визначених п.5.

9. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані не в повному обсязі та/або в належній формі, або оформлені з порушенням

	існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення щодо страхової виплати не здійснюється до усунення цих недоліків. Про наявність таких невідповідностей та/або порушень Страховик повідомляє одержувача страхової виплати протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання відповідних документів.
Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	1. Причинами відмови у здійсненні страхової виплати є: 1.1. навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями. Кваліфікація дій такої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України; 1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладений Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; 1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку; 1.4. 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; 1.5. несвоєчасна сплата або несплата страхового платежу в розмірі, зазначеному у Договорі; 1.6. невиконання Страхувальником, Застрахованою особою своїх обов'язків, передбачених Договором; 1.7. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я; 1.8. отримання Застрахованою особою послуг, що не передбачені обраною Програмою страхування; 1.9. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) 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; 1.10. неузгодження із Асистуючою компанією або із Страховиком розміру та порядку надання медичних та інших послуг без поважних на те причин. До переліку поважних (об'єктивних, незалежних від волі Застрахованої особи) причин, що призвели до неможливості вчасного повідомлення Страховика, належить: відсутність діючих засобів телефонного (стаціонарного або мобільного) зв'язку в місці перебування Застрахованої особи; неприйнятний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси, а саме родичів Застрахованої особи, які подорожують разом із нею, або осіб, що є застрахованими за Договором); 1.11. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Розділом 12 Загальних умов страхового продукту. 2. Відмова Страховика у здійсненні страхової виплати або розмір виплати може бути оскаржені у порядку, передбаченому законодавством України.
4. Інша інформація	
Форма договору страхування	Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину та оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними законодавством про електронну комерцію.
Канал(и) реалізації страхового продукту	Прямі продажі, офіс Страховика Страхові посередники

Інша інформація про страховий продукт	Договір страхування не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за цим Договором. При сплаті страхової премії шляхом проведення безготівкового перерахування банківські установи стягують комісію відповідно діючих тарифів.
Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Загальні умови страхового продукту розміщені на веб-сайті Страховика за посиланням: https://www.transmagistral.com.ua/general-terms-and-conditions-of-the-insurance-product/
Розгляд скарг	1. Звернення може бути усним за допомогою засобів телефонного зв'язку через контактний центр Страховика за телефонами (044) 596-00-71, 596-00-72, 596-00-73 або письмовим на електронну пошту: office@transmagistral.com.ua або засобами поштового зв'язку на адресу місцезнаходження Страховика. У зверненні зазначається прізвище, ім'я, по батькові, адресу/місце перебування споживача, викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення підписується заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні зазначається електронна поштова адреса, на яку заявнику надсилається відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку зі споживачем. Застосування електронного цифрового підпису для громадян, споживачів страхових послуг при надсиланні електронного звернення не вимагається. Застосування мов у сфері звернень громадян визначає Закон України «Про забезпечення функціонування української мови як державної». Звернення, оформлене без дотримання зазначених вимог, повертається заявнику. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане заявником/заявниками, письмове звернення, що не дає можливість встановити авторство заявника, визнається анонімним і розгляду не підлягає. Не розглядаються повторні звернення від одного й того ж споживача (заявника) з одного й того ж питання, якщо це питання вирішено по суті, а також ті скарги, що надані з порушенням строків, передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними. 2. Скарга на дії чи рішення Страховика може бути подана Національному банку України (на електронну пошту nbu@bank.gov.ua, використовуючи спеціальну форму https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection; для подання письмових звернень громадян: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ, 01601, телефон: 0 800 505 240 або +380 44 298 65 55; 3. Подання скарги не позбавляє споживача права звернутися до суду відповідно до чинного законодавства, а у разі незгоди споживача з прийнятим за скагою рішенням - безпосередньо до суду.