

Оферта (пропозиція) №095-2024 від 01.07.2024 укласти комплексний Договір страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» за стандартним страховим продуктом «Подорожуй в Буковель».

1. Дана пропозиція-Оферта (надалі – Оферта) є офіційною пропозицією **ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «УКРАЇНЬСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІЄННА ІНШУРАНС ГРУП»**, (код ЄДРПОУ – 24175269), зареєстроване як фінансова установа Розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг №1224 від 24.06.2004, (надалі – Страховик), що адресується невизначеному колу споживачів, укласти зі Страховиком договір комплексного страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» за стандартним страховим продуктом «Подорожуй в Буковель» (надалі – Договір) у відповідності до Умов страхування до договору комплексного страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» за стандартним страховим продуктом «Подорожуй в Буковель», які є невід’ємною частиною цієї Оферти (Додаток № 1).

2. Страховик – **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «УКРАЇНЬСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІЄННА ІНШУРАНС ГРУП»** в особі Голови Правління Грицута Дмитра Олексійовича та Заступника Голови Правління Жижари Ігоря Зіновійовича, які діють на підставі Статуту.

3. Від імені Страховика може діяти страховий посередник, який діє на підставі та на умовах визначених в Договорі доручення укладеного зі Страховиком. Страховий посередник виконує частину страхової діяльності Страховика та може, зокрема, укласти Договори страхування, одержувати страхові платежі, виконувати роботи, пов’язані із здійсненням страхових виплат та страхових відшкодувань.

4. Адреса місцезнаходження Страховика: 04050, м. Київ, вул. Глибочицька, 44, вебсайт: www.kniazha.ua

5. Дана Оферта є пропозицією укласти Договір в електронній формі у відповідності до статей 207, 638, 642 Цивільного кодексу України та статей 11,12,13 Закону України «Про електронну комерцію».

6. Страхування здійснюється на умовах визначених цією Офертою, за класами страхування 18, «Страхування витрат, пов’язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» та 1, «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)», на підставі Ліцензії, виданої Національним банком України від 23.04.2024 щодо діяльності із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховання) за повним переліком всіх класів (ризиків в межах класів) прямого страхування та вхідного перестраховання та відповідно до Закону України "Про страхування" № 1909-IX від 18.11.2021 та Загальних умов страхового продукту «Комплексний договір страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель»», затверджених Наказом 120/2024 від 27.06.2024, які діють з 01.07.2024 (далі – Загальні умови). З текстом Загальних умов можна ознайомитись за посиланням: <https://kniazha.ua/about/strakhovi-produkty>.

7. Технологія (порядок) укладання та підписання Договору:

7.1. Для укладання Договору клієнту необхідно зайти на вебсайт Страховика www.kniazha.ua / програмний мобільний застосунок Страховика (якщо укладання Договору реалізовано шляхом використання програмного застосунку) / вебсайт страхового посередника (за наявності) або звернутися безпосередньо в офіс Страховика чи страхового посередника та обрати бажані умови страхування. В подальшому, надати Страховику інформацію, необхідну для укладання Договору, в т.ч. інформацію, необхідну для його ідентифікації та верифікації.

7.2. Страховик на підставі наданої клієнтом інформації формує Проект індивідуальної частини Договору – Полісу (який містить посилання на Оферту) та надає його клієнту для ознайомлення. Формування та отримання Проекту Полісу не зобов’язує клієнта укласти в подальшому Договір страхування. Проект індивідуальної частини Договору – Полісу може надаватись шляхом:

- надсилання файлу у форматі pdf на вказану клієнтом електронну адресу;
- надсилання файлу у форматі pdf або посилання на даний документ за контактними даними, визначеними клієнтом;
- відображення документу у програмному мобільному застосунку.

7.3. Перед прийняттям (акцептуванням) умов Договору страхування клієнт зобов’язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність.

7.4. Після підтвердження клієнтом інформації, зазначеної у Проекті Полісу та його погодження із умовами Договору страхування Страховик надсилає клієнту повідомлення з одноразовим ідентифікатором для підписання Полісу на номер телефону/електронну пошту, зазначені клієнтом.

7.5. Безумовним прийняттям (акцептом) Оферти Страховика укласти Договір страхування в електронній формі вважається підписання клієнтом Полісу шляхом проставлення електронного підпису за допомогою одноразового ідентифікатора у відповідності до вимог ст.12 Закону України «Про електронну комерцію» та сплата страхового платежу.

Погоджене:

✓ О.Дубовий@kniazha.ua і Ірина Страховика Договір страхування підписується кваліфікованим електронним підписом

особи, уповноваженої Страховиком на підписання Договорів страхування, накладеним такою особою, із кваліфікованою електронною позначкою часу. Протягом дії воєнного стану та шести місяців з дня його припинення для підписання електронного Договору страхування зі сторони Страховика/особи, уповноваженої Страховиком на підписання Договорів страхування, може використовуватись удосконалений електронний підпис.

7.7. Дата та час укладання Договору страхування – це дата та час, вказані на кваліфікованій електронній позначці часу накладання електронного підпису особи, уповноваженої Страховиком.

7.8. Після підписання Договору страхування Страховик/страховий посередник одразу надсилає Договір страхування або посилання на Договір страхування на електронну адресу / на інші контактні дані Страхувальника, які надані Страхувальником при укладанні Договору страхування.

7.9. На вимогу Страхувальника Страховик/страховий посередник повторно надсилає підписаний Договір страхування на електронну адресу / на інші контактні дані Страхувальника, які надані Страхувальником при укладанні Договору страхування.

7.10. Страховик приймає на себе зобов'язання у випадку отримання відповідної вимоги Страхувальника виготовити Договір страхування у паперовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги від Страхувальника. Такий екземпляр Договору страхування підписується Сторонами та скріплюється їх печаткою (за наявності).

8. Послідовні дії Страховика та Страхувальника з фіксацією хронології дій під час укладення Договору страхування (від початку ініціювання процесу укладення Договору страхування до завершення його укладення) зберігаються в електронній базі Страховика.

9. Шляхом підписання Договору страхування одноразовим ідентифікатором Страхувальник:

9.1. Підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та передає Страховику згоду на звернення Страховика із запитами до закладів охорони здоров'я, Правоохоронних органів та інших компетентних установ, що можуть роз'яснити з приводу обставин настання страхового випадку, в тому числі інформацію щодо стану здоров'я Застрахованої особи та отриману медичну допомогу, а також згоду на отримання Страховиком діагнозів, історій хвороби Застрахованої особи та іншої інформації, що становить лікарську таємницю та використання отриманої інформації згідно з умовами цього Договору.

9.2. Надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних та персональних даних Застрахованих осіб, в цілях пов'язаних з виконанням Сторонами умов Договору без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, SMS розсилок та Viber-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги фінансової групи ВІЄННА ІНШУРАНС ГРУП УКРАЇНА, в інших цілях, які не суперечать законодавству України. Страхувальник підтверджує своє повідомлення про свої права, пов'язані з зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.

9.3. Підтверджує те, що йому до укладення зазначеного Договору страхування Страховиком було додатково надано інформацію передбачену ч. 5 ст. 9 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії». Страхувальник підтверджує, що отримав відповіді на усі питання та вичерпну інформацію стосовно послуги, в зрозумілих для нього термінах, пересвідчився у наявності потрібних йому умов співпраці, свідомо та вільно зробив свій вибір послуги.

10. У всьому іншому, що не викладено і не врегульоване умовами даної Оферти, Сторони керуються Загальними умовами страхового продукту та законодавством України.

11. Всі зміни до даної Оферти здійснюються шляхом публікації нової редакції Оферти на вебсайті Страховика www.kniazha.ua.

12. Договори страхування, які були укладені на підставі Оферти до набрання чинності внесених змін, залишаються без змін та діють на умовах, які були діючими на момент укладення Договору страхування.

13. У випадку припинення дії цієї Оферти, Страховик не звільняється від обов'язків за Договорами страхування, які були укладені на підставі даної Оферти.

14. Верифікація, ідентифікація Страхувальника здійснюється Страховиком/страховим посередником на підставі поданих Страхувальником інформації та документів.

Страховик:

Голова Правління

Дмитро ГРИЦУТА

Заступник Голови Правління

Ігор ЖИЖАРА

Додаток №1 до Оферти (пропозиції) №095-2024 від 01.07.2024 укласти комплексний Договір страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» за стандартним страховим продуктом «Подорожуй в Буковель».

Умови страхування до комплексного Договору страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» за стандартним страховим продуктом «Подорожуй в Буковель» (далі – «Умови страхування»).

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.

1.1. Договір страхування (надалі – Договір) – це угода між Страховиком та Страхувальником, згідно з якою, Страховик бере на себе зобов'язання, у разі настання страхового випадку, здійснити страхову виплату Страхувальнику/Застрахованій особі, або іншій особі, визначеній в Договорі, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі, у визначені строки та виконувати інші умови Договору. Договір складається з невід'ємних частин – Поліса (індивідуальна частина) та Оферти (пропозиції) №095-2024 від 01.07.2024 укласти комплексний Договір страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» за стандартним страховим продуктом «Подорожуй в Буковель», яка розміщена на вебсайті Страховика www.kniazha.ua. Цей Договір укладається в електронній формі у відповідності до Закону України «Про електронну комерцію», яка прирівнюється до письмової форми. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої виниклої необхідності відтворити Договір на паперовий носій.

1.2. Цей Договір є комплексним – укладається на підставі Ліцензії, виданої Національним банком України від 23.04.2024 щодо діяльності із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховування) за повним переліком всіх класів (ризиків в межах класів) прямого страхування та вхідного перестраховування та відповідно до Закону України "Про страхування" № 1909-IX від 18.11.2021.

1.3. Договір укладений за класами страхування 18, «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі», 1, «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)».

2. ВИЗНАЧЕННЯ.

2.1. Екстрена медична допомога – медична допомога, яка необхідна за життєвими показаннями, ненадання (або відстрочення надання) якої, може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, проявів важких ускладнень або до смерті Застрахованої особи, (ураження електричним струмом; ураження блискавкою; теплові удари; переохолодження; асфіксія всіх видів (утоплення, попадання сторонніх предметів у дихальні шляхи); гостре отруєння (окрім алкогольного та/або наркотичного); укуси тварин/отруйних змій/отруйних комах; бронхіальна астма (напад); шок будь-якої етіології; ниркова/печінкова колька; напад стенокардії або аритмії; гострий живіт; блювота кров'ю; зовнішня кровотеча; втрата свідомості; судоми; ядуха; травми (поранення, переломи, вивихи, опіки, важкі забої, травми голови).

2.2. Нещасний випадок – раптова, короткочасна, несподівана, випадкова, непередбачувана та незалежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи) подія, що сталася в період та на території дії Договору страхування, та призвела до травм (тілесних ушкоджень), розладу здоров'я (тимчасового або постійного) або до смерті (загибелі) Застрахованої особи, а саме: травми (забитті тканини, переломи або вивихи кісток, розриви органів (повний або частковий)); поранення; попадання сторонніх тіл в органи і тканини; опіки; відмороження; утоплення; ураження електричним струмом (у тому числі блискавкою); асфіксія (удушення).

2.3. Програма страхування – це погоджений між Сторонами перелік медичних та додаткових послуг певного обсягу та видів страхування, що будуть організовані та/або оплачені Застрахованій особі, при настанні страхового випадку.

2.4. Раптове захворювання – гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою (гостре захворювання, загострення чи ускладнення хронічного захворювання) або травмою Застрахованої особи, під час та на території дії Договору, що становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання екстреної медичної допомоги.

2.5. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов страхування зобов'язаний

провести Страхову виплату при настанні страхового випадку. Страхова сума зазначена в Полісі.

2.6. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику безпосередньо, або через повірену особу Страховика згідно з Договором, але не пізніше дати, визначеної в Договорі як початок його дії, у відповідності до діючого законодавства України. Страховий платіж сплачується одноразово у повному обсязі за весь строк страхування. Днем сплати страхового платежу вважається день перерахунку грошових коштів на розрахунковий рахунок повіреній особі Страховика або день перерахунку грошових коштів на розрахунковий рахунок Страховика. Розмір страхового платежу зазначається в Полісі.

2.7. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування. Страховий тариф зазначений в Полісі

2.8. Франшиза – частина збитків, яка не відшкодовується Страховиком. Франшиза зазначається в Полісі.

2.9. Ski-пас – це абонемент (матеріальний носій, виготовлений у формі пластикової картки) на користування гірськолижними витягами ТК «Буковель», що знаходиться за адресою: с. Поляниця, Яремчанська міська рада, Івано-Франківська область.

2.10. Активація Ski-пасу – активація відбувається під час першого проходу через гірськолижний витяг ТК «Буковель».

2.11. Екскурсійні послуги (екскурсійний маршрут, екскурсія програма), які надаються ТК «Буковель» (розміщені на сайті <http://bukovel.com>).

2.12. Готельні послуги - це послуги, зазначені на сайті ТК Буковель <http://bukovel.com> та/або <https://bukovel24.com>, а також послуги інших готелів на території ТК «Буковель», що знаходяться за адресою: с. Поляниця, Яремчанська міська рада, Івано-Франківська область.

2.13. Дитячий табір «Артек-Буковель» - послуги зазначені на сайті - <http://bukovel.com> та/або <https://bukovel24.com>.

2.14. Страхувальник – юридична особа або дієздатна фізична особа, які уклали із Страховиком Договір.

2.15. Вигодонабувач – особа, визначена Страхувальником для отримання належних сум страхових виплат в разі смерті Застрахованої особи. У випадку, якщо Вигодонабувач не визначений Договором, Страхове відшкодування/страхову виплату, може отримати спадкоємець (спадкоємці), або інші особи згідно з чинним законодавством України.

2.16. Застрахована особа – фізична особа, на користь якої укладений Договір та вказана в Полісі, яка перебуває на відпочинку в ТК «Буковель» (в т.ч. «Артек Буковель») та/або отримує комплекс послуг (в т.ч. екскурсійних), які можуть бути запропоновані під час відпочинку та перебування на території надання послуг ТК «Буковель». Застрахована особа може набути прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором.

2.17. Клієнт - особа, яка звернулася за отриманням або користується страховою чи перестраховою послугою.

3. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ.

3.1. Передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, визначеним у розділі 4 цих Умов страхування, Страховику на умовах, визначених цим Договором.

4. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ.

4.1.1. Об'єктом страхування за цим Договором є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.

5. СТРАХОВИЙ РИЗИК.

5.1. За умовами страхування медичних витрат:

5.1.1. Страховими ризиками є ймовірність та випадковість настання наступних подій:

- раптового захворювання, яке потребує надання екстреної медичної допомоги;
- ушкодження організму в результаті настання нещасного випадку;
- смерті Застрахованої особи від нещасного випадку або раптового захворювання.

5.2. За умовами страхування від нещасного випадку:

5.2.1. Страховим ризиком є нещасний випадок, а саме: раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Страхувальника/Застрахованої особи подія, що відбулась під час дії та на території дії Договору, та призвела до настання Страхового випадку.

6. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК.

6.1. **Страховим випадком** є подія, передбачена Договором, що не підпадає під виключення або обмеження страхування, яка відбулась з Застрахованою особою, в період дії Договору (відповідальності Страховика), на території надання послуг ТК «Буковель», під час її перебування (відпочинку/отримання послуг ТК «Буковель» (в т.ч. екскурсійних), зайнять активним відпочинком та/або гірськолижним спортом), і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

6.2. **За умовами страхування медичних витрат:**

6.2.1. Страхова виплата здійснюється шляхом відшкодування медичному закладу/Застрахованій особі (або її законним представникам)/Вигодонабувачу документально-підтверджених витрат, за надану екстрену медичну допомогу для Застрахованої особи, у межах умов та лімітів страхування, передбачених Програмою страхування, при зверненні Застрахованої особи до Страховика/медичного закладу, згідно умов та порядку передбаченого Договором.

6.2.1.1. Перелік витрат на медичні послуги, які відшкодує Страховик, в разі настання страхового випадку:

6.2.1.1.1. Пошук в горах та транспортування з використанням гірської пошуково-рятувальної служби – передбачає відшкодування вартості послуг пошуково-рятувальної служби, для Застрахованої особи, яка перебуває на гірському схилі та потребує надання екстреної медичної допомоги.

6.2.1.1.2. Невідкладна амбулаторна допомога – передбачає відшкодування вартості невідкладної медичної допомоги для Застрахованої особи, яка надається в медичному закладі (амбулаторії)/травмпункті.

6.2.1.1.3. Невідкладна стаціонарна допомога – передбачає відшкодування вартості невідкладної медичної допомоги, що надається в умовах, які передбачають цілодобовий (понад 24 години) медичний нагляд та лікування (тобто стаціонарне) в медичних закладах. Рішення про необхідність організації невідкладної стаціонарної допомоги, може бути прийняте лікарем спеціалізованої медично-санітарної служби екстреної медичної допомоги або лікуючим лікарем медичного закладу. У випадках, коли дія Договору закінчується, а Застрахована особа перебуває на лікуванні в умовах цілодобового стаціонару і її повернення (згідно медичного висновку лікаря) неможливе за станом здоров'я, відповідальність Страховика, подовжується додатково на 14 днів, починаючи з 00 годин 00 хвилин дати, яка є наступною за кінцевою датою його дії. За іншими страховими випадками, що виникли в цей додатковий період, Страховик відповідальності не несе.

6.2.1.1.4. Невідкладна стоматологічна допомога - передбачає відшкодування вартості невідкладної медичної допомоги, що надається Застрахованій особі при виникненні гострого зубного болю (обумовленого гострим запаленням зуба та/або прилеглих до нього тканин) або у зв'язку з щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку та направлена на ліквідацію гострих станів. Організація допомоги та оплата витрат відбувається в межах ліміту та на умовах передбачених Програмою страхування.

6.2.1.1.5. Медичне транспортування – передбачає відшкодування вартості транспортування Застрахованої особи (коли її стан не дозволяє самостійно пересуватися - тяжкий стан та/або обмежені фізичні можливості до самостійного пересування) спеціалізованою медичною службою, до найближчого медичного закладу або лікаря, який може надати кваліфіковану допомогу відповідного профілю в Україні.

6.2.1.1.6. Репатріація тіла Застрахованої особи, в разі настання страхового випадку, що призвів до смерті Застрахованої особи – передбачає відшкодування витрат пов'язаних з перевезенням тіла (або його останків), до:

- місця поховання (на території України);
- митного кордону (на території України), найближчого до країни постійного проживання (для іноземних громадян) або до аеропорту.

6.2.1.1.6.1. Репатріація можлива тільки за рішенням Страховика. Необхідною умовою для здійснення репатріації, є отримання від родичів Застрахованої особи підтвердження, про готовність забрати тіло Застрахованої особи. При цьому вид, клас транспорту, маршрут транспортування - визначає Страховик.

6.2.1.1.7. Невідкладна медична допомога по захворюванню «Коронавірусна хвороба (COVID-19), що викликана SARS-CoV-2 (COVID-19) в межах ліміту 10 000 грн (на період дії Договору (відповідальності Страховика)), згідно умов передбачених Програмою страхування.

6.3. **За умовами страхування від нещасного випадку:**

6.3.1. Страхова виплата здійснюється визначеному в цьому Полісі Вигодонабувачу у разі настання

6.3.1.1. Стької втрати працездатності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (встановлення 1-ї, 2-ї, 3-ї групи інвалідності);

6.3.1.2. Смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

7. МІСЦЕ (ТЕРИТОРІЯ) ДІЇ ДОГОВОРУ.

7.1. Місце (територія) дії Договору визначене в Полісі;

8. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ.

8.1. Строк дії Договору визначений в Полісі;

8.2. Договір може бути укладено за одним із варіантів – «Безперервне страхування» або «Переривчасте страхування» (потрібний варіант у відповідній графі Поліса, відмічається «галочкою»):

8.2.1. «Безперервне страхування» – передбачає укладення Договору на строк однієї поїздки. Строк дії визначається у відповідній графі «Період страхування» Поліса. Страхове покриття поширюється виключно на ту кількість днів (або страховий захист діє впродовж тієї кількості днів), що встановлена у відповідній графі «Дні перебування» Поліса протягом визначеного терміну, зазначеного в графі «Період дії Договору/Valid» Поліса.

8.2.2. Якщо Договір укладено за варіантом «Переривчасте страхування», що передбачає здійснення декількох подорожей, то страхове покриття поширюється виключно на ту кількість днів (або страховий захист діє впродовж тієї кількості днів), що встановлена у відповідній графі «Дні перебування» протягом визначеного терміну, зазначеного в графі «Період дії Договору/Valid» Поліса. При цьому, після закінчення Застрахованою особою кожної подорожі, строк дії Договору, визначений в днях, зменшується на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи на території ТК «Буковель». Відповідальність Страховика за Договором припиняється з закінченням зазначеного в Договорі строку дії страхового захисту.

8.3. Якщо в Полісі в графі «Додаткові умови страхування», зазначено:

8.3.1. «Ski-пас – 1 (або більша кількість) днів катання поспіль», то Відповідальність Страховика починається з моменту активації Застрахованою особою Ski-пасу та діє виключно ту кількість днів (або страховий захист діє впродовж тієї кількості днів), що встановлена у відповідній графі «Дні перебування», що зазначено в Полісі.

8.3.2. «Ski-пас – 3 (або більша кількість) днів катання на вибір», то Відповідальність Страховика починається в день активації Ski-пасу та закінчується о 24 годині 00 хвилин цієї ж дати. При наступній активації Ski-пасу в період його чинності, Відповідальність Страховика починається з моменту активації Ski-пасу та закінчується о 24 годині 00 хвилин цієї ж дати. Страхований захист діє виключно ту кількість днів, що встановлена у відповідній графі «Дні перебування», що зазначено в Полісі.

8.3.3. У випадках коли в Полісі, в графі «Додаткові умови страхування», зазначено отримання іншої послуги ТК «Буковель», відповідальність Страховика по відношенню до кожної Застрахованої особи, діє по випадкам, які виникли під час занять будь – якими видами відпочинку на території надання послуг Туристичним курортом «Буковель» в термін дії даної послуги.

8.4. Відповідальність Страховика діє на території та в межах надання послуг ТК «Буковель».

9. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ.

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ – «Стандарт+» зазначається в Полісі та відмічається знаком .

Назва програми	Стандарт+	
Страхова сума по медичним витратам, грн на особу	40 000	
Страхова сума по страхуванню від нещасного випадку, грн на особу	10 000	
СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ		
Назва послуги:	Клас клінік *	Ліміт
1. Пошук в горах та транспортування з використанням гірської пошуково-рятувальної служби	включено	2500 г рн.
2.«Екстрена медична допомога» медична допомога, що надається Застрахованій особі спеціалізованою медично-санітарною службою екстреної медичної допомоги, безпосередньо на місці події та під час перевезення такої особи до закладу охорони здоров'я, при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму.	включено	
3. Невідкладна амбулаторна допомога. Дана послуга передбачає організацію та відшкодування вартості (в період дії Договору (відповідальності Страховика)) витрат на: 3.1. надання невідкладної медичної допомоги, яка надається в амбулаторних умовах в медичному закладі, а саме:	«В», «С», «А» медичні заклади, які розташовані в Івано-	В межах Страхової суми

<p>- первинної консультації лікаря; - діагностично-лікувальних процедур, які оплачуються за рішенням Страховика, в обсязі необхідному для надання невідкладної допомоги та стабілізації стану Застрахованої особи. - виклику лікаря в готель при підвищенні температури більше ніж 38,5 С, гіпертонічному кризі (значне підвищення АТ (> 180 та/або 120 мм рт.ст.), отруєннях – за рішенням Страховика та лімітом 650 грн.</p>	<p>Франківської області. Медичний центр на території ТК «Буковель»</p>	
<p><u>3.2. надання екстреної медичної допомоги, яка надається в умовах спеціалізованого медичного закладу (хірургічного, травматологічного) профілю, а саме:</u> 3.2.1. первинної хірургічної обробки (ПХО) ран та перев'язки – у кількості не більше 3 (трьох); 3.2.2. малих хірургічних операцій; 3.2.3. відшкодування витрат за вартість медикаментів, необхідних для надання невідкладної амбулаторної допомоги в межах 300 грн; 3.2.4. відшкодування витрат на засоби фіксації при переломах кісток, розривах зв'язок в межах 600 грн.</p>	<p>Медичний центр на території ТК «Буковель», Аптеки.</p>	<p>В межах Страхової суми</p>
<p>4. Невідкладна стаціонарна допомога. 4.1. В межах даної послуги відшкодуванню підлягають витрати на такі послуги: - перебування в палатах (стандарт), реанімаційних палатах; - харчування, передбачене умовами медичного закладу; - терапевтичного лікування (консультації лікуючого лікаря та за його рекомендацією - спеціалістів вузького профілю, діагностично-лікувальні процедури), в обсязі необхідному для надання невідкладної допомоги та стабілізації стану Застрахованої особи; - екстрених оперативних втручань (призначені лікарем, в якості надання невідкладної допомоги), які неможливо замінити курсом консервативного (терапевтичного) лікування та відкласти до повернення додому; - одноразових засобів медичного призначення (шприци, бинти, тощо), в обсязі необхідному для проведення оперативних втручань та надання невідкладної допомоги для стабілізації стану Застрахованої особи; - одноразових засобів особистого догляду, на час перебування в реанімаційній палаті.</p>	<p>«В», «С»</p>	<p>В межах Страхової суми</p>
<p>4.2. В межах даної послуги відшкодуванню підлягають витрати на: - медикаменти, призначені для лікування в стаціонарних умовах та надання екстреної допомоги</p>	<p>Аптеки</p>	<p>5000 грн.</p>
<p>- засоби фіксації при переломах кісток (в т.ч. металеві конструкції, необхідні для проведення оперативного лікування, за погодженням Страховика), розривах зв'язок;</p>	<p>Франшиза 45%</p>	
<p>- інші засоби фіксації при переломах кісток (гіпс, бинти, лангети).</p>	<p>В межах Страхової суми</p>	
<p>4.3. У випадках, коли дія Договору закінчується, а Застрахована особа перебуває на лікуванні в умовах цілодобового стаціонару і її повернення (згідно медичного висновку лікаря) неможливе за станом здоров'я відповідальність Страховика, подовжується додатково на 14 днів, починаючи з 00 годин 00 хвилин дати, яка є наступною за кінцевою датою його дії. За іншими страховими випадками, що виникли в цей додатковий період, Страховик відповідальності не несе.</p>	<p>«В», «С»</p>	<p>В межах Страхової суми</p>
<p>4. Невідкладна стоматологічна допомога. В межах даної послуги відшкодуванню підлягають (в період дії Договору (відповідальності Страховика)) витрати на: - стоматологічний огляд;</p>	<p>«В», «С», «А» (за рішенням Страховика – Медичний центр</p>	<p>800грн.</p>

- рентгенівське дослідження; - видалення зубів або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені шелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку, в обсязі необхідному для надання невідкладної допомоги та ліквідації гострого болю;	на території ТК «Буковель»	
5. Медичне транспортування. У разі необхідності, в межах даної послуги, відшкодуванню підлягають (в період дії Договору (відповідальності Страховика)) витрати на транспортування: - до найближчого медичного закладу чи лікаря; - до спеціалізованого медичного закладу з метою подальшого стаціонарного/амбулаторного лікування.	+	В межах Страхової суми
7. Репатріація тіла Застрахованої особи.	+	В межах Страхової суми
8. Невідкладна медична допомога по захворюванню «Коронавірусна хвороба (COVID-19), що викликана SARS-CoV-2 (COVID-19). В межах даної послуги відшкодуванню підлягають (в період дії Договору (відповідальності Страховика)) витрати на: - надання екстреної медичної допомоги, що надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги. - надання невідкладної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (діагностичне дослідження на COVID-19 оплачується тільки в разі позитивного результату) консультації, лікарські послуги, медикаменти; - надання невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах (діагностичні дослідження на COVID-19 оплачується тільки в разі позитивного результату), лікувальні процедури, медикаментозне лікування, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних);	«В», «С» - Державні та відомчі медичні заклади, які розташовані в Івано- Франківській області	В межах ліміту 10 000 грн.
	«В», «С»	
СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ		
- В разі смерті Застрахованої особи	100% від Страхової суми	
- В разі встановлення 1-ї групи інвалідності	90% від Страхової суми	
- В разі встановлення 2-ї групи інвалідності	70% від Страхової суми	
- В разі встановлення 3-ї групи інвалідності	50% від Страхової суми	

*** Клас клінік (відповідно до класифікації Страховика):**

«А» - приватні медичні заклади помірної цінової категорії;

«В», «С» - державні та відомчі медичні заклади.

10. ГРУПИ РИЗИКУ.

10.1. Позначення групи відповідних ризиків здійснюється в окремих клітинках графі «Група ризику» Поліса.

10.2. При страхуванні групи осіб, у випадку оформлення Договору на кожну застраховану особу відповідний ризик за кількістю осіб в групі визначається окремо в кожному Договорі.

10.3. При визначенні групи ризику:

10.3.1. **Ризик L - «Гірськолижний спорт»** - передбачає заняття гірськолижним спортом - катання на лижах, сноуборді, ковзанах, санях, тощо, під час перебування на території ТК «Буковель» в зимовий сезон;

10.3.2. **Ризик S - «Активний відпочинок»** - передбачає заняття активними видами відпочинку під час перебування на території ТК «Буковель», згідно переліку: сплав по річках; катання на підйомниках; відвідування атракціонів; VIKI ZIP; BASE - стрибки, роуп-джампінг, парашутний спорт, інші подібні види розваг, які можуть бути запропоновані під час відпочинку та перебування на території ТК «Буковель» та на території надання послуг ТК «Буковель».

11. ПОРЯДОК ВСТУПУ В ДІЮ ДОГОВОРУ.

- 11.1. Договір діє в межах оплачених у повному обсязі періодів страхування, визначених в п.9.1. Поліса.
- 11.2. Договір набуває чинності на відповідний період страхування з 00 годин 00 хвилини 01 секунд за київським часом дня, наступного за днем надходження на поточний рахунок Страховика страхової премії у повному розмірі за відповідний період страхування відповідно до п.9.1. Поліса, з урахуванням дат, визначених в п.9.1. Поліса, та діє до 23 години 59 хвилин 59 секунд за київським часом дати, визначеної в п.9.1. Поліса як дата закінчення відповідного періоду страхування, за який отримано оплату.
- 11.3. Якщо Страхувальник не сплатив або сплатив не в повному розмірі страхову премію у строки, визначені Договором, Договір вважається таким, що не набрав чинності.
- 11.4. У випадку, коли з дати, встановленої в п.9.3. Поліса, як гранична дата строку сплати страхового платежу за відповідний період страхування, пройшло 30 (тридцять) календарних днів, а за цей період часу Страхувальник не сплатив страховий платіж на поточний рахунок Страховика, то такий Договір не може бути поновлений. При цьому Договір припиняє дію з наступного дня після закінчення відповідного періоду страхування, за який отримано оплату, без попереднього повідомлення про це Страхувальника.
- 11.5. Продовження строку дії цього Договору не передбачається.
- 11.6. Відомості для сплати страхового платежу за Договором.
- 11.6.1. Міжнародний номер банківського рахунку (IBAN) Страховика для сплати страхової (-их) премії (-ій) та код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ) визначено у розділі 1.1. Поліса.
- 11.6.2. Страховий платіж вважається сплаченим з дня надходження безготівкових коштів на номер банківського рахунку Страховика.
- 11.6.3. Під час сплати страхового платежу в призначенні платежу визначається наступне: «Страховий платіж за Договором № (вказується номер Договору) від (вказується дата Договору)».

12. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

- 12.1. Підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є:
- 12.1.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 12.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою), умисного злочину (правопорушення) що призвів до настання страхового випадку;
- 12.1.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;
- 12.1.4. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;
- 12.1.5. несвоєчасне повідомлення (або неповідомлення) Страхувальником/Застрахованою особою, Страховика, про настання страхового випадку без поважних на це причин та/або створення Страховику перешкод у визначені обставин, характеру та розміру збитків, а також у реалізації права вимоги (регресу) по відношенню до особи, винної у настанні страхового випадку або порушення термінів узгодження самостійних витрат на лікування;
- 12.1.6. несвоєчасне повідомлення (або неповідомлення) Страхувальником/Застрахованою особою, Страховика про зміну ступеню страхового ризику;
- 12.1.7. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою своїх обов'язків, передбачених Договором (неподання та/або подання не в повному обсязі, та/або несвоєчасне подання документів, які необхідні Страховику для прийняття рішення щодо страхової виплати та підтвердження розміру збитків; невиконання вимог щодо своїх дій при настанні страхового випадку, в т.ч. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) медичних призначень, рекомендацій та інструкцій лікаря координатора Страховика), що призвело до додаткових витрат;
- 12.1.8. отримання Застрахованою особою послуг, види та/або обсяги яких не передбачені Договором/Програмою страхування;
- 12.1.9. будь-які події, які мають ознаки страхового випадку, але виникли поза межами строку дії (відповідальності Страховика) та/або не на території дії Договору;
- 12.1.10. будь-які події, які мають ознаки страхового випадку, але виникли до укладання Договору;

12.1.11. здійснення відпочинку та отримання послуг в ТК «Буковель» Застрахованою особою, незважаючи на медичні протипоказання до такої поїздки/послуг та всупереч рекомендаціям лікаря;

12.1.12. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;

12.1.13. несвоєчасне повідомлення (або неповідомлення) Страхувальником/Застрахованою особою, Страховика, про настання страхового випадку без поважних на це причин та/або створення Страховику перешкод у визначені обставин, характеру та розміру збитків, а також у реалізації права вимоги (регресу) по відношенню до особи, винної у настанні страхового випадку або порушення термінів узгодження самостійних витрат на лікування.

12.1.14. порушення Правил придбання та користування ski-пасами Туристичного комплексу «Буковель».

12.2. Страховик має право зменшити страхову виплату:

12.2.1. якщо Застрахована особа не вжила необхідних і доцільних заходів для запобігання та зменшення витрат, що виникають внаслідок події, передбаченої Договором, а також усунення причин, що сприяють виникненню додаткового збитку.

12.2.2. у разі невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я та - як наслідок, збільшення медичних витрат.

12.3. Страховик не визнає страховим випадком події:

12.3.1. які сталися під час військових дій або військових заходів, інтервенції, ворожих дій армій інших держав (незалежно від того була оголошена війна або ні), або їх наслідків; революцій, повстань, диверсій, громадських заворушень і страйків; тероризму, терористичного акту, технологічного тероризму, терористичної діяльності та/або антитерористичних дій; оголошення надзвичайного, особливого та військового стану, природніх катаклізмів, стихійного та/або природнього лиха;

12.3.2. які сталися у стані алкогольного (рівень етанолу в крові - більше 1.6), наркотичного та токсичного сп'яніння Застрахованої особи;

12.3.3. які сталися в результаті:

12.3.3.1. ядерного вибуху, техногенної катастрофи; застосування хімічної, біологічної, ядерної зброї;

12.3.3.2. самогубства, спроби самогубства (за винятком випадків, коли вона була доведена до цього протиправними діями третіх осіб);

12.3.3.3. грубого порушення загально прийнятих правил особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками Страховика, ТК «Буковель» та інструкціями працівників баз розміщення (готелів);

12.4. Страховик не відшкодовує наступні витрати:

12.4.1. на оплату діагностики, лікування, медичних (наприклад масаж, мануальна терапія, фізіотерапія тощо) та інших послуг, якщо вони не спрямовані на надання екстреної медичної допомоги, не є необхідними та невідкладними з медичної точки зору (за рішенням Страховика);

12.4.2. на оплату діагностики, лікування та інших послуг, призначених лікарем не на ліквідацію гострого болю, раптового захворювання, нещасного випадку (та його наслідків), а з метою планового контролю стану здоров'я Застрахованої особи (повторні/планові консультації, лабораторні/інструментальні дослідження, диспансерні огляди, профілактичні огляди);

12.4.3. на оплату діагностики, лікування та інших послуг, спрямованих на оздоровлення, реабілітацію та профілактику захворювань Застрахованої особи; профілактичне щеплення; на оплату способів лікування, офіційно не визнаних наукою та медициною та/або вважаються експериментальними (носять дослідницький характер); на оплату лікування нетрадиційними методами;

12.4.4. на оплату медичної допомоги пов'язаної з веденням або станом вагітності. Екстрена медична допомога може бути організована та сплачена Страховиком тільки до 28 тижня вагітності, у випадку наявності загрози життю вагітної застрахованої особи, при стрімкому розвитку ускладнень (в т.ч. як результат травми або хвороби);

12.4.5. на оплату вартості наступних оперативних втручань та ускладнень пов'язаних з ними:

12.4.5.1. будь-якого протезування (включаючи очне та зубне), в т.ч. протезування клапанів серця, ендпротезування суглобів; трансплантація органів та тканин; придбання, пошук та доставка органів та тканин необхідних для трансплантації;


12.4.5.2. пластичних, косметичних, реконструктивних операцій; планових оперативних втручань (в т.ч на серці, судинах);

12.4.6. на послуги з надання додаткового комфорту (палат підвищеного комфорту);

- 12.4.7. витрати і збитки через неможливість брати участь в подорожі, екскурсії, за бронювання квитків і місць у готелях, моральну шкоду;
- 12.4.8. на оплату послуг, які надаються спеціалізованою особою, що не має відповідної ліцензії на здійснення відповідної діяльності;
- 12.4.9. на медичне транспортування Застрахованої особи за відсутності клінічної необхідності та медичних показань у такому транспортуванні; на транспортування (в т.ч. за медичними показниками) за межами території України;
- 12.4.10. на лікування, медичне транспортування, та інші послуги, які передбачені Програмою страхування, якщо не були погоджені з Страховиком;
- 12.4.11. на оплату медичного обладнання та інструментарію (окрім випадків передбачених Програмою страхування);
- 12.4.12. купівлю і ремонт допоміжних засобів медичного користування, в т.ч. тих, які замінюють або корегують функцію уражених органів, зокрема окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, стентів, кардіостимуляторів, протезів, вимірювальних приладів, інвалідних візків, тростин, термометрів та інших виробів медичного призначення;
- 12.4.13. на оплату вартості апаратів для проведення діагностики в домашніх умовах та витратних матеріалів до них;
- 12.4.14. на оплату вартості засобів особистої гігієни, дезінфекції, косметичних засобів, дитячого харчування, препаратів для постійного прийому, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;
- 12.4.15. пов'язані з отриманням (підготовкою) необхідних документів, інформації та доказів, лікарських експертиз; моральної шкоди;
- 12.4.16. виплати пов'язані з організацією стаціонарного лікування, крім екстреної медичної допомоги;
- 12.4.17. виплати пов'язані з повторними консультаціями лікарів, крім випадків за рішенням Страховика, в кожному конкретному випадку, лише при ускладненнях захворювання та погіршені стану Застрахованої особи;
- 12.4.18. не покриваються виплати пов'язані з викликом лікаря в готель, крім випадків передбачених Програмою;
- 12.4.19. будь-які витрати, які не були попередньо узгоджені зі Страховиком.
- 12.5. не підлягають оплаті/відшкодуванню витрати на діагностику (в т.ч. уточнюючу), лікування та корекцію:**
- 12.5.1. епідемічних, пандемічних хвороб, (внаслідок яких була оголошена епідемія, пандемія, карантин) та особливо небезпечних інфекцій (чума, холера, натуральна віспа, геморагічна лихоманка, жовта гарячка, лихоманка Ебола, лепра, Коронавірусна хвороба (COVID-19 (SARS-CoV-2)), окрім випадків надання екстреної медичної допомоги по захворюванню «Коронавірусна хвороба», передбачених Програмою страхування;
- 12.5.2. хронічних захворювань в стадії ремісії, нестійкої ремісії, або в стадії загострення, які не потребують надання екстреної допомоги;
- 12.5.3. будь-яких захворювань, які є наслідком самолікування. Не відшкодовується вартість лікування, діагностики, та інших послуг, які не були рекомендовані лікарем;
- 12.5.4. захворювань, які виникли в результаті вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків. Лікування абстинентного синдрому;
- 12.5.5. класичних венеричних захворювань (згідно визначення ВООЗ) та інфекцій, які переважно передаються статевим шляхом та запальних захворювань сечостатевої системи, які пов'язані з ними; СНІД (ВІЛ) та подібних, а також захворювань, що є їх наслідком та інших імунодефіцитних станів; ТОРЧ інфекцій, вітряної віспи;
- 12.5.6. психічних захворювань, психологічних проблем, психо-соматичних розладів;
- 12.5.7. астми, епілепсії, алергії окрім випадків надання екстреної допомоги в об'ємі необхідному для стабілізації стану Застрахованої особи;
- 12.5.8. вроджених захворювань, вад розвитку, спадкових захворювань, професійних хвороб; хвороб, які стали причиною встановлення інвалідності; хвороб, загострення яких розвинулись до початку дії Договору;
- 12.6. За умовами страхування від нещасного випадку, Страховик не визнає страховими випадками будь-які захворювання (в т.ч. хронічні та професійні, фізіологічні відхилення), та не несе відповідальності:**
- 12.6.1. при встановленні Застрахованій особі під час дії Договору, підвищеної групи інвалідності в порівнянні

з тією групою інвалідності, що була встановлена їй до дати підписання Договору;


12.6.2. при встановленні Застрахованій особі групи інвалідності через 12 місяців з дати настання нещасного випадку;



12.6.3. Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування на підставі  пп. 12.1. та 12.3.

13. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ.

13.1. Страхувальник зобов'язаний:

13.1.1. Сплачувати страхову премію у порядку та строки, визначені в розділі 9 Поліса.

13.1.2. Перед укладенням Договору надати Страховику інформацію, яка визначена у  п. 12.2. Загальних умов, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, та протягом дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (інформації, визначеної у п. 12.2. Загальних умов) не пізніше 3 (трьох) робочих днів з дня такої зміни. Укладення Страхувальником Договору відносно особи, яка не може бути застрахована за Договором, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку.

13.1.3. Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені  розділом 14 цих Умов страхування, а також виконувати всі вимоги, встановлені в  розділі 14 цих Умов страхування.

13.1.4. Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку.

13.1.5. Перед укладенням Договору повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у т.ч. стосовно застрахованої особи, вигодонабувача.

13.1.6. При укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкта страхування.

13.1.7. До укладання та/або при укладанні Договору надати Страховику (страховому посереднику) ідентифікаційні дані для перевірки в частині законодавства щодо запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансування тероризму, фінансування розповсюдження зброї масового знищення (далі – ПВК/ФТ).

13.1.8. Повідомити Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дати настання суттєвих змін в своїй діяльності /ідентифікаційних даних, а також в інформації (даних), наданих в анкеті (опитувальнику) Страховику, подавши оновлену анкету (опитувальник) та підтверджуючі документи на виконання вимог законодавства України щодо ПВК/ФТ.

13.1.9. Надавати на усний та/або письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства ПВК/ФТ.

13.1.10. Повідомити кожен Застраховану особу за Договором про укладений на її користь Договір.

13.1.11. Своєчасно повідомити Страховика (Асистанс) про настання події, що має ознаки страхового випадку, в строк передбачений умовами Договору.


13.1.12. Виконувати умови Договору, в т.ч. узгоджувати із представником Страховика (Асистансу) всі дії, пов'язані з отриманням медичних та інших платних послуг, передбачених Договором, виконувати рекомендації та розпорядження Страховика (Асистанса). Проходити лікування за призначенням лікаря, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога, достовірно інформувати лікаря та персонал медичного закладу і Асистанс (Страховика) про стан свого здоров'я та наявні ризики його погіршення.

13.1.13. При зміні ступеню страхового ризику, про який Страхувальник знав або міг знати заздалегідь, письмово повідомити Страховика за 3 (три) робочих дні до таких змін. В інших випадках повідомити Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів від настання таких змін.

13.1.14. Застрахована особа зобов'язана, на вимогу Страховика проходити медичні огляди для підтвердження факту настання страхового випадку.

13.1.15. Повернути Страховику отриману страхову виплату, якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності були виявленні обставини, що за чинним законодавством або відповідно до Загальних умов або умов Договору, позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на одержання страхової виплати.

13.1.16. Протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання події повідомити Страховика або Асистуючу компанію за будь-яким цілодобовим номером телефону або через програми «Viber»

«WhatsApp», «Messenger», по електронній пошті чи за телефоном, що зазначений в  розділі 14 цих Умов страхування.

13.1.17. Погоджувати зі Страховиком або Асистансом всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі страхового випадку.

13.1.18. Виконувати розпорядження та/чи рекомендації Страховика або Асистансу щодо дій в разі страхового випадку.

13.1.19. Звільнити Третіх осіб від обов'язків щодо нерозголошення лікарської та таємниці страхування стосовно себе, на вимогу Асистанса (Страховика) надати таким Третім особам необхідні повноваження для надання Асистансу (Страховику) будь-якої інформації, пов'язаної з подією, що сталася.

13.1.20. Підписанням Договору, надає згоду Страховику звертатися із запитом до закладів охорони здоров'я, Правоохоронних органів та інших компетентних установ, що можуть роз'яснити з приводу обставин настання страхового випадку, в тому числі інформацію щодо стану здоров'я Застрахованої особи та отриману медичну допомогу, а також згоду на отримання Страховиком діагнозів, історій хвороб, Застрахованої особи та іншої інформації, що становить лікарську таємницю та використання отриманої інформації згідно з умовами цього Договору.


13.1.21. Сприяти вжиттю Асистансом (Страховиком) необхідних заходів щодо визначення причин та обставин страхового випадку і розміру шкоди (збитку).

13.2. Страховик зобов'язаний:

13.2.1. Ознайомити Страхувальника з цими Умовами страхування та Загальними умовами. Зазначені вище документи розміщені на сайті Страховика <https://kniazha.ua>.

13.2.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхової виплати/страхового відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі), Асистансу або спеціалізованій особі.

13.2.3. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у строк, передбачений цими Умовами страхування.

13.2.4. Повідомити Страхувальника у письмовій формі про прийняте рішення про відмову у здійсненні страхової виплати з обґрунтуванням підстави відмови у передбачений  п. 17.5 цих Умов страхування строк.

13.2.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом. З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття. Страховик, особи, які входять до складу органів управління та контролю Страховика, аудиторів, відповідальні актуарії, інші особи, які є працівниками Страховика, страхові посередники та їх працівники, інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, зобов'язані забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття. За розголошення таємниці страхування передбачено настання відповідальності згідно з чинним законодавством.

13.2.6. Зберігати в таємниці відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, за винятком випадків, передбачених законом.

13.2.7. Відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у т.ч. шляхом дострокового припинення дії Договору) або від проведення фінансової операції (виплати страхового відшкодування) у випадках, передбачених нормами законодавства ПВК/ФТ, зокрема у разі:

- якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;
- якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;
- встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;
- ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;
- подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;
- якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим;
- в інших випадках, передбачених законодавством України.

13.3. Страхувальник (застрахована особа) має право:

13.3.1. Отримати страхове відшкодування та/або отримати страхову виплату при самостійній оплаті Послуг, за умови попереднього погодження з Асистансом/Страховиком, з урахуванням умов розділів 15, 16, 17 цих Умов страхування.

13.3.2. На отримання послуг, передбачених Договором відповідно до обраної Програми страхування.

13.3.3. Оскарження у судовому порядку відмови Страховика у здійсненні страхової виплати.

13.3.4. Дострокове припинення дії Договору відповідно до умов, визначених у розділі 19 цих Умов страхування.

13.3.5. Відмову від укладеного Договору у випадках, передбачених розділом 20 цих Умов страхування.

13.4. Страховик має право:

13.4.1. Перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також виконання ним умов Договору.

13.4.2. Відмовити у страховій виплаті в разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору та повідомити про це рішення Страхувальника в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови в строк, визначений в п. 17.5 цих Умов страхування.

13.4.3. Самостійно з'ясовувати причини та обставини настання події, що має ознаки страхового випадку, а також робити запити про відомості, пов'язані з настанням такої події, до компетентних (правоохоронних) органів, підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання події. При цьому такі дії Страховика не розглядаються як визнання події страховим випадком. З цією метою Страховик має право призначати незалежних експертів/оцінювачів та замовляти проведення експертного дослідження (висновку спеціаліста експертної організації, висновку оцінювача).

13.4.4. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, вимагати зміни умов Договору або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

13.4.5. Вимагати від отримувача страхової виплати повернути отриману страхову виплату, якщо протягом встановлених чинним законодавством строків позовної давності йому стали відомі обставини, які повністю або частково звільняють Страховика від здійснення страхової виплати.

13.4.6. Відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати до моменту надання Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) усіх необхідних документів і відомостей про факт та причини настання Події.

13.4.7. Достроково припинити дію Договору.

13.4.8. Страховик має переважне право на вибір лікувального закладу.

13.4.9. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту, причин, обставин настання страхового випадку та (або) визначення розміру страхової виплати, включаючи відомості, що складають таємницю страхування, і перевіряти достовірність наданої інформації.

13.5. Застрахована особа набуває прав та обов'язків Страхувальника за Договором. Невиконання особою, відповідальність якої застрахована, обов'язків, визначених в п. 13.1. цих Умов страхування, окрім обов'язків щодо сплати страхової премії, спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх безпосередньо Страхувальником.

13.6. Страхувальник несе майнову відповідальність за несвоєчасне виконання грошового зобов'язання шляхом сплати Страховику пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно виконаного грошового зобов'язання за кожний день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше ніж подвійна облікова ставка НБУ, що діяла в період, за який нараховується пеня.

13.7. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати отримувачу страхової виплати пені в розмірі **0,01%** від суми несвоєчасно виплаченої страхової виплати за кожний день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше ніж подвійна облікова ставка НБУ, що діяла в період, за який нараховується пеня.

13.8. Сторони погодили, що у разі виникнення за Договором судового спору щодо відмови у страховій виплаті, та/або визнання події страховим випадком, та/або щодо розміру страхової виплати, та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачені чинним законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, 3% річних тощо).

13.9. Сторони звільняються від відповідальності, якщо причиною невиконання або неналежного

виконання обов'язків стали обставини непереборної сили (військові дії, масові безладдя, зміни законодавства тощо).

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

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

14.1. В разі настання події, що має ознаки страхового випадку, та необхідності отримання екстреної медичної допомоги, Застрахована особа (або інша особа), повинна негайно (протягом 24 години з моменту настання події), в будь який час доби звернутися:

14.1.1. В Медичний центр на території ТК «Буковель» та до медичного Асистансу Страховика за контактами:

тел. **0 800 213 012; + 38 (096 / 093 / 050) 244 99 11**

чат-бот Viber /



чат-бот Telegram /



e-mail: **bukovel@kniazha.ua;**

14.2. Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана надати наступну інформацію:

14.2.1. Прізвище та ім'я Застрахованої особи, яка потребує медичної допомоги.

14.2.2. Номер Договору.

14.2.3. Номер контактного телефону Застрахованої особи, яка потребує медичної допомоги та іншої супроводжуючої особи (у разі важкості стану ЗО).

14.2.4. Детальний опис випадку та характер необхідної допомоги.

14.2.5. Іншу інформацію на запит лікаря-координатора Страховика.

14.3. Лікар-координатор/лікар-куратор Страховика інформує Застраховану особу щодо її подальших дій, організовує надання медичної допомоги та надає необхідну інформаційну підтримку.

14.4. В медичному закладі Застрахована особа повинна пред'явити Договір страхування (та, в разі наявності - документ, що засвідчує особу).

15. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ ДЛЯ ПІДТВЕРДЖЕННЯ ФАКТУ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІРУ ЗБИТКІВ (ШКОДИ).

15.1. Для отримання страхової виплати/страхового відшкодування Застрахована особа (або її законні представники, якщо Застрахована особа є неповнолітньою) повинна звернутись до Страховика та надати:

15.1.1. електронну заяву «про настання події» на сайті Страховика www.kniazha.ua або письмову заяву «про настання події» (в офісі Страховика) - не пізніше 15 календарних днів з моменту закінчення лікування, або не пізніше 30 календарних днів з дати смерті Застрахованої особи/дати встановлення інвалідності, або, в разі визначення спадкоємців, – з дати отримання документу про правонаступництво;

15.1.1.1. Для отримання страхового відшкодування за самостійно оплачені витрати на репатріацію (транспортування) тіла Застрахованої особи (в разі її смерті) в результаті настання страхового випадку під час та на території дії Договору, на умовах та в межах лімітів передбачених Програмою страхування, Вигодонабувач, або інша особа, яка сплатила ці витрати, має надати письмову заяву «про настання події» (та інші документи (згідно переліку зазначеного в п.11 Договору), які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг), не пізніше 30 календарних днів з дати смерті Застрахованої особи.

15.1.2. Поліс (оригінал);


15.1.3. документи, що засвідчують особу одержувача страхової виплати (копія);

15.1.4. копію РНОКПП;

15.1.5. свідоцтво про народження Застрахованої дитини, віком до 18 років (копія);

15.1.6. документи, що підтверджують отримання послуг від ТК «Буковель» (путівка, підтвердження бронювання готелю, Ski-пас, тощо);

15.1.7. квитанція про сплату послуг ТК «Буковель» (в т.ч. екскурсійних) (копія).

15.1.8. у разі відшкодування вартості медичних витрат, додатково до зазначених в  п. 15.1, надаються наступні документи:


15.1.8.1. Оригінали документів з медичного закладу із зазначенням прізвища пацієнта (Застрахованої особи), точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальним описом про надані медичні послуги (їх перелік, вартість, загальну суму витрат);

15.1.8.2. Рецепти, виписані лікуючим лікарем Застрахованій особі, де вказані назви лікарських

засобів (оригінали);

15.1.8.3. Оригінали оплачених деталізованих рахунків, щодо наданих медичних та інших послуг, з вказаними датами, вартістю та загальною сумою до оплати;

15.1.8.4. Оригінали платіжних документів, що підтверджують факт оплати за надані послуги, а саме: квитанції про сплату послуг, касові чеки, банківські квитанції із зазначеною сумою переказу, тощо;

15.1.9. у разі відшкодування вартості витрат, пов'язаних з репатріацією (транспортуванням) тіла Застрахованої особи, додатково до зазначених в  п. 15.1., надаються наступні документи:


15.1.9.1. Свідоцтво про смерть Застрахованої особи (копія);

15.1.9.2. Лікарське свідоцтво про смерть та причину смерті Застрахованої особи (копія);

15.1.9.3. Документи, видані компетентними органами, що містять відомості щодо дати, часу, обставин, причин настання нещасного випадку або раптового захворювання;

15.1.9.4. Оригінали оплачених деталізованих рахунків та платіжних документів, щодо наданих транспортних послуг в разі репатріації тіла, платіжних документів про сплату вартості транспортування, з вказаними датами та вартістю, загальною сумою до оплати.

15.1.10. Для отримання страхової виплати по страхуванню від нещасного випадку:


15.1.10.1. в разі настання стійкої втрати працездатності (в результаті нещасного випадку) Застрахованій особі та встановленні 1-ї, 2-ї або 3-ї групи інвалідності, додатково до зазначених в  п. 15.1., Страховику надаються наступні документи:

15.1.10.1.1. Документи, видані компетентними органами (копія), що підтверджують факт настання випадку, та містять відомості відносно дати, часу, обставин та причин настання страхового випадку;

15.1.10.1.2. Оригінал документів з медичного закладу (виписки з історії хвороби стаціонарного хворого, карти амбулаторного хворого), із зазначенням прізвища пацієнта (Застрахованої особи), точним діагнозом, датою та причиною звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування;

15.1.10.1.3. Оригінали результатів інструментальних досліджень (рентгенологічні знімки, результати КТ/МРТ) та результатів лабораторних досліджень (результати лабораторної діагностики на наявність алкогольних/наркотичних речовин в крові проведених в день настання нещасного випадку);

15.1.10.1.4. Довідка медико-соціальної експертної комісії (далі – МСЕК) про встановлення групи інвалідності та карту реабілітації інваліда (копія).

15.1.10.2. в разі смерті Застрахованої особи в результаті нещасного випадку, додатково до зазначених в  п. 15.1., Страховику надаються наступні документи:


15.1.10.2.1. свідоцтво про смерть Застрахованої особи (копія), лікарське свідоцтво про смерть або довідку про причину смерті Застрахованої особи (копія);

15.1.10.2.2. копія документу, який визначає спадкоємців на страхову виплату (якщо не зазначені Вигодонабувачі за Договором);

15.1.10.2.3. Документи, видані компетентними органами (копія), що підтверджують факт настання випадку, та містять відомості відносно дати, часу, обставин та причин настання страхового випадку.

15.1.11. інші документи за запитом Страховика, що підтверджують факт, місце та дату настання страхового випадку;

15.2. Загальні вимоги до оформлення документів, які подаються Страховику для розгляду:

15.2.1. Документи, передбачені  п. 15.1. цих Умов страхування, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином. Неподання цих документів (або їх подання неналежним чином) дає Страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати або відстрочити здійснення страхової виплати до отримання належним чином оформлених документів в частині, що не підтверджена цими документами. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) в письмовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту виявлення таких порушень.

15.2.2. Всі медичні документи, що подаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та завірені належним чином (містити підписи посадових осіб, відповідні печатки), містити інформацію про назву, адресу та контактний телефон медичної установи (або спеціалізованої особи), що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери, тощо) надаються в оригіналі.

15.2.3. Якщо документи, зазначені вище, надані Страховику не в повному обсязі, не в належній формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту, тощо), виплата страхового відшкодування не здійснюється до усунення цих недоліків.

15.2.4. Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування в частині збитку, що не


підтверджена відповідними документами.

16. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

16.1. При настанні страхового випадку за умовами страхування медичних витрат страхування відпочиваючих на території надання послуг ТК «Буковель», Страховик гарантує виплату страхового відшкодування (документально підтверджених витрат), тільки в межах страхової суми, та/або в межах лімітів, передбачених Програмою страхування.

16.1.1. Якщо загальна сума виплат, за наданими рахунками, перевищує зазначену в Договорі страхування страхову суму, то в першу чергу відшкодовуються витрати на лікування, а потім, в разі смерті Застрахованої особи - витрати на перевезення тіла.

16.1.2. Якщо Застрахована особа отримала страхову виплату від осіб, винних у заподіянні збитків, Страховик виплачує різницю між сумою, яка підлягає виплаті та сумою, отриманою Застрахованою особою від цих осіб.

16.2. При настанні страхового випадку за умовами страхування від нещасного випадку, Застрахована особа (або її законні представники)/Вигодонабувач/спадкоємці, має надати письмову заяву «про настання події» (та інші документи (згідно переліку зазначеного в  розділі 15 цих Умов страхування), які підтверджують факт настання страхового випадку.

16.2.1. Розмір страхової виплати, по страхуванню від нещасного випадку:

16.2.1.1. в разі стійкої втрати працездатності (в результаті нещасного випадку) та встановленні 3-ї групи інвалідності в результаті нещасного випадку – 50% від страхової суми;

16.2.1.2. в разі стійкої втрати працездатності (в результаті нещасного випадку) та встановленні 2-ї групи інвалідності в результаті нещасного випадку – 70% від страхової суми;

16.2.1.3. в разі стійкої втрати працездатності (в результаті нещасного випадку) та встановленні 1-ї групи інвалідності в результаті нещасного випадку – 90% від страхової суми;

16.2.1.4. в разі смерті Застрахованої особи в результаті нещасного випадку – 100% від страхової суми.


16.3. Загальний розмір сплачених страхових відшкодувань за Договором не може перевищувати розміру відповідних страхових сум.

17. УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.


17.1. При настанні страхового випадку за умовами страхування медичних витрат

17.1.1. Страховик, в межах страхової суми (лімітів відповідальності) здійснює відшкодування витрат:

17.1.1.1. Медичному закладу вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг та/або фармацевтичному/аптечному закладу вартості лікарських засобів та/або медичних виробів, передбачених Програмою страхування. Порядок та терміни сплати рахунків Медичного та/або фармацевтичного/аптечного закладу обумовлені в договорі про співпрацю між Страховиком та закладом;

17.1.1.2. Застрахованій особі (або її законним представникам, якщо Застрахована особа є неповнолітньою), за самостійно оплачену вартість лікування, медичних послуг, передбачених Програмою страхування та умовами Договору. Відшкодування витрат відбувається на підставі документів (згідно переліку зазначеного в  розділі 15 Договору), які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг, за вирахуванням франшизи (якщо франшиза передбачена Договором), та за умови, що такі витрати були попереднього узгодженні Застрахованою особою з Страховиком в строк та на умовах передбачених цим Договором.

17.1.1.3. Вигодонабувачу або іншій особі, за самостійно оплачені витрати на репатріацію (транспортування) тіла Застрахованої особи (в разі її смерті) в результаті настання страхового випадку під час та на території дії Договору, на умовах та в межах лімітів передбачених Програмою страхування. Відшкодування витрат відбувається на підставі документів, які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг, за умови, що такі витрати були письмово погодженні Страховиком.

17.2. При настанні страхового випадку за умовами страхування від нещасного випадку, Застрахована особа (або її законні представники)/Вигодонабувач/спадкоємці, має надати письмову заяву «про настання події» (та інші документи (згідно переліку зазначеного в  розділі 15 Договору), які підтверджують факт настання страхового випадку.

17.3. Рішення про страхову виплату, або відмову в страховій виплаті, приймається Страховиком на підставі всіх необхідних (та належним чином завірених) документів, протягом 30 (тридцяти) робочих днів, про що складає відповідний Страховий Акт.

17.4. Страхова виплата/відшкодування здійснюється протягом 20 (двадцяти) робочих днів, з дати підписання Страхового Акту. Виплата страхового відшкодування здійснюється в безготівковій формі відповідно до умов Договору. Днем виплати страхового відшкодування вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика.

17.5. У випадку, прийняття рішення про відмову в страховій виплаті, Страховик повідомляє Страхувальника протягом 5 (п'яти) робочих днів – письмово, з обґрунтуванням причин відмови.

18. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

18.1. Підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є

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

18.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою), умисного злочину (правопорушення, яке визнається таким за законами, що діють в країні тимчасового перебування (за кордоном), або за законами, що діють в Україні), та призвів до настання страхового випадку;

18.1.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;

18.1.4. несвоєчасне повідомлення (або неповідомлення) Страхувальником/Застрахованою особою, Асистансу (Страховика), про настання страхового випадку без поважних на це причин та/або створення Страховику перешкод у визначені обставин, характеру та розміру збитків, а також у реалізації права вимоги (регресу) по відношенню до особи, винної у настанні страхового випадку або порушення термінів узгодження самостійних витрат на лікування;

18.1.5. несвоєчасне повідомлення (або неповідомлення) Страхувальником/Застрахованою особою, Страховика про зміну ступеню страхового ризику;

18.1.6. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою своїх обов'язків, передбачених Договором (в т.ч. неподання та/або подання не в повному обсязі, та/або несвоєчасне подання документів, які необхідні Страховику для прийняття рішення щодо страхової виплати та підтвердження розміру збитків); невиконання вимог щодо своїх дій при настанні страхового випадку, в т.ч. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) медичних призначень, рекомендацій та інструкцій Асистансу, що призвело до додаткових витрат; відмова Застрахованої особи від проходження медичного огляду, призначеного за вимогою Страховика, для підтвердження факту настання страхового випадку; тощо);

18.1.7. отримання Застрахованою особою послуг, види та/або обсяги яких не передбачені Програмою страхування;

18.1.8. будь-які події, які мають ознаки страхового випадку, але виникли поза межами строку дії та/або не на території дії Договору;

18.1.9. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором.

18.2. Страховик має право зменшити страхову виплату у разі невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я та – як наслідок, збільшення медичних витрат.

19. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ.

19.1. Всі зміни і доповнення, що вносяться до Договору після його укладання, приймаються за домовленістю Сторін шляхом укладання додаткової угоди/додаткового договору до Договору, що є невід'ємними частинами Договору. Про намір внести зміни та (або) доповнення до Договору Сторона-ініціатор зобов'язана письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до бажаної дати (прогнозованого) внесення змін та (або) доповнень. Сторони погоджуються, що пропозиції про внесення змін та доповнень до Договору можуть бути запропоновані шляхом направлення листа однієї Сторони Договору іншій електронною поштою, засобами поштового зв'язку за адресами Сторін Договору, визначеними у розділах 1, 2 Поліса. Якщо будь-яка зі Сторін не згодна на внесення змін та/або доповнень до Договору, то протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту остаточного розгляду пропозиції про внесення змін та/або доповнень до Договору, вирішується питання про його дію на попередніх умовах або про припинення його дії.

- 19.2. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
- 19.2.1. Закінчення строку дії Договору.
 - 19.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.
 - 19.2.3. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків, передбачених нормами Закону України «Про страхування»).
 - 19.2.4. Смерті Застрахованої особи;
 - 19.2.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.
 - 19.2.6. Якщо протягом дії Договору виявлено, що на Страхувальника накладено санкції Європейського Союзу, Великобританії, США (OFAC), Ради національної безпеки і оборони України (РНБО) - з дати внесення такої особи до списків та/або з дати виявлення відповідної обставини.
 - 19.2.7. Якщо протягом дії Договору виявлено, що Страхувальника внесено до переліку терористів - з дати внесення такої особи до списків та/або з дати виявлення відповідної обставини.
 - 19.2.8. Набрання законної сили рішення суду про визнання Договору недійсним.
 - 19.2.9. після транспортування Застрахованої особи із-за кордону до України (Медична евакуація).
 - 19.2.10. В інших випадках, передбачених законодавством України.
- 19.3. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Дія Договору не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору.
- 19.4. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.
- 19.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.
- 19.6. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.
- 19.7. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю.
- 19.8. При достроковому припиненні дії Договору у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.
- 19.9. При припиненні дії Договору відповідно до п. 19.2.6. – п. 19.2.7. цих Умов страхування, порядок повернення страхової премії здійснюється у порядку норм законодавства України в сфері фінансового моніторингу.
- 19.10. Повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору.
- 19.11. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання 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.
- 19.12. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

20. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ.

- 20.1. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня його укладення та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви в письмовій (електронній) формі, окрім випадків, передбачених законодавством, зокрема:
- 20.1.1. Якщо строк дії Договору становить менше 30 календарних днів.
 - 20.1.2. Якщо за Договором повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку.
- 20.2. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору, такий Договір вважається не укладеним,

а Сторони Договору повинні повернути одна одній все отримане за Договором і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором.

20.2.1. Повернення страхової премії здійснюється виключно в безготівковій формі за реквізитами, які визначені в заяві.

20.2.2. Датою припинення Договору (відмови від Договору) є дата отримання Страховиком заяви із зазначенням реквізитів.

20.2.3. Строк повернення страхової премії – протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору із зазначенням реквізитів.

21. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

21.1. Всі спори щодо невиконання або неналежного виконання умов Договору вирішуються шляхом переговорів та, при необхідності, із залученням незалежних експертів. При неможливості вирішення спорів шляхом переговорів, вони вирішуються у порядку, встановленому чинним законодавством України, в т.ч. шляхом звернення до суду.

21.2. При вирішенні питань, що не врегульовані Договором та Загальними умовами, Сторони керуються законодавством.

22. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СТРАХУВАЛЬНИКІВ (СПОЖИВАЧІВ) СТРАХОВИКОМ.

22.1. Страховик розглядає і вирішує звернення Страхувальників (споживачів) у термін не більше 1 (одного) місяця від дня їх надходження, а ті, які не потребують додаткового вивчення, – не пізніше 15 (п'ятнадцяти) днів від дня їх отримання. Якщо в місячний термін вирішити порушені у зверненні питання неможливо, уповноважена особа Страховика встановлює необхідний термін для його розгляду, що не може перевищувати 45 (сорока п'яти) днів. Звернення може бути:

- усним – за допомогою засобів телефонного зв'язку за номером цілодобової гарячої лінії Страховика **0 800 501 486**;

- письмовим – на електронну адресу Страховика reception@kniazha.ua або засобами поштового зв'язку на адресу Головного офісу Страховика (вул. Глибочицька, 44, м. Київ, 04050, Україна).

У зверненні має бути зазначено прізвище, ім'я, по батькові, адреса/місце перебування, викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення повинно бути підписано заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні також має бути зазначено електронну поштову адресу, на яку заявнику може бути надіслано відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку з ним. Застосування електронного цифрового підпису 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 автором (авторами), а також те, з якого неможливо встановити авторство, визнається анонімним і розгляду не підлягає. Не розглядаються повторні звернення від одного й того ж споживача з одного й того ж питання, якщо перше вирішено по суті, а також ті скарги, які подано з порушенням термінів, передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

Скарга на дії чи рішення Страховика подається у порядку:

- до Національного банку України (на електронну пошту nbu@bank.gov.ua, використовуючи спеціальну форму <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>; або на адресу вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601, Україна, тел: 0 800 505 240);

- безпосередньо до суду, в т.ч. у разі незгоди Страхувальника (споживача) з прийнятим за скаргою рішенням (звернення до Національному банку України не позбавляє права Страхувальника (споживача) звернутися до суду відповідно до чинного законодавства).

Інші умови порядку вирішення спорів визначені у розділі 23 цих Умов страхування.

23. ІНШІ УМОВИ.

23.1. Цей Договір 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 Договором.

23.2. Фактична частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням цього

Договору, становить **70 %** страхового платежу.

23.3. Страховик здійснює ідентифікацію та верифікацію Страхувальника (клієнта) до укладання або під час укладання Договору самостійно та/або із залученням страхового посередника. Ідентифікація та верифікація Страхувальника (клієнта) здійснюється:

- для фізичних осіб - якщо загальний страховий платіж за Договором дорівнює або перевищує 27 000 (двадцять сім тисяч) гривень або в інших випадках, передбачених законодавством України;
- для юридичних осіб – всіх, без обмежень.

У випадках, визначених чинним законодавством України, при проведенні фінансових операцій, щодо яких необхідна ідентифікація, верифікація та вивчення страхувальників (клієнтів) при здійсненні фінансового моніторингу, Страхувальник (Вигодонабувач та/або застраховані особи) зобов'язаний надати Страховику дані та копії документів, які передбачені згідно з вимогами Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

Страховик може використовувати інші методи проведення ідентифікації та верифікації Страхувальника (клієнта), визначені нормами законодавства України та внутрішніми документами Страховика.

23.4. У будь-якому випадку відшкодуванню не підлягають збитки, які виникли внаслідок втрати, пошкодження, знищення, ушкодження, перекручення, стирання, псування електронних даних з будь-якої причини в будь-якому електронному/електромеханічному обладнанні/устаткуванні (ІТ-системі/комп'ютері, програмному забезпеченні тощо), в т.ч., але не обмежуючись, внаслідок комп'ютерного вірусу, а також збитки, що виникли безпосередньо або опосередковано внаслідок втрати можливостей використання предмету Договору та зниження його функціональності внаслідок подій, що визначені в цьому пункті Договору.

Електронні дані - факти, концепції, інформація, що перетворені в форму, яку можна використовувати для зв'язку, інтерпретації або обробки за допомогою електронного/електромеханічного обладнання для обробки даних або електронно-керованого устаткування, та включають в себе програми, програмне забезпечення та інші закодовані інструкції для обробки і маніпуляцій даними або для контролю і маніпуляцій за таким обладнанням.

Комп'ютерний вірус - набір спотворюючих, шкідливих або іншим чином несанкціонованих інструкцій або коду, включаючи набір зловмисно ведених несанкціонованих інструкцій або програмного, або іншого коду, які поширюють себе через комп'ютерну систему або через мережу будь-якого типу.

23.5. Незважаючи на будь-які інші умови цього Договору, Страховик не надає страхове покриття і не здійснює платежі будь-якого характеру та не надає послуги або виплати будь-якого характеру

- будь-якому Страхувальнику/Вигодонабувачу/третій особі за цим Договором в тій мірі, в якій надання такого покриття, проведення страхової виплати або здійснення страхового відшкодування піддаватиме Страховика будь-яким санкціям, заборонам або обмеженням згідно з резолюціями Організації Об'єднаних Націй або торгово-економічними санкціями, законами чи правилами Європейського Союзу, України або Сполучених Штатів Америки (за умови, що це не порушуватиме будь-які норми чи конкретні закони України, що застосовуються до Страховика).

- у випадку застосування до Страхувальника або до особи, яка має право на отримання страхової виплати, обмежувальних заходів (санкцій) відповідно до санкційного законодавства України (Закон України «Про санкції», Положення про реалізацію спеціальних економічних та інших обмежувальних заходів (санкцій), затверджене постановою Правління НБУ від 11.05.2023 № 65, інших нормативно-правових актів у сфері санкційного законодавства зі змінами та доповненнями), які унеможливають подальшу співпрацю зі Страхувальником та/або здійснення виплати страхового відшкодування. Виконання Страховиком обов'язків здійснюється після зняття санкційних (спеціальних економічних обмежень) зі Страхувальника.

23.6. Страховик є платником податку на прибуток на умовах п. **141.1** статті **141** Податкового кодексу України.

23.7. Страховик не вважається зобов'язаним надавати страхове покриття та не зобов'язаний здійснювати страхове відшкодування чи здійснювати інші платежі за цим Договором в тій мірі, в якій дане страхове покриття, таке страхове відшкодування або здійснення інших платежів наражає Страховика на порушення будь-якої санкції, заборони чи обмеження згідно з резолюціями Організації Об'єднаних Націй або торговими чи економічними санкціями, законами або правилами Європейського Союзу, України або Сполучених Штатів Америки (за умови, що це не порушує будь-які правила або національне законодавство, що застосовується до Страховика).

23.8. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує:

23.8.1. Що він належним чином та в повному обсязі ознайомлений з усіма умовами Договору, які викладені в усіх розділах Договору, і погоджується з ними та зобов'язується їх виконувати в повному обсязі.

23.8.2. Що до укладання цього Договору Страхувальник повідомив Страховика про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.

23.8.3. Що до укладання цього Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та Закону України «Про страхування» Страховик (страховий посередник) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією (про Страховика, про страхового посередника, про страховий продукт) у випадках, в обсязі та в порядку, що передбачені законодавством; інформація про Страховика, про стандартний страховий продукт, що є доступною на вебсайті Страховика <https://kniazha.ua>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання цього Договору не нав'язане йому іншою особою; цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору.

23.8.4. Надання безвідкличної згоди Страховику на обробку (збір, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання та поширення, розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення його персональних даних з метою здійснення статутної діяльності, в т.ч. для забезпечення реалізації відносин, що виникають з укладеного Договору (враховуючи перестрахування), з метою формування статистичних даних, а також з метою організації поштових розсилок, розсилок SMS, Viber-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника в цілях надання інформації про виконання Договору, в маркетингових цілях передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших компаній фінансової групи ВІЄННА ІНШУРАНС ГРУП в Україні.

23.8.5. Отримання повідомлення про права суб'єкта даних згідно з Законом України «Про захист персональних даних».

23.8.6. Що Застраховані особи (їх законні представники) ознайомлені з умовами цього Договору, та надали свою згоду на обробку їх персональних даних, відповідно до розділу 23 цих Умов страхування. Страховик здійснює захист переданих йому Страхувальником персональних даних Застрахованих осіб відповідно до вимог чинного законодавства України.

23.8.7. Що отримав згоду Застрахованих осіб (їх законних представників) на укладення цього Договору щодо них та страхування їх згідно з умовами цього Договору. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладанням цього Договору Страхувальник надає Страховику персональні дані Застрахованих осіб за Договором, та підтверджує, що він отримав згоду на їх поширення. Страхувальник підтверджує законність отримання персональних даних Застрахованих осіб, наявність згоди Застрахованих осіб (їх законних представників) на обробку персональних даних та згоди на передачу персональних даних Страховику, а також згоди на передачу їх персональних даних Страховиком Страхувальнику.

23.9. Укладаючи Договір, Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику та Асистуючій компанії згоду на отримання Страховиком від третіх осіб (медичних та інших закладів, лікарів приватної практики, свідків настання випадку тощо), які надавали медичні або інші послуги Застрахованій особі, своїх персональних, медичних та інших даних, які становлять лікарську таємницю, медичну інформацію про стан свого здоров'я, лікування, встановлені діагнози, а також обставини настання випадку тощо).

23.10. Сукупність інформації про клієнта (страхувальника) та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням цього Договору та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту (страхувальнику) є таємницею страхування. Страховик, особи, які входять до складу органів управління та контролю страховика, аудитори, відповідальні актуарії, інші особи, які є працівниками страховика, страхові посередники та їх працівники, інші особи, яким страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, зобов'язані забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття. За розголошення таємниці страхування передбачено настання відповідальності згідно з чинним законодавством.

