

Оферта (пропозиція) №132-2025 від 01.05.2025 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 «УКРАЇНСЬКА 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 «УКРАЇНСЬКА 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, укладати 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

Offer No. 132-2025 dated 01/05/2025 to conclude the package Insurance Agreement for Those Having a Rest at Bukovel TC Based on the Standard Insurance Product “Travel to Bukovel”.

1. This Offer (hereinafter the “Offer”) is the official proposal of **PRIVATE JOINT-STOCK COMPANY “UKRAINIAN INSURANCE COMPANY “KNIAZHA VIENNA INSURANCE GROUP”** (EDRPOU code 24175269), registered as a financial institution by Order of the State Commission for Regulation of Financial Services Markets No. 1224 dated 24/06/2004 (hereinafter the “Insurer”), which is designated for an unlimited circle of consumers, to conclude with the Insurer the package insurance agreement for those having a rest at Bukovel TC based on the standard insurance product “Travel to Bukovel” (hereinafter the “Agreement”) in accordance with the Insurance Terms and Conditions to the Package Insurance Agreement for Those Having a Rest at Bukovel TC Based on the Standard Insurance Product “Travel to Bukovel”, which are an integral part of this Offer (Annex No. 1).

2. The Insurer is **PRIVATE JOINT-STOCK COMPANY “UKRAINIAN INSURANCE COMPANY “KNIAZHA VIENNA INSURANCE GROUP”**, represented by Dmytro Oleksiiiovych Grytsuta, the Chairman of the Board, and Ihor Zinoviiiovych Zhyzhara, the Deputy Chairman of the Board, acting by virtue of the Articles of Association.

3. The Insurer may be represented by the insurance intermediary, acting on the basis of and under the conditions stipulated in the Agency Agreement concluded with the Insurer. The insurance intermediary shall perform some of the Insurer’s insurance activity and may conclude Insurance Agreements, receive insurance premiums, perform works associated with insurance benefits and insurance indemnity.

4. The Insurer’s business address is **44 Hlybochytska Str., Kyiv, 04050, web: www.kniazha.ua**

5. This Offer is a proposal to conclude the Agreement in electronic form in accordance with Articles 207, 638, 642 of the Civil Code of Ukraine and Articles 11, 12, 13 of the Law of Ukraine “On Electronic Commerce”.

6. The insurance is carried out under the terms and conditions stipulated herein, by insurance classes 18 “Insurance of expenses related to the provision of assistance to persons who are in a difficult situation during the trip”, and 1 “Insurance against an accident (including in case of an industrial injury and occupational disease)”, on the basis of the License

Ліцензії, виданої Національним банком України від 23.04.2024 щодо діяльності із страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування) за повним переліком всіх класів (ризиків в межах класів) прямого страхування та вхідного перестрахування 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

issued by the National Bank of Ukraine on 23/04/2024 for insurance activities (direct insurance and inward reinsurance) under a complete list of all classes (risks within classes) of direct insurance and inward reinsurance and in accordance with Law of Ukraine No. 1909-IX dated 18/11/2021 “On Insurance” and the General Terms and Conditions of the insurance product “Package Insurance Agreement for Those Having a Rest at Bukovel TC” approved by Order 120/2024 dated 27/06/2024, in force from 01/07/2024 (hereinafter the “General Terms and Conditions”). You can read the General Terms and Conditions here: <https://kniazha.ua/about/strakhovi-produkty>.

7. Procedure for Concluding and Signing the Agreement:

7.1. To conclude the Agreement, the client must go to the Insurer's website www.kniazha.ua / software mobile application (if the Agreement was concluded using software application) / the website of the insurance intermediary (if any), or go directly to the Insurer's or insurance intermediary's office and choose desired insurance conditions. Then, provide the Insurer with the information necessary to conclude the Agreement, including information necessary for his/her identification and verification.

7.2. On the basis of the information provided by the client, the Insurer shall form a Draft of the individual part of the Agreement — the Policy (containing a link to the Offer), and provide it to the client for review. Formation and receipt of the Draft Policy do not oblige the client to subsequently enter into the Insurance Agreement. The draft of the individual part of the Agreement — the Policy can be provided by:

- sending a file in pdf format to the e-mail address specified by the client;
- sending a file in pdf format or a link to such document using the contact details specified by the client;
- displaying a document in software mobile application.

7.3. Before accepting the terms and conditions of the Insurance Agreement, the client shall check his/her data, chosen insurance terms and conditions, and confirm their accuracy.

7.4. After the client confirms information specified in the Draft Policy and agrees with the terms and conditions of the Insurance Agreement, the Insurer shall send to the client a message with a one-time identifier for signing the Policy to the phone number / e-mail address provided by the client.

7.5. Unconditional acceptance of the Insurer's Offer to conclude the Insurance Agreement in electronic form shall be the signing of the Policy by

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.

7.6. Зі сторони 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 укладання Договору страхування (від початку ініціювання процесу укладання Договору страхування до завершення його укладання) 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

the client by affixing an electronic signature using a one-time identifier in accordance with the requirements of Article 12 of the Law of Ukraine “On Electronic Commerce” and payment of the insurance premium.

7.6. On the part of the Insurer, the Agreement shall be signed with a qualified electronic signature of a person authorised by the Insurer to sign insurance agreements, affixed by such person with a qualified electronic time stamp. An advanced electronic signature may be used during martial law and six months after its termination for signing an electronic Insurance Agreement on the part of the Insurer/person authorised by the Insurer to sign insurance agreements.

7.7. The Agreement execution date and time shall be the date and time indicated on the qualified electronic time stamp of the electronic signature of the person authorised by the Insurer.

7.8. After signing the Insurance Agreement, the Insurer/insurance intermediary shall immediately send the Insurance Agreement or a link thereto to the e-mail address / other contact details of the Policyholder provided by the latter at contracting.

7.9. At the Policyholder's request, the Insurer/insurance intermediary shall repeatedly send the signed Insurance Agreement to the e-mail address / other contact details of the Policyholder provided by the latter at contracting.

7.10. The Insurer undertakes to prepare the Insurance Agreement in paper form within five (5) business days upon receipt of such a request from the Policyholder. Such a copy of the Insurance Agreement shall be signed by the Parties and affixed with their seal (if available).

8. Consecutive actions of the Insurer and the Policyholder with a record of the timing of actions during the conclusion of the Insurance Agreement (from the beginning of the initiation of the process of conclusion of the Insurance Agreement till the completion of its conclusion) shall be stored in the Insurer's electronic database.

9. By signing the Insurance Agreement using a one-time identifier, the Policyholder:

9.1. Confirms that he/she has received from the Insured Persons and forwards to the Insurer consent to the Insurer submitting inquiries to healthcare facilities, Law Enforcement Authorities and other competent institutions that can furnish explanations on

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 ВІЕННА 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.

circumstances of the insured event, including information on the Insured Person's state of health and the medical aid granted, as well as consent to the Insurer obtaining diagnoses, case records of the Insured Person and other information constituting confidential patient information, and using such information in accordance with the terms and conditions of this Agreement.

9.2. Gives the Insurer the permission to process his/her personal data and personal data of the Insured Persons for the purposes associated with performance of the terms and conditions of the Agreement by the Parties, without limitation of the term of storage and processing, as well as for the purposes of communication with the Policyholder to furnish information on the performance of the Agreement, to organise newsletters, text and Viber messaging and e-mail messaging to the Policyholder's address, to send information and advertising notices of the Insurer's services, as well as services of VIENNA INSURANCE GROUP UKRAINE, and for any other purposes consistent with the legislation of Ukraine. The Policyholder confirms that he/she has been informed of his/her rights in connection with personal data storage and processing in accordance with the effective legislation, of the purposes of data processing and the entities to which his/her personal data are transferred.

9.3. The Policyholder confirms that prior to the conclusion of the said Insurance Agreement, the Insurer was additionally provided with the information stipulated by Part 5 of Article 9 of the Law of Ukraine "On Financial Services and Financial Companies". The Policyholder confirms that he/she has received answers to all the questions and exhaustive information on the services, in the understandable terms, has made sure that there are suitable cooperation terms and conditions, and has consciously and freely selected the service.

10. In any other matters not stipulated and regulated by this Offer, the Parties shall be governed by the General Terms and Conditions for the insurance product and the laws of Ukraine.

11. Any amendments to this Offer shall be made by posting the restated Offer on the Insurer's website at www.kniazha.ua.

12. The Insurance Agreements concluded based on the Offer before the amendments entered into force shall remain in full force and effect under the terms and conditions in effect as of the date of the Insurance Agreement.

13. In case this Offer is terminated, the Insurer shall not be released from its obligations under the Insurance Agreements concluded based on this Offer.

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

14. The Insurer/insurance intermediary shall carry
out verification and identification of the Policyholder
on the basis of the information and documents
submitted by the Policyholder.

Страховик/ The Insurer:

Голова Правління/ Chairman of the Board

**Дмитро ГРИЦУТА/
Dmytro GRYTSUTA**

**Заступник Голови Правління/
Deputy Chairman of the Board**

Ігор ЖИЖАРА/ Ihor ZHYZHARA

Додаток №1 до Оферти (пропозиції) №132-2025 від 01.05.2025 укласти комплексний Договір страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» за стандартним страховим продуктом «Подорожуй в Буковель».

Annex No. 1 to Offer No. 132-2025 dated 01/05/2025 to conclude the package Insurance Agreement for Those Having a Rest at Bukovel TC Based on the Standard Insurance Product “Travel to Bukovel”.

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

Insurance Terms and Conditions to the Package Insurance Agreement for Those Having a Rest at Bukovel TC Based on the Standard Insurance Product “Travel to Bukovel” (hereinafter the “Insurance Terms and Conditions”).

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) №132-2025 від 01.05.2025 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 перестрахування) за повним переліком всіх класів (ризиків в межах класів) прямого страхування та вхідного перестрахування 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

1. GENERAL PROVISIONS.

1.1. The Insurance Agreement (hereinafter the “Agreement”) shall mean an agreement between the Insurer and the Insured under which the Insurer undertakes to pay the Insured/the Insured Person or the other person designated in the Agreement the insurance benefit upon occurrence of the insured event, whereas the Insured undertakes to pay insurance premiums within the established time frames and perform other terms and conditions of the Agreement. The Agreement consists of integral parts — the Policy (individual part) and Offer No. 132-2025 dated 01/05/2025 to conclude the Package Insurance Agreement for Those Having a Rest at Bukovel TC Based on the Standard Insurance Product “Travel to Bukovel”, which is posted on the Insurer’s website at www.kniazha.ua. This Agreement Offer is made in electronic form in accordance with the Law of Ukraine “On Electronic Commerce”, which is equivalent to the written form. The Parties undertake to reproduce the Agreement in hard copy, where necessary.

1.2. This Agreement is comprehensive: it is concluded on the basis of the License issued by the National Bank of Ukraine on 23/04/2024 for insurance activities (direct insurance and inward reinsurance), under a complete list of all classes (risks within classes) of direct insurance and inward reinsurance and in accordance with Law of Ukraine No. 1909-IX dated 18/11/2021 “On Insurance”.

1.3. The Agreement is concluded by insurance classes 18 “Insurance of expenses related to the provision of assistance to persons who are in a difficult situation during the trip” and 1 “Insurance against an

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; судом; ядуха; травми (поранення, переломи, вивихи, опіки, важкі забої, травми голови).

2.2. Нещасний випадок – раптова, короточасна, 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.

accident (including in case of an industrial injury and occupational disease)».

2. DEFINITIONS.

2.1. Emergency medical care shall mean the medical care necessary based on life indicators, non-provision (or delayed provision) of which can result in the considerable or long-term disorder dysfunction of the body or its individual organ, severe complications or death of the Insured Person (electric shock, a lightning strike; heat strokes, hypothermia; asphyxia of any type (drowning, foreign items getting into airways); acute poisoning (except for alcohol and/or narcotic one); bites by animals/poisonous snakes/poisonous insects; asthma (asthmatic attack); shock of any aetiology; renal/hepatic colic; breast pang or arrhythmia attack; acute abdomen; haematemesis; external bleeding; loss of consciousness; convulsions; choking; injuries (wounds, broken bones, twisted bones, burns, severe bruises, head injuries).

2.2. Accident means a sudden, short-term, unexpected, incidental, unpredictable event beyond the will of the Insured (the Insured Person) that occurs during the term and in the territory of the Insurance Agreement and results in injuries (bodily injuries), a health disorder (either temporary or permanent), or death of the Insured Person, namely: injuries (injured tissues, broken or twisted bones, breakage of organs (either full or partial)); wounds, foreign objects in bodies and tissues, burns, cold injuries; drowning; electric shock (including a lightning strike); asphyxia (choking).

2.3. Insurance Programme is a list of medical and additional services with the specific scope and types of insurance approved by the Parties; such services will be organised and/or paid for the Insured Person upon occurrence of the insured event.

2.4. Sudden disease shall mean acute, abrupt deterioration of health in connection with the unexpected disease (acute disease, exacerbation or complication of chronic disease) or injury of the Insured Person during the term and in the territory of the Agreement that poses a threat for his/her health and/or life and requires emergency medical care.

2.5. Insured amount is the monetary amount within which the Insurer shall pay an Insurance Benefit upon occurrence of the insured event in accordance with the

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 та становить певний відсоток від страхової суми.

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 проходження через гірськолижний витяг ТК «Буковель».

2.11. Екскурсійні послуги (екскурсійний маршрут, екскурсійна 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. Послуги аквапарку «Мавка» - послуги зазначені на сайті - <http://bukovel.com> та/або <https://bukovel24.com>.

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

insurance terms and conditions. The insured amount is specified in the Policy.

2.6. Insurance premium (insurance contribution) is payment for the insurance to be made by the Policyholder to the Insurer directly or via the Insurer's agent in accordance with the Agreement before or on the date specified in the Agreement as its effective date, in accordance with the effective legislation of Ukraine. The insurance premium shall be paid lump-sum in full for the entire insurance period. The date of payment of the insurance premium shall be the date when funds are transferred to the settlement account of the Insurer or its agent. The size of the insurance premium shall be specified in the Policy.

2.7. Insurance rate is the rate of the insurance premium per unit of the insured amount for the specific insurance period. The insurance rate is specified in the Policy.

2.8. Deductible is a portion of the losses that is not indemnified for by the Insurer. Deductible shall be specified in the Policy and is a certain percentage of the insured amount.

2.9. Ski pass is a season ticket (a physical carrier made as a plastic card) that enables using ski lifts of Bukovel TC, which is located in the Village of Polianytsia, Yaremche Town Council, Ivano-Frankivsk Region.

2.10. Ski pass activation is carried out during the first passage through the ski lift of Bukovel TC.

2.11. Excursion services (excursion route, excursion programme) are services provided by Bukovel TC (posted at <http://bukovel.com>).

2.12. Hotel services are services specified on the website of Bukovel TC at <http://bukovel.com> and/or <https://bukovel24.com>, as well as services of other hotels in the territory of Bukovel TC, which is located in the Village of Polianytsia, Yaremche Town Council, Ivano-Frankivsk Region.

2.13. Artek-Bukovel Children's Camp is services specified on the website at <http://bukovel.com> and/or <https://bukovel24.com>.

2.14. Mavka Water Park services are services specified on the website at <http://bukovel.com> and/or <https://bukovel24.com>.

2.15. The Policyholder is a legal entity or a legally capable natural person who has concluded the Agreement with the Insurer.

2.16. 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.

2.17. 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», аквапарку «Мавка») 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.

2.18. 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.

2.16. Beneficiary is a person designated by the Policyholder to receive the appropriate amounts of insurance benefits in case of the Policyholder's death. In case the Beneficiary is not stipulated in the Agreement, the insurance indemnity/insurance benefit may be received by an heir (heirs) or other persons in accordance with the effective legislation of Ukraine.

2.17. The Insured Person is a natural person for the benefit of whom the Agreement is made and who is specified in the Policy and has a rest at Bukovel TC (including Artek Bukovel, Mavka Water Park) and/or receives a range of services (including excursion ones), which may be offered during the rest and stay in the territory of providing the services of Bukovel TC. The Insured Person may acquire rights and obligations of the Policyholder in accordance with the Agreement.

2.18. The Client is the person who has applied for or uses an insurance or reinsurance service.

3. SUBJECT MATTER OF THE INSURANCE.

3.1. Transfer by the Policyholder, for a fee, of the risk associated with the object of insurance defined in section 4 of these Insurance Terms and Conditions to the Insurer under the conditions defined by this Agreement.

4. OBJECT OF THE INSURANCE.

4.1.1. The object of the insurance hereunder is life, health and ability to work of the Insured Person.

5. INSURANCE RISK.

5.1. According to the Terms and Conditions for Medical Expenses Insurance:

5.1.1. The insured risks include probability and likelihood of the occurrence of the following events:

- a sudden disease that requires emergency medical care;
- injuries as a result of an accident;
- death of the Insured Person as a result of an accident or sudden disease.

5.2. According to the Terms and Conditions for Accident Insurance:

5.2.1. The insured risk is the accident, namely sudden, incidental, short-term event beyond the will of the Insured/the Insured Person that occurred during the term and within the territory of the Agreement and has resulted in the Insured Event.

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 та /або користування послугами аквапарку «Мавка»), 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 відшкодовує 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

6. INSURED EVENT.

6.1. **The insured event** is an event stipulated in the Agreement, which is not covered by the insurance exceptions or restrictions, which has occurred to the Insured Person during the term of the Agreement (liability of the Insurer) in the territory of Bukovel TC, during his/her stay (rest/provision of services of Bukovel TC (including guided tour ones), active rest and/or skiing activities and/or use of the Mavka Water Park services), and the occurrence of which results in the Insurer's obligation to pay the insurance benefit.

6.2. According to the Terms and Conditions for Medical Expenses Insurance:

6.2.1. The insurance benefit is paid by compensating the healthcare facility/the Insured Person (or his/her legal representatives)/the Beneficiary for documented expenses for the emergency medical care provided to the Insured Person, within the insurance terms and conditions and limits under the Insurance Programme, when the Insured Person resorts to the Insurer/healthcare facility in accordance with the terms and conditions and the procedure stipulated in the Agreement.

6.2.1.1. List of expenses for medical services to be indemnified for by the Insurer upon occurrence of the insured event:

6.2.1.1.1. Search in the mountains and carriage by means of the mountain search and rescue service provides for indemnification for the cost of the services of the search and rescue service for the Insured Person who is on a mountain slope and needs emergency medical care.

6.2.1.1.2. Emergency outpatient care provides for indemnification for the cost of the emergency medical care for the Insured Person that is provided at the healthcare facility (outpatient clinic) / injury care centre.

6.2.1.1.3. Emergency inpatient care provides for indemnification for the cost of the emergency medical care in the conditions that provide for around-the-clock (for more than 24 hours) medical supervision and treatment (i.e. inpatient one) in healthcare facilities. The decision on the need to organise the emergency inpatient care can be taken by a doctor of the specialised medical and sanitary service of emergency medical care or the consulting physician of the healthcare facility. In case the Agreement expires, but the Insured Person still is being treated at the around-the-clock inpatient department and cannot return due to

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 невідкладно 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.

the health condition (according to the doctor's medical opinion), the Insurer's liability shall be additionally extended by 14 days starting from 00:00 of the date following the expiration date of the Agreement. The Insurer shall not be liable for any other insured events that occur during this additional period.

6.2.1.1.4. Emergency dental care provides for indemnification for the cost of the emergency medical care provided to the Insured Person in case of the acute toothache (caused by the acute inflammation of the tooth and/or adjacent tissues) or in connection with a jaw injury resulting from the accident, in order to remedy the acute condition. The organisation of care and coverage of expenses shall be within the limits and under the terms and conditions stipulated in the Insurance Programme.

6.2.1.1.5. Medical transportation provides for indemnification for the cost of transportation of the Insured Person (when his/her condition prevents him/her from getting around on his/her own: a severe condition and/or limited physical capability for moving on his/her own) by the specialised medical service, to the nearest healthcare facility or the doctor who can provide qualified aid in the respective field in Ukraine.

6.2.1.1.6. Repatriation of the body of the Insured Person upon occurrence of the insured event that has resulted in death of the Insured Person provides for indemnification for costs associated with carriage of the body (or its remains) to:

- the burial site (in Ukraine);
- the customs border (in Ukraine) closest to the country of permanent residence (for foreigners) or to the airport.

6.2.1.1.6.1. Repatriation may only be carried out by the decision of the Insurer. The necessary condition for repatriation is the confirmation of readiness to collect the Insured Person's body that is received from the Insured Person's relatives. In this case, the type and class of the transport and the transportation route shall be determined by the Insurer.

6.2.1.1.7. Emergency medical care in case of coronavirus disease (COVID-19) caused by SARS-CoV-2 (COVID-19) within UAH 10,000 (for the period of validity of the Agreement (the Insurer's liability)), in accordance with the terms and conditions stipulated by the Insurance Programme.

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. Стійкої 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 одного використання послуги на території ТК «Буковель» (подорожі/поїздки/відвідування аквапарку «Мавка» тощо). 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. Для відвідувачів аквапарку «Мавка» за Договором із умовою «Безперервне страхування» страховий захист діє з моменту проходження через турнікети, та до моменту виходу з аквапарку через турнікети.

8.2.2. Якщо Договір укладено за варіантом «Переривчасте страхування», що передбачає використання декількох послуг на території ТК «Буковель» (подорожі/поїздки/відвідування аквапарку «Мавка» тощо), 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/поїздки/відвідування аквапарку «Мавка» тощо, строк дії Договору, визначений в днях, зменшується на фактичну кількість днів

6.3. According to the Terms and Conditions for Accident Insurance:

6.3.1. The insurance benefit shall be paid to the Beneficiary set out herein in case the following occurs:

6.3.1.1. Permanent loss of capacity to work by the Insured Person as a result of the accident (assignment of the first, second or third disability group);

6.3.1.2. Death of the Insured Person as a result of an accident.

7. TERRITORY OF THE AGREEMENT.

7.1. The territory of the Agreement is specified in the Policy.

8. TERM OF THE AGREEMENT.

8.1. The term of validity of the Agreement is specified in the Policy.

8.2. The Agreement may be concluded based on one of the options: “Continuous insurance” or “Interrupted insurance” (the necessary option is ticked in the respective column of the Policy):

8.2.1. “Continuous insurance” provides for the execution of the Agreement for a term of using one service in the territory of Bukovel TC (trip/visiting the Mavka Water Park, etc.). The term of validity is specified in the respective column “Insurance period” of the Policy. The insurance coverage shall only apply to the number of days (or the insurance protection shall be in effect during such number of days) established in the respective column “Days of stay” of the Policy during the term specified in the column “Period/Valid” of the Policy. For those visiting the Mavka Water Park under the Agreement with the “Continuous insurance” option, insurance protection shall be in effect from crossing the pay-gate and till leaving the water park through the pay-gate.

8.2.2. If the Agreement is concluded based on “Interrupted insurance”, which provides for several services in the territory of Bukovel TC (trips/visiting the Mavka Water Park, etc.), the insurance coverage shall only apply to the number of days (or the insurance coverage is in effect during such number of days) established in the respective column “Days of stay” during the term specified in the column “Period/Valid” of the Policy. Moreover, after the Insured Person returns from each trip/visit to the Mavka Water Park, etc., the term of the Agreement specified in days shall be reduced by the actual number of days of the Insured Person’s stay in the territory of Bukovel TC. The Insurer’s liability under the Agreement shall be

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 на 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. Страховий 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».

terminated upon expiration of the insurance coverage specified in the Agreement.

8.3. If the following is specified in the Policy in the column “Additional insurance terms and conditions”:

8.3.1. “Ski pass — 1 (or another number) day of skiing in a row”, the Insurer’s Liability shall start when the Ski pass is activated by the Insured Person and be in effect only during the number of days (or the insurance protection shall be in effect during such number of days) established in the respective column “Days of stay”, which is specified in the Policy.

8.3.2. “Ski pass — 3 (or another number) days of skiing at choice”, the Insurer’s Liability shall start when the Ski pass is activated and ends at 24:00 on the same day. When the Ski pass is activated next time during the period of its validity, the Insurer’s Liability shall start when the Ski pass is activated and ends at 24:00 on the same day. The insurance coverage shall be in effect only during the number of days established in the respective column “Days of stay”, which is specified in the Policy.

8.3.3. In cases the column “Additional insurance terms and conditions” of the Policy specifies the receipt of another service of Bukovel TC, the Insurer’s liability to each Insured Person shall apply to cases that arose when undertaking any types of rest in the territory of providing the services by Bukovel Tourist Complex during the validity period of such service.

8.4. The Insurer’s liability shall apply in the territory and within the scope of services provided by Bukovel TC.

9. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ.

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

9. INSURANCE PROGRAMME.

The INSURANCE PROGRAMME is Standard+; it is specified in the Policy with the symbol ☒.

Назва програми/ Title of the programme	Стандарт+/ Standard+	
Страхова сума по медичним витратам, грн на особу/ Insured amount for medical expenses, UAH per person	40 000/40,000	
Страхова сума по страхуванню від нещасного випадку, грн на особу/ Insured amount for accident insurance, UAH per person	10 000/10,000	
СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ/ MEDICAL EXPENSES INSURANCE		
Назва послуги/ Service name:	Клас клінік/ Healthcare facility class*	Ліміт/ Limit

1. Пошук в горах та транспортування з використанням гірської пошуково-рятувальної служби/ Mountain search and carriage by means of the mountain search and rescue service	включено/ included	2500 грн./ hryv-nias
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./ Emergency medical care. Medical care provided to the Insured Person by the specialised medical and sanitary service of emergency medical care, directly at the scene of the event and while the person is carried to the healthcare facility, for the conditions that require emergency medical care non-provision of which can result in death or irreversible changes in the body.	включено/ included	
3. Невідкладна амбулаторна допомога./ Emergency outpatient care. Дана послуга передбачає організацію та відшкодування вартості (в період дії Договору (відповідальності Страховика)) витрат на/ This service provides for the organisation and indemnification for the cost (during the validity period of the Agreement (the Insurer's liability)) of expenses for: <u>3.1. надання невідкладної медичної допомоги, яка надається в амбулаторних умовах в медичному закладі, а саме/ emergency medical care provided in the outpatient conditions at the healthcare facility, namely:</u> - первинної консультації лікаря/ initial doctor's consultation; - діагностично-лікувальних процедур, які оплачуються за рішенням Страховика, в обсязі необхідному для надання невідкладної допомоги та стабілізації стану Застрахованої особи/ diagnostic and therapeutic procedures paid for by the decision of the Insurer, in the scope necessary for emergency care and stabilisation of the Insured Person's condition. - 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/ calling a doctor to the hotel when the body temperature exceeds 38.5°C; there is a hypertensive crisis (considerable increase in the arterial tension (> 180 and/or 120 mm Hg)), a poisoning — by the decision of the Insurer with the limit of UAH 650.	«В», «С», «А» медичні заклади, які розташовані в Івано- Франківської області. Медичний центр на території ТК «Буковель»/ “В”, “С”, “А” healthcare facilities of Ivano- Frankivsk region. Medical centre in the territory of Bukovel TC	В межах Страхової суми/ Within the Insured Amount
<u>3.2. надання екстреної медичної допомоги, яка надається в умовах спеціалізованого медичного закладу (хірургічного, травматологічного) профілю, а саме/ emergency medical care that is provided at the specialised healthcare facility (surgical, traumatological one), namely:</u> 3.2.1. первинної хірургічної обробки (ПХО) ран та перев'язки – у кількості не більше 3 (трьох)/ primary surgical treatment (PST) of the wound and bandages — up to three (3); 3.2.2. малих хірургічних операцій/ minor surgeries; 3.2.3. відшкодування витрат за вартість медикаментів, необхідних для надання невідкладної амбулаторної допомоги в межах 300 грн/ indemnification for expenses for the medicines necessary for the emergency outpatient care within UAH 300; 3.2.4. відшкодування витрат на засоби фіксації при переломах кісток, розривах зв'язок в межах 600 грн/ indemnification for expenses to fix broken bones, ligaments within UAH 600.	Медичний центр на території ТК «Буковель», Аптеки./ Medical centre in the territory of Bukovel TC, Pharmacies.	В межах Страхової суми/ Within the Insured Amount

4. Невідкладна стаціонарна допомога/ Emergency inpatient care. 4.1. В межах даної послуги відшкодуванню підлягають витрати на такі послуги/ Expenses for the following services are subject to indemnification within this service: - перебування в палатах (стандарт), реанімаційних палатах/ staying in a ward (standard one), intensive care ward; - харчування, передбачене умовами медичного закладу/ meals as offered by the healthcare facility; - 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/therapeutic treatment (consultations by the attending physician and, based on his/her recommendations, by narrow specialists, diagnostic and treatment procedures), in the scope necessary to provide emergency care and to stabilise the Insured Person's condition; - екстрених оперативних втручань (призначені лікарем, в якості надання невідкладної допомоги), які неможливо замінити курсом консервативного (терапевтичного) лікування та відкласти до повернення додому/ emergency surgery (prescribed by the doctor, as emergency care) that cannot be replaced with a course of conservative (therapeutic) treatment or postponed until the return home; - одноразових засобів медичного призначення (шприци, бинти, тощо), в обсязі необхідному для проведення оперативних втручань та надання невідкладної допомоги для стабілізації стану Застрахованої особи/ disposable medical items (syringes, bandages, etc.) in the volume necessary for surgery and emergency care to stabilise the Insured Person's condition; - одноразових засобів особистого догляду, на час перебування в реанімаційній палаті/ disposable personal care products for the period of stay in the intensive care ward.	«В», «С» /“В”, “С”	В межах Страхової суми/ Within the Insured Amount
	Медичний центр на території ТК «Буковель»-/ Medical centre in the territory of Bukovel TC	В межах страхової суми з урахуванням франшизи 70%/ Within the amount insured, deductible of 70%
4.2. В межах даної послуги відшкодуванню підлягають витрати на/ The following expenses are subject to indemnification within this service: - медикаменти, призначені для лікування в стаціонарних умовах та надання екстреної допомоги/ medicines for inpatient treatment and emergency medical care	Аптеки/ Pharmacies	5000 грн./ hryv-nias
- засоби фіксації при переломах кісток (в т.ч. металеві конструкції, необхідні для проведення оперативного лікування, за погодженням Страховика), розривах зв'язок/ means to fix broken bones (including metal structures necessary for surgery upon the Insurer's consent), ligaments;	Франшиза 45%/ Deductible of 45%	
- інші засоби фіксації при переломах кісток (гіпс, бинти, лангетти)./ other means to fix broken bones (plaster, bandages, splints).	В межах Страхової суми/ Within the Insured Amount	
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, продовжується 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./ In case the Agreement expires, but the Insured Person still is being treated at the around-the-clock inpatient department and cannot return due to the health condition (according to the doctor's medical opinion), the Insurer's liability shall be additionally extended by 14 days starting from 00:00 of the date following the expiration date of the Agreement. The Insurer shall not be liable for any other insured events that occur during this additional period.	«В», «С»/ “В”, “С”	В межах Страхової суми/ Within the Insured Amount
	Медичний центр на території ТК «Буковель»-/ Medical centre in the territory of Bukovel TC	В межах страхової суми з урахуванням франшизи 70%/ Within the amount insured, deductible of 70%

4. Невідкладна стоматологічна допомога./ Emergency dental aid. В межах даної послуги відшкодуванню підлягають (в період дії Договору (відповідальності Страховика)) витрати на/ The following services are subject to indemnification (during the validity period of the Agreement (the Insurer's liability)) within this service: - стоматологічний огляд/ dental examination; - рентгенівське дослідження/ X-ray; - видалення зубів або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку, в обсязі необхідному для надання невідкладної допомоги та ліквідації гострого болю/ extracting or filling a tooth with temporary filling as a result of a jaw injury resulting from the accident, in the scope necessary for emergency care and elimination of acute pain;	«В», «С», «А» (за рішенням Страховика – Медичний центр на території ТК «Буковель»/ “В”, “С”, “А” (by the decision of the Insurer — Medical centre in the territory of Bukovel TC)	800 грн./ hryvnias
5. Медичне транспортування./ Medical transportation. У разі необхідності, в межах даної послуги, відшкодуванню підлягають (в період дії Договору (відповідальності Страховика)) витрати на транспортування/ If necessary, the following expenses for transportation are subject to indemnification (during the validity period of the Agreement (the Insurer's liability)) within this service: - до найближчого медичного закладу чи лікаря/ to the nearest healthcare facility or doctor; - до спеціалізованого медичного закладу з метою подальшого стаціонарного/амбулаторного лікування/ to the specialised healthcare facility for subsequent inpatient/outpatient treatment.	+	В межах Страхової суми/ Within the Insured Amount
7. Репатріація тіла Застрахованої особи./ Repatriation of the Insured Person's body.	+	В межах Страхової суми/ Within the Insured Amount
8. Невідкладна медична допомога по захворюванню «Коронавірусна хвороба (COVID-19), що викликана SARS-CoV-2 (COVID-19)./ Emergency medical care in case of coronavirus disease (COVID-19) caused by SARS-CoV-2 (COVID-19). В межах даної послуги відшкодуванню підлягають (в період дії Договору (відповідальності Страховика)) витрати на/ The following services are subject to indemnification (during the validity period of the Agreement (the Insurer's liability)) within this service: - надання екстреної медичної допомоги, що надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги/ emergency medical care provided by general and/or specialised emergency medical care teams. - 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/ emergency outpatient care in a healthcare facility or by a certified doctor (a diagnostic test for COVID-19 is paid only in case of a positive result), consultations, medical services, medicines;	«В», «С» - Державні та відомчі медичні заклади, які розташовані в Івано-Франківської області/ “В”, “С” — state and institutional healthcare facilities of Ivano-Frankivsk region	В межах ліміту 10 000 грн./ Within UAH 10,000
- 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/ emergency inpatient care in healthcare facilities (diagnostic tests for COVID-19 are paid only in case of a positive result), medical procedures, drug treatment, use of any medical	«В», «С»	

equipment necessary for treatment, consulting services, cost of staying in wards, including intensive care units;		
СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ/ ACCIDENT INSURANCE		
- В разі смерті Застрахованої особи/ In case of the Insured Person's death	100% від Страхової суми/ within 100% of the Amount Insured	
- В разі встановлення 1-ї групи інвалідності/ Upon assignment of the first disability group	90% від Страхової суми/ within 90% of the Amount Insured	
- В разі встановлення 2-ї групи інвалідності/ Upon assignment of the second disability group	70% від Страхової суми/ within 70% of the Amount Insured	
- В разі встановлення 3-ї групи інвалідності/ Upon assignment of the third disability group	50% від Страхової суми/ within 50% of the Amount Insured	

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

- «А» - приватні медичні заклади помірної цінової категорії;
«В», «С» - державні та відомчі медичні заклади.

*** Class of healthcare facilities (according to the Insurer's classification):**

- “A” — private healthcare facilities of the moderate price category;
“B”, “C” — state and institutional healthcare facilities.

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 річкам; катання на підйомниках; відвідування атракціонів; відвідування аквапарку «Мавка», BIKE ZIP; BASE - стрибки, роуп-джампинг, 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 моменту сплати, на поточний рахунок Страховика страхової премії у повному розмірі за відповідний період страхування

10. RISK GROUPS.

10.1. The group of respective risks shall be specified in the separate boxes in the column “Risk group” in the Policy.

10.2. When a group of persons is insured, in case the Agreement is made for each insured person, the respective risk based on the number of persons in the group shall be specified separately in each Agreement.

10.3. How to determine the risk group:

10.3.1. **Risk L — “Mountain skiing sport”** provides for mountain skiing sports, including skiing, snowboarding, ice skating, sledding, etc., in the territory of Bukovel TC in winter;

10.3.2. **Risk S — “Active rest”** provides for active types of rest in the territory of Bukovel TC, pursuant to the list: rafting; riding a lift; attending amusement rides; Mavka Water Park, BIKE ZIP; BASE jumping, rope jumping, parachuting, other similar types of entertainment that can be offered during rest and stay in the territory of Bukovel TC and in the territory of providing the services of Bukovel TC.

11. ENTRY INTO FORCE OF THE AGREEMENT.

11.1. The Agreement shall be valid within the limits of the fully paid insurance periods specified in Clause 9.1 of the Policy.

11.2. The Agreement shall enter into force for the respective insurance period upon payment of the full Insurance Premium to the Insurer's current account for the respective insurance period in accordance with

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 (-ий) 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 моменту здійснення оплати страхової премії на рахунок 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,

Clause 9.1 of the Policy, with due consideration of the dates set out in Clause 9.1 of the Policy, and remain in full force and effect until 23:59:59 (Kyiv time) on the date set out in Clause 9.1 of the Policy as the expiration date of the respective insurance period for which the payment has been effected.

11.3. If the Policyholder does not pay the insurance premium in full or in part within the terms specified in the Agreement, the Agreement shall be deemed not to have entered into force.

11.4. In case thirty (30) calendar days pass from the date established in Clause 9.3 of the Policy as the deadline for payment of the insurance premium for the relevant insurance period, and the Policyholder does not pay the insurance premium to the Insurer's current account during such period, such Agreement cannot be renewed. In such case, the Agreement shall be terminated from the day following the end of the relevant insurance period, for which payment has been received, without prior notice to the Policyholder.

11.5. The extension of the term of this Agreement is not expected.

11.6. Information for Payment of the Insurance Premium under the Agreement.

11.6.1. The Insurer's international bank account number (IBAN) for payment of the insurance premium(s) and code from the Unified State Register of Enterprises and Organisations of Ukraine (EDRPOU) are given in section 1.1 of the Policy.

11.6.2. The insurance premium shall be deemed paid upon being credited to the Insurer's account.

11.6.3. When paying the insurance premium, the following shall be indicated in the purpose of the payment: "Insurance premium under Agreement No. (specify the Agreement number) dated (specify the Agreement date)".

12. EXCEPTIONS FROM INSURED EVENTS AND INSURANCE LIMITATIONS.

12.1. The basis for the Insurer's denial of insurance indemnity shall include:

12.1.1. actions of the Insured (the Insured Person) aimed at the occurrence of the insured event. The above provision shall not apply to actions related to the fulfilment of their civil or official duties, as a justifiable defence (without exceeding the limits thereof) or protection of property, life, health, honour, dignity and business reputation. The actions of the Insured or the person for whose benefit the Agreement is concluded

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;

shall be qualified in accordance with the effective laws of Ukraine;

12.1.2. commitment of an intentional crime (offence) that has led to the occurrence of the Insured Event by the Insured (the Insured Person);

12.1.3. submission of the deliberately false data on the subject matter of the Agreement or the fact of the occurrence of the insured event by the Insured (the Insured Person);

12.1.4. receipt of the full compensation for losses from the person guilty of such losses by the Insured (the Insured Person);

12.1.5. untimely notification (or non-notification) of the Insurer by the Insured/the Insured Person of the occurrence of the insured event without a good reason, or impeding the Insurer in determination of the circumstances, nature and amount of losses, as well as exercise of the right of claim (recourse) against the person guilty of the insured event, or violation of the time frames for coordination of own expenses for treatment;

12.1.6. untimely notification or non-notification of the Insurer of changes in the extent of the insured risk by the Insured/the Insured Person;

12.1.7. failure of the Insured/the Insured Person to fulfil his/her obligations under the Agreement (non-submission and/or failure to submit in full and/or untimely submission of the documents necessary for the Insurer to take a decision on the insurance benefit and to confirm the amount of losses; failure to meet the requirements for his/her actions upon occurrence of the insured event, including failure of the Insured (the Insured Person) to following medical prescriptions, recommendations and instructions of the Insurer's coordinating doctor), which has resulted in additional expenses;

12.1.8. receipt of the services the types and/or volumes of which are not stipulated in the Insurance Agreement/Programme by the Insured Person;

12.1.9. any events that have attributes of an insured event but occur beyond the term (of the Insurer's liability) and/or outside the territory of the Agreement;

12.1.10. any events having the attributes of the insured event, but occurred before the conclusion of the Agreement;

12.1.11. the rest and services at Bukovel TC undertaken by the Insured Person despite the medical counter-indications and contrary to the doctor's recommendations;

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 Страховиком 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 квитками Туристичного комплексу «Буковель» (в т.ч. ski-пасами, путівками) зазначені на сайті ТК Буковель <http://bukovel.com> та/або <https://bukovel24.com>.

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, природних катаклізмів, стихійного та/або природного 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);

12.1.12. receipt of the full compensation for losses from the person guilty of such losses by the Insured (the Insured Person);

12.1.13. untimely notification (or non-notification) of the Insurer by the Insured/the Insured Person of the occurrence of the insured event without a good reason, or impeding the Insurer in determination of the circumstances, nature and amount of losses, as well as exercise of the right of claim (recourse) against the person guilty of the insured event, or violation of the time frames for coordination of own expenses for treatment;

12.1.14. violation of the Rules of Purchasing and Using Tickets of Bukovel Tourist Complex (including ski passes, trip vouchers) specified on the website of Bukovel TC <http://bukovel.com> and/or <https://bukovel24.com>.

12.2. The Insurer shall have the right to reduce the insurance benefit:

12.2.1. if the Insured Person has failed to take necessary and expedient actions in order to prevent and reduce the costs resulting from the event under the Agreement, and in order to eliminate the causes of additional losses;

12.2.2. in case the Insured Person fails to follow the doctor's recommendations, which has resulted in deterioration of his/her condition and, as a result, higher medical expenses.

12.3. The Insurer shall not recognise the following events to be an insured event:

12.3.1. the events that occur during hostile actions of armies of other countries (whether the war has been declared or not), or their effects; revolution, uprising, sabotage, public disorders and strikes; terrorism, terrorist attacks, technological terrorism, terrorist activity and/or anti-terrorist actions; imposition of the state of emergency, the special state and the martial law, natural calamities, acts of God and/or natural disasters;

12.3.2. the events that occurred when the Insured Person was under the influence of alcohol (with the ethanol level in blood exceeding 1.6), narcotic or toxic substances;

12.3.3. the events that occur as a result of:

12.3.3.1. nuclear explosion, man-made disaster; application of chemical, biological and nuclear weapons;

12.3.3.2. suicide, attempted suicide (except when the person has been incited thereto by third-party unlawful actions);

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;

12.3.3.3. gross violation of general personal safety rules and rules of conduct in the leisure areas that are recommended by representatives of the Insurer, Bukovel TC and instructions given by the staff of the accommodation sites (hotels);

12.4. The Insurer shall not indemnify for the following expenses:

12.4.1. diagnostics, treatment, medical (for instance, massage, manual therapy, physiotherapy, etc.) and other services unless they are directed at emergency medical care, are necessary and urgent from the medical point of view (by the decision of the Insurer);

12.4.2. diagnostics, treatment and other services prescribed by the doctor for scheduled control over the Insured Person's condition (repeated/scheduled consultations, laboratory/instrumental tests, monitoring, preventive examination) rather than to remedy acute pain, a sudden disease, an accident (and consequences thereof);

12.4.3. diagnostics, treatment and other services designated for health improvement, rehabilitation and prevention of the Insured Person's diseases; immunisation; payment for the therapeutic methods that are not officially recognised by science and medicine and/or are considered to be experimental (research), payment for treatment with alternative methods;

12.4.4. medical care associated with monitoring or condition of pregnancy. The Insurer may only organise and pay for the emergency medical care until the 28th week of pregnancy, in case there is a threat for life of the pregnant insured person, when complications develop quickly (including as a result of an injury or disease);

12.4.5. payment for the following surgery and associated complications:

12.4.5.1. any prosthetic care (including eye and dental care), including cardiac valve prosthetic care, replacement arthroplasty; body and tissue transplantation; purchase, search and delivery of organs and tissues necessary for transplantation;

12.4.5.2. plastic, cosmetic, reconstruction surgery; scheduled surgery (including heart and blood vessel one);

12.4.6. additional comfort services (high-comfort wards);

12.4.7. expenses and losses due to inability to participate in the trip, tour, for booking tickets and hotel rooms, non-pecuniary damages;

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,

12.4.8. payment for the services provided by the specialised entity with no licence for such activity;

12.4.9. medical transportation of the Insured Person where there is no clinical need and medical indications for such transportation; transportation (including based on medical indications) outside Ukraine;

12.4.10. treatment, medical transportation and other services under the Insurance Programme that have not been approved by the Insurer;

12.4.11. payment for medical equipment and instruments (except as provided for by the Insurance Programme);

12.4.12. purchase and repairs of auxiliary medical products, including the ones that substitute or adjust the function of affected organs, namely glasses, contact lenses, hearing aid, stents, pacemakers, prosthetic appliances, measuring devices, wheelchairs, walking sticks, thermometers and other medical devices;

12.4.13. equipment for home diagnostics and its consumables;

12.4.14. personal hygiene products, disinfection and cosmetic products, infant food, products for regular administration, metered dose inhalers for bronchial spasm relief, spacers, nebulisers;

12.4.15. expenses associated with issuance (preparation) of necessary documents, information and evidence, medical expert examination; non-pecuniary damages;

12.4.16. payments associated with organisation of inpatient care, except for emergency medical care;

12.4.17. payments associated with repeated consultations by doctors, except for the cases by the decision of the Insurer made on a case-by-case basis, only in case of complications of the disease and deterioration of the Insured Person's condition;

12.4.18. payments related to calling a doctor to the hotel, except for the cases stipulated by the Programme;

12.4.19. any expenses that have not been pre-agreed with the Insurer.

12.5. expenses for diagnostics (including refining one), treatment and correction of the following are not subject to payment/indemnification:

12.5.1. epidemic, pandemic diseases (as a result of which an epidemic, pandemic, quarantine is declared)

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 (ВІІ) та подібних, а також захворювань, що є їх наслідком та інших імунодифіцитних 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 установлена 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.

and especially dangerous infections (plague, cholera, natural smallpox, haemorrhagic fever, yellow fever, Ebola fever, leprosy, coronavirus disease (COVID-19 (SARS-CoV-2)), except for emergency medical care in case of coronavirus disease stipulated by the Insurance Programme;

12.5.2. chronic diseases at the stage of remission, unstable remission or exacerbation that do not require emergency care;

12.5.3. any diseases that result from self-treatment. The cost of the treatment, diagnostics and other services that have not been recommended by the doctor shall not be indemnified for;

12.5.4. diseases that result from consumption of alcohol or drugs by the Insured Person. Treatment of the abstinent syndrome;

12.5.5. classical sexually transmitted diseases (as defined by the WHO) and sexually transmitted infections and related inflammatory diseases of the genito-urinary organs; AIDS (HIV) and similar diseases, as well as diseases that result from them and other immune deficiencies, TORCH infections, chicken pox;

12.5.6. mental disorders, mental issues, psychosomatic disorders;

12.5.7. asthma, epilepsy, allergies except for the emergency medical care provided in the scope necessary to stabilise the Insured Person's condition;

12.5.8. congenital diseases, developmental disorders, hereditary diseases, occupational diseases; diseases that have caused disability; diseases exacerbating before the date of the Agreement.

12.6. According to the accident insurance terms and conditions, the Insurer shall not recognise any diseases (including chronic and occupational ones, physical deviations) to be insured events, and shall not be liable for the following:

12.6.1. when the Insured Person is assigned the disability group higher than the one assigned before the date of the Agreement, during the term of the Agreement;

12.6.2. when the Insured Person is assigned the disability group 12 months after the date of an accident;

12.6.3. the Insurer shall have the right to deny insurance indemnity on the basis of Clauses 12.1 and 12.3.

13. ПРАВА ТА ОБОВ'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

13. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES, LIABILITY FOR NON-PERFORMANCE OR IMPROPER PERFORMANCE OF THE TERMS AND CONDITIONS OF THE AGREEMENT.

13.1. The Policyholder shall:

13.1.1. Pay the insurance premium in the manner and within the terms specified in section 9 of the Policy.

13.1.2. Prior to entering into this Agreement, provide the Insurer with the information specified in Clause 12.2 of the General Terms and Conditions, which is of significant importance for the assessment of the insurance risk, and during the term of the Agreement, notify the Insurer of any change in circumstances that are of significant importance for the assessment of the insurance risk (information specified in Clause 12.2 of the General Terms and Conditions) within three (3) business days from the date of such change. The conclusion by the Policyholder of the Agreement with respect to a person who cannot be insured under the Agreement shall be deemed a violation of the specified obligation by the Policyholder.

13.1.3. Notify the Insurer of the occurrence of an event with the signs of an insured event in the manner and within the terms specified in section 14 of these Insurance Terms and Conditions, and comply with all the requirements established in section 14 of these Insurance Terms and Conditions.

13.1.4. Endeavour to prevent any Insured Events and mitigate the effects of the Insured Event.

13.1.5. Before concluding the Agreement, notify the Insurer of an insurable interest, including in relation to the insured person or beneficiary.

13.1.6. When entering into the Agreement, notify the Insurer about any other valid insurance agreements regarding the Insured Property.

13.1.7. Prior to and/or when entering into the Agreement, provide the Insurer (Insurance Intermediary) with identification data to verify the compliance with the legislation on the prevention and counteraction of the legalisation (laundering) of proceeds from crime, financing of terrorism, financing of the proliferation of weapons of mass destruction (hereinafter “AML/CFT”).

13.1.8. Notify the Insurer within ten (10) business days from the date of occurrence of significant changes in its operation/identification data, as well as in the information (data) provided in the questionnaire to the Insurer, by submitting an updated questionnaire and

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 кожну 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.

documents supporting the compliance with the AML/CFT legislation of Ukraine.

13.1.9. Provide information (official documents) necessary for proper verification, data updating and otherwise ensuring compliance with the AML/CFT legislation by the Insurer at the latter's oral and/or written request.

13.1.10. Notify each Insured Person under the Agreement of the Agreement concluded in his/her favour.

13.1.11. Inform the Insurer (Assistance) of occurrence of the event with the signs of the insured event within the term established by the terms and conditions of the Agreement.

13.1.12. Perform the terms and conditions of the Agreement, including have all the actions associated with medical and other paid services under the Agreement approved by the representative of the Insurer (Assistance), follow recommendations and instructions of the Insurer (Assistance). Be treated by the doctor, following instructions of the medical staff, adhere to the internal regulations of the healthcare facility where the Insured Person is provided medical care, reliably inform the doctor and staff of the healthcare facility and the Assistance (Insurer) of his/her state of health and possible risks of deterioration thereof.

13.1.13. When the extent of the insured risk changes, and the Insured knew or could have known about such changes in advance, inform the Insurer three (3) business days before such changes. In other cases, inform the Insurer within three (3) business days upon occurrence of such changes.

13.1.14. Upon request of the Insurer, take medical examinations to confirm the fact of occurrence of the insured event.

13.1.15. Refund the insurance benefit to the Insurer if the circumstances that deprive the Policyholder (Insured Person) of the right to receive the insurance benefit in accordance with the effective legislation or the General Terms and Conditions or the terms and conditions of the Agreement are established during the period of limitation prescribed by the effective legislation of Ukraine.

13.1.16. Within twenty-four (24) hours upon occurrence of the event, inform the Insurer or the Assisting Company by any 24/7 telephone number or via Viber, WhatsApp, Messenger, by e-mail or phone specified in section 14 of these Insurance Terms and Conditions.

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

13.1.18. Виконувати розпорядження та/чи рекомендації Страховика або Аси́стансу 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 Аси́станса (Страховика) надати таким Третім особам необхідні повноваження для надання Аси́стансу (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 Аси́стансом (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), Аси́стансу 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 відомості про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом. З урахуванням

13.1.17. Have all the actions associated with treatment and provision of other services during the insured event approved by the Insurer or Assistance.

13.1.18. Following instructions and/or recommendations of the Insurer or Assistance regarding actions in case of the insured event.

13.1.19. Release Third Parties from their duties not to disclose medical and insurance secret in his/her regard, and authorise such Third Parties upon request of the Assistance (Insurer) to furnish the latter with any information associated with the event that has occurred.

13.1.20. By signing the Agreement, he/she allows the Insurer to submit inquiries to the healthcare facilities, Law Enforcement Authorities and other competent institutions that can furnish explanations on circumstances of the Insured Event, including information on the health condition of the Insured Person and the medical aid granted, as well as the consent to the Insurer obtaining diagnoses, case records of the Insured Person and other information that constitutes confidential patient information, and using such information as stipulated herein.

13.1.21. Help the Assistance (Insurer) to take actions necessary to determine the causes and circumstances of the insured event and the amount of damages (losses).

13.2. The Insurer shall:

13.2.1. Acquaint the Policyholder with these Insurance Terms and Conditions and the General Terms and Conditions. The above-mentioned documents can be found on the Insurer's website at <https://kniazha.ua>.

13.2.2. Within two (2) business days after it becomes aware of the occurrence of an insured event, take measures to prepare all necessary documents to timely pay the insurance benefit / insurance indemnity to the Policyholder (Insured Person), the Assistance or specialised entity.

13.2.3. Upon occurrence of the insured event, pay the insurance indemnity within the term established by these Insurance Terms and Conditions.

13.2.4. Notify the Policyholder in writing about the decision to deny the insurance benefit with justification of the reason for denial within the term provided for in Clause 17.5 of these Insurance Terms and Conditions.

13.2.5. Refrain from disclosing data on the Policyholder and its property status, except as otherwise prescribed by the law. Subject to the

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, 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, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб 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

requirements of the effective legislation, ensure the storage and protection of information constituting the insurance secret in order to prevent its illegal disclosure. The Insurer, persons who are part of the management and supervisory bodies of the Insurer, auditors, responsible actuaries, other persons who are employees of the Insurer, insurance intermediaries and their employees, other persons whom the Insurer has charged with the performance of a part of the insurance activity shall provide for the storage and protection of information constituting an insurance secret, its non-disclosure and non-use for own benefit or for the benefit or third parties in order to prevent its illegal disclosure. The Parties shall be liable for the disclosure of insurance secrecy in accordance with the effective legislation.

13.2.6. Keep secret data on the Insured Person's state of health, except as prescribed by the law.

13.2.7. Refuse to maintain business relations with the Policyholder (including through the early termination of the Agreement) or to carry out a financial transaction (payment of the insurance indemnity) in the cases provided for by the AML/CFT legislation, such as:

- if it is impossible to identify and/or verify the Policyholder, or establish data allowing to establish the ultimate beneficial owners;
- if the Insurer has doubts about the fact that the Policyholder acts on his/her own behalf;
- the Policyholder's risk is unacceptably high;
- the Policyholder fails to provide documents or information necessary for its proper verification;
- the Policyholder or its representative submits false or misleading information to the Insurer;
- if it is impossible to identify the person for or on behalf of whom the financial transaction is carried out and to establish its ultimate beneficial owner or beneficiary under the financial transaction;
- in other cases stipulated by the legislation of Ukraine.

13.3. The Policyholder (insured person) shall be entitled to:

13.3.1. Receive the insurance indemnity and/or insurance benefit in case of self-payment for the

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.

Services, subject to prior approval of the Assistance/Insurer, taking into account the terms and conditions of sections 15, 16, 17 of these Insurance Terms and Conditions.

13.3.2. Receive the services under the Agreement in accordance with the selected Insurance Programme.

13.3.3. Appeal the Insurer's denial of the Insurance Indemnity in court.

13.3.4. Terminate the Agreement early in accordance with the terms and conditions specified in section 19 of these Insurance Terms and Conditions.

13.3.5. Withdraw from the concluded Agreement in the cases provided for in section 20 of these Insurance Terms and Conditions.

13.4. The Insurer shall be entitled to:

13.4.1. Check any information provided by the Policyholder, as well as monitor compliance with the terms and conditions of the Agreement by the Policyholder.

13.4.2. Deny the insurance benefit in case the Policyholder (Insured Person) fails to perform the terms and conditions of the Agreement and notify the Policyholder of such decision in writing with justification of the reasons for denial within the term specified in Clause 17.5 of these Insurance Terms and Conditions.

13.4.3. Independently find out the reasons and circumstances of the occurrence of an event with the attributes of an Insured Event, and make requests for information related to the occurrence thereof to competent bodies (law enforcement agencies), enterprises, institutions and organisations that have information about the circumstances of the event. However, such actions of the Insurer shall not be considered as recognition of the event as an Insured Event. For this purpose, the Insurer is entitled to appoint independent experts/assessors and to order an expert study (a conclusion of a specialist of an expert organisation, a conclusion of an assessor).

13.4.4. In case of receipt of information about the circumstances giving rise to an increase in the insurance risk, demand amendments hereto or payment of an additional Insurance Indemnity in proportion to the increase in the risk.

13.4.5. Demand the beneficiary of the Insurance Indemnity to return the received Insurance Indemnity if, during the limitation period established by the effective legislation, the Insurer becomes aware of circumstances that fully or partially exempt the Insurer from paying the Insurance Indemnity.

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%**

13.4.6. Postpone the decision on paying the insurance benefit until the Policyholder (Insured Person/Beneficiary) provides all the necessary documents and data on the fact and causes of the Event.

13.4.7. Terminate the Agreement early.

13.4.8. The Insurer shall have the priority right to choose the healthcare facility.

13.4.9. Demand from the Policyholder (Insured Person) to furnish the information necessary to establish the fact, causes, circumstances of the occurrence of the insured event and (or) the amount of the insurance benefit, including the data constituting insurance secret, and check the reliability of such information.

13.5. The Insured Person shall acquire rights and obligations of the Policyholder under the Agreement. Non-performance by the person, whose liability is insured, of the obligations specified in Clause 13.1 of these Insurance Terms and Conditions, except for the obligations to pay the insurance premium, shall cause the same consequences as the non-performance thereof directly by the Policyholder.

13.6. The Policyholder shall be financially liable for late performance of a monetary obligation by paying the Insurer a penalty of **0.01%** of the amount of the overdue monetary obligation for each day of delay, but not more than the double discount rate of the National Bank of Ukraine in effect during the period for which the penalty is charged.

13.7. The Insurer shall be financially liable for late payment of the insurance benefit by paying the beneficiary of the insured benefit a penalty of **0.01%** of the past-due insurance benefit for each day of delay, but not more than the double discount rate of the National Bank of Ukraine in effect during the period for which the penalty is charged.

13.8. The Parties have agreed that in case of a legal dispute arising out of the Agreement regarding the denial of the Insurance Indemnity, and/or the recognition of the event as an Insured Event, and/or regarding the amount of the Insurance Indemnity, and/or the time frames of the Insurer's decision regarding the claimed event (where the claim was submitted to the court before the Insurer made a decision on the claimed event), no penalties or other sanctions shall be charged for improper performance of obligations provided for by the effective legislation of Ukraine (inflation charges, fines, **3% per annum**, etc.)

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 /
Viber chatbot



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

14.2. Застрахована особа (Страховальник) 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 контактної 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).

for the period from the date of receipt of the claim by the court until the court decision enters into force.

13.9. The Parties shall be released from liability if non-performance or improper performance of obligations is caused by force majeure (hostilities, riots, amendments to the legislation, etc.).

13.10. For a failure to perform or improper performance of the obligations under the Agreement, the Parties shall be held liable in accordance with the effective legislation of Ukraine.

14. POLICYHOLDER'S ACTIONS IN CASE OF AN EVENT WITH THE SIGNS OF AN INSURED EVENT.

14.1. In case an event having the attributes of the insured event occurs, and emergency medical care is necessary, the Insured Person (or another person) shall immediately (within 24 hours upon occurrence of the event) and any time of the day or night contact:

14.1.1. the medical centre in the territory of Bukovel TC and the Insurer's Medical Assistance by

phone number: **0 800 213 012; + 38 (096 / 093 / 050) 244 99 11**

чат-бот Telegram /
Telegram chatbot



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

14.2. The Policyholder (Insured Person) shall furnish the following information:

14.2.1. Full name of the Insured Person in need of medical care.

14.2.2. Number of the Agreement.

14.2.3. Contact phone number of the Insured Person in need of medical care and of the other accompanying person (in case the Insured Person is in a severe condition).

14.2.4. Detailed description of the case and nature of necessary care.

14.2.5. Other information that may be requested by the Insurer's coordinating doctor.

14.3. The Insurer's coordinating doctor/supervising doctor informs the Insured Person of his/her further actions, organises provision of medical care and provides necessary information support.

14.4. The Insured Person shall present the Insurance Agreement (and, where necessary, the identification document) in the healthcare facility.

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

15. LIST OF DOCUMENTS TO CONFIRM THE OCCURRENCE OF AN INSURED EVENT AND THE AMOUNT OF LOSSES (DAMAGES).

15.1. In order to receive the insurance benefit/insurance indemnity, the Insured Person (or his/her legal representatives if the Insured Person is of minor age) shall apply to the Insurer and furnish the following:

15.1.1. an electronic statement “about the occurrence of an event” on the Insurer’s website at www.kniazha.ua or a written statement “about the occurrence of an event” (at the Insurer’s office) within 15 days after the treatment is over, or within 30 calendar days after the death of the Insured Person/the date of assignment of the disability group, or in case of designation of heirs — from the date of issuance of the inheritance document.;

15.1.1.1. In order to receive the insurance indemnity for their own expenses for repatriation (transportation) of the Insured Person’s body (in case of his/her death) as a result of the insured event during the term and in the territory of the Agreement, under the terms and conditions and within the limits of the Insurance Programme, the Beneficiary or another person who has incurred such expenses shall submit a written statement “of the occurrence of the event” (and other documents (pursuant to the list in Clause 11 of the Agreement) that prove the occurrence of the insured event and cost of the services), within 30 calendar days after the death of the Insured Person.

15.1.2. Policy (original copy);

15.1.3. identification document of the recipient of the insurance indemnity (copy);

15.1.4. copy of the taxpayer’s card;

15.1.5. birth certificate of the Insured Child under the age of eighteen (copy);

15.1.6. documents confirming the receipt of services from Bukovel TC (ticket, hotel reservation confirmation, ski pass, etc.);

15.1.7. slip for the payment of the services of Bukovel TC (including excursion ones) (copy).

15.1.8. in case of indemnification for the cost of medical expenses, in addition to the documents specified in Clause 15.1, the following documents shall be furnished:

15.1.8.1. original documents from the healthcare facility, with specification of the last name of the patient (the Insured Person), the exact diagnosis, the date of resort for medical care, the treatment duration, detailed description of the medical services

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;

provided (their list, value, and total amount of expenses);

15.1.8.2. prescriptions issued by the designated doctor to the Insured Person, with specification of the medicinal products (original copies);

15.1.8.3. original detailed invoices settled as regards the medical and other services provided, with the dates, value and total amount due;

15.1.8.4. original payment documents that confirm the payment for the services provided, namely: service receipts, cash register receipts, bank receipts with specification of the transferred amount, etc.;

15.1.9. in case of indemnification for expenses associated with repatriation (transportation) of the Insured Person's body, in addition to the documents specified in Clause 15.1, the following documents shall be furnished:

15.1.9.1. certificate of death of the Insured Person (copy);

15.1.9.2. medical certificate of death and the cause of death of the Insured Person (copy);

15.1.9.3. documents issued by the competent authorities that contain data on the date, time, circumstances and causes of the accident or sudden disease;

15.1.9.4. original detailed invoices and payment documents on the transportation services provided in case of repatriation of the body, payment documents on payment of the cost of transportation, with the dates and cost and the total amount due.

15.1.10. For the insurance indemnity for accident insurance to be received:

15.1.10.1. in case of permanent loss of capacity to work (as a result of the accident) by the Insured Person and assignment of the first, second or third disability group, in addition to the documents specified in Clause 15.1, the following documents shall be furnished to the Insurer:

15.1.10.1.1. documents issued by the competent authorities (copy) to confirm the occurrence of the event, which contain data on the date, time, circumstances and causes of the insured event;

15.1.10.1.2. original documents from the healthcare facility (inpatient case records, outpatient records), with specification of the last name of the patient (the Insured Person), the exact diagnosis, the date of and reason for resort for medical care, and treatment duration;

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. Рішення (постанова) лікарсько-експертної комісії або витяг з протоколу засідання лікарсько-експертної комісії, оформлені за формою, визначеною законодавством;

15.1.10.1.5. Копія індивідуального реабілітаційного плану (за наявності).

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

15.1.10.1.3. original results of instrumental examinations (X-ray images, CT/MRI results) and laboratory tests (results of laboratory tests conducted to check alcohol/narcotic substances in blood on the day of the accident);

15.1.10.1.4. decision (order) of the medical expert commission or extract from the minutes of the meeting of the medical expert commission drawn up in the form prescribed by the law;

15.1.10.1.5. copy of the individual rehabilitation plan (if any);

15.1.10.2. in case the Insured Person dies as a result of the accident, in addition to the documents specified in Clause 15.1, the following documents shall be furnished to the Insurer:

15.1.10.2.1. certificate of death of the Insured Person (copy), doctor's certificate of death, or statement of the cause of death of the Insured Person (copy);

15.1.10.2.2. copy of the document designating the heirs of the insurance benefit (unless the Beneficiaries are stipulated in the Agreement);

15.1.10.2.3. Documents issued by the competent authorities (copy) to confirm the occurrence of the event, which contain data on the date, time, circumstances and causes of the insured event.

15.1.11.other documents at the Insurer's request confirming the fact, place and date of the occurrence of the insured event.

15.2. General requirements for the documents submitted to the Insurer for consideration:

15.2.1. The Documents provided for by Clause 15.1 of these Insurance Terms and Conditions must be authentic, submitted in the number of copies required by the Insurer, duly executed and certified. Non-submission (or improper submission) of such documents shall entitle the Insurer to deny the insurance benefit or postpone the insurance benefit until receipt of duly executed documents in the part not confirmed by such documents. In case of such inconsistencies and violations, the Insurer shall notify the Policyholder/Insured Person (Beneficiary) in writing within five (5) business days upon the date of detection of such violations.

15.2.2. All the medical documents provided to the Insurer shall be written legibly or printed on letterheads and duly certified (with signatures of the officials and seals), and contain information on the name, address

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;

and contact phone number of the healthcare facility (or specialised entity) that has issued them. The invoices (sales invoices) and financial documents that confirm the payment (bills, receipts, orders, etc.) shall also be provided as original copies.

15.2.3. If the above-mentioned documents are not furnished to the Insurer in full, are furnished in an improper form or are executed in violation of the applicable regulations (absence of the number, date, stamp, seal; corrections of the text, etc.), the insurance indemnity shall not be paid until these defects are eliminated.

15.2.4. The Insurer may refuse to pay the insurance indemnity to the extent of the losses that are not confirmed with the corresponding documents.

16. PROCEDURE FOR CALCULATING INSURANCE BENEFITS.

16.1. Upon occurrence of the insured event, according to the terms and conditions for medical expenses insurance of those having a rest in the territory of providing the services of Bukovel TC, the Insurer guarantees payment of the insurance indemnity (documented expenses) only within the insured amount and/or limits under the Insurance Programme.

16.1.1. If the total amount of payments under the invoices exceeds the insured amount specified in the Insurance Agreement, the treatment expenses are compensated for in the first place, and in case the Insured Person dies — expenses for transportation of the body.

16.1.2. If the Insured Person has received the insurance benefit from the persons guilty of the losses, the Insurer shall pay the difference between the amount due and the amount received by the Insured Person from these persons.

16.2. When an insured event occurs under the accident insurance terms and conditions, the Insured Person (or his/her legal representatives) / the Beneficiary/ the heirs shall submit a written statement “of the occurrence of the event” (and other documents (pursuant to the list in section 15 of these Insurance Terms and Conditions) that prove the occurrence of the insured event).

16.2.1. Amount of the insurance indemnity for accident insurance:

16.2.1.1. in case of permanent loss of capacity to work (as a result of the accident) and assignment of the third disability group as a result of the accident — 50% of the insured amount;

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

16.2.1.2. in case of permanent loss of capacity to work (as a result of the accident) and assignment of the second disability group as a result of the accident — 70% of the insured amount;

16.2.1.3. in case of permanent loss of capacity to work (as a result of the accident) and assignment of the first disability group as a result of the accident — 90% of the insured amount;

16.2.1.4. in case of death of the Insured Person as a result of the accident — 100% of the insured amount.

16.3. The total amount of the insurance indemnity paid under the Agreement may not exceed the corresponding insured amounts.

17. TERMS AND CONDITIONS FOR PAYMENT OF INSURANCE BENEFITS.

17.1. Upon occurrence of the insured event, according to the terms and conditions for medical expenses,

17.1.1. The Insurer shall compensate for expenses within the insured amount (liability limits):

17.1.1.1. To the healthcare facility — the cost of the medical services provided to the Insured Person, to the pharmacy — the cost of the medicines and/or medical devices under the Insurance Programme. The procedure and time frames for clearing invoices of the healthcare facility and/or pharmacy are stipulated in the cooperation agreement between the Insurer and the facility;

17.1.1.2. To the Insured Person (or his/her legal representatives if the Insured Person is of minor age) — for the treatment paid for at his/her own expense, the medical services under the Insurance Programme and terms and conditions of the Agreement. Indemnification for expenses shall be paid based on the documents (pursuant to the list in section 15 of the Agreement) that prove the occurrence of the insured event and the cost of the services less the deductible (if provided for in the Agreement), provided that such expenses have been pre-agreed by the Insured Person and the Insurer, within the time frames and under the terms and conditions hereof.

17.1.1.3. To the Beneficiary or another person for their own expenses for repatriation (transportation) of the Insured Person's body (in case of his/her death) as a result of the insured event during the term and in the territory of the Agreement, under the terms and conditions and within the limits of the Insurance Programme. Indemnification for expenses shall be paid based on the documents that prove the occurrence of

умови, що такі витрати були письмово погоджені 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

the insured event and cost of the services, provided that such expenses have been approved by the Insurer in writing.

17.2. When an insured event occurs under the accident insurance terms and conditions, the Insured Person (or his/her legal representatives) / the Beneficiary/ the heirs shall submit a written statement “of the occurrence of the event” (and other documents (pursuant to the list in section 15 of the Agreement) that prove the occurrence of the insured event).

17.3. The decision on payment of the insurance indemnity or denial thereof shall be taken by the Insurer based on all the necessary (and duly certified) documents within thirty (30) business days, whereon the Claim Report is made.

17.4. The insurance benefit/indemnity shall be paid within twenty (20) business days after the Claim Report is signed. The insurance indemnity shall be paid by wire transfer in accordance with the terms and conditions of the Agreement. The date of payment of the insurance indemnity shall be the date when funds are debited from the Insurer's current account.

17.5. In case the insurance indemnity is denied, the Insurer shall inform the Insured thereof within five (5) business days in writing, with justification of the reasons for denial.

18. REASONS FOR REFUSAL TO PAY THE INSURANCE BENEFIT.

18.1. The basis for the Insurer's denial of insurance indemnity shall include:

18.1.1. actions of the Insured (the Insured Person) aimed at the occurrence of the insured event. The above provision shall not apply to actions related to the fulfilment of their civil or official duties, as a justifiable defence (without exceeding the limits thereof) or protection of property, life, health, honour, dignity and business reputation. The actions of the Insured or the person for whose benefit the Agreement is concluded shall be qualified in accordance with the effective laws of Ukraine;

18.1.2. deliberate offence (offence recognised as such under the laws in effect in the country of stay (abroad) or the laws in effect in Ukraine) committed by the Policyholder (Insured Person) that has resulted in the insured event;

18.1.3. submission of the deliberately false data on the subject matter of the Agreement or the fact of the

страхового випадку;

18.1.4. несвоєчасне повідомлення (або неповідомлення) Страхувальником/Застрахованою особою, Асирансу (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 Асирансу, 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.

occurrence of the insured event by the Insured (the Insured Person);

18.1.4. untimely notification (or non-notification) of the Assistance (Insurer) by the Insured/the Insured Person of the occurrence of the insured event without a good reason, or impeding the Insurer in determination of the circumstances, nature and amount of losses, as well as exercise of the right of claim (recourse) against the person guilty of the insured event, or violation of the time frames for coordination of own expenses for treatment;

18.1.5. untimely notification or non-notification of the Insurer of changes in the extent of the insured risk by the Insured/the Insured Person;

18.1.6. failure of the Policyholder/Insured Person to perform his/her obligations under the Agreement (including non-submission and/or failure to submit in full and/or untimely submission of the documents necessary for the Insurer to take a decision on the insurance benefit and to confirm the amount of losses); failure to meet the requirements for his/her actions upon occurrence of the insured event, including failure of the Policyholder (Insured Person) to follow medical prescriptions, recommendations and instructions of the Assistance, which has resulted in additional expenses; refusal of the Insured Person to take the medical examination appointed upon the Insurer's request to confirm the fact of occurrence of the insured event, etc.;

18.1.7. receipt by the Insured Person of the services, the types and/or volumes of which are not stipulated by the Insurance Programme;

18.1.8. any events that have attributes of an Insured Event but occur beyond the term (of the Insurer's liability) and/or outside the Territory of the Contract;

18.1.9. Existence of circumstances that are exceptions to insured events and insurance restrictions provided for herein.

18.2. The Insurer shall have the right to reduce the insurance benefit in case the Insured Person fails to follow the doctor's recommendations, which has resulted in deterioration of his/her condition and, as a result, higher medical expenses.

19. MODIFICATION AND TERMINATION OF THE AGREEMENT.

19.1. All amendments and supplements made to the Agreement after its conclusion shall be accepted by agreement of the Parties through the conclusion of a supplemental agreement to the Agreement forming an

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

integral part thereof. The Party shall notify the other Party of its intention to amend and/or supplement the Agreement in writing at least five (5) business days before the proposed (expected) deadline for making amendments and/or supplements. The Parties agree that proposals for amendments and supplements to the Agreement may be made by sending a letter from one Party to the Agreement to the other one by e-mail or by postal means to the addresses of the Parties to the Agreement specified in sections 1 and 2 of the Policy. If either Party disagrees with amendments and/or supplements to the Agreement, the issue of the further effect of previous conditions or its termination shall be resolved within five (5) business days upon final consideration of the proposal to amend and/or supplement the Agreement.

19.2. The Agreement shall be terminated subject to the agreement of the Parties, as well as in the following cases:

19.2.1. Expiration of the Agreement.

19.2.2. Performance of the Insurer's obligations to the Policyholder in full.

19.2.3. Winding up of the Policyholder that is a legal entity or death of the Policyholder who is an individual (except as provided for by the Law of Ukraine "On Insurance").

19.2.4. Death of the Insured Person.

19.2.5. Winding up of the Insurer as prescribed by the legislation of Ukraine.

19.2.6. If, during the term of the Agreement, it is discovered that the Policyholder has been subject to sanctions by the European Union, the United Kingdom, the United States of America (OFAC), the National Security and Defence Council of Ukraine (NSDC) — from the date such person was entered into the lists and/or from the date the relevant circumstance was discovered.

19.2.7. If, during the term of the Agreement, it is discovered that the Policyholder has been included in the list of terrorists — from the date such person was entered into the lists and/or from the date the relevant circumstance was discovered.

19.2.8. Entry into legal force of a court decision declaring the Agreement invalid.

19.2.9. After transporting the Insured Person from abroad to Ukraine (Medical Evacuation).

19.2.10. In other cases stipulated by the legislation of Ukraine.

19.3. The Agreement may be terminated early upon request of the Policyholder or the Insurer. The Agreement cannot be terminated early by the Insurer,

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 залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення

unless the Insured performing all the terms and conditions of the Agreement has consented to this.

19.4. Either Party shall notify the other Party of its intention to terminate the Agreement early at least thirty (30) calendar days before the termination date hereof.

19.5. In case of early termination of the Agreement upon request of the Policyholder, the Insurer shall refund the Insurance Premium to the Policyholder for the period remaining till the expiration hereof, deducting any expenses directly related to the execution and performance of the Agreement and actual Insurance Indemnity paid hereunder. If the Policyholder's claim is related to a breach of the terms and conditions of the Agreement by the Insurer, the latter shall fully refund the Policyholder for the Insurance Premium paid.

19.6. In case of early termination of the Agreement upon request of the Insurer, the Policyholder shall be fully refunded the Insurance Premiums paid. If the Insurer's claim is related to the Policyholder's failure to comply with the terms and conditions of the Agreement, the Insurer shall refund the Policyholder for the Insurance Premium for the period remaining till the expiration hereof, deducting any expenses directly related to the execution and performance of the Agreement and actual Insurance Indemnity paid hereunder.

19.7. If the Insurer ceases its activities and execution of the insurance portfolio, the Insurer shall fully refund the Policyholder for the Insurance Premium paid.

19.8. In case of early termination of the Agreement due to the Insurer's performance of its obligations to the Policyholder in full, any Insurance Premium paid shall not be refunded.

19.9. When the Agreement is terminated in accordance with Clauses 19.2.6 - 19.2.7 of these Insurance Terms and Conditions, the insurance premium shall be refunded in accordance with the financial monitoring legislation of Ukraine.

19.10. The Insurer shall refund the Insurance Premium paid (part thereof) within ten (10) business days from the early termination date hereof.

19.11. In case of early termination of the Agreement with unsettled Insured Events, the final settlement between the Policyholder and the Insurer shall be made once the Insurer decides to recognise the event as an Insured Event and pay the Insurance Indemnity or deny

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.

19.13. З метою виконання вимог п.12 ст. 89 Закону України «Про страхування», на підставі того, що страхові посередники Страховиком можуть залучатися як до укладення Договору страхування, так і в процесі його виконання (з метою обслуговування), у випадку зміни/додавання страхового посередника після укладення Договору страхування (оскільки законодавством України не встановлено вимог до порядку заміни страхового посередника), Сторони дійшли згоди щодо встановлення за Договором страхування наступного порядку зміни/додавання інформації про страхового посередника (страхових посередників), за посередництвом яких був укладений Договір страхування та/або які можуть бути залучені на стадії виконання Договору страхування:

Інформація про зміну/додавання страхового посередника актуалізується Страховиком шляхом направлення на адресу Страхувальника письмового повідомлення, яке містить всю інформацію про зміненого/доданого страхового посередника, обсяги якої визначені законодавством.

Підписанням Договору страхування Сторони погодили, що вищезазначений порядок актуалізації інформації є належним унесенням змін до Договору страхування за згодою Сторін і не є односторонньою зміною його умов, та в цьому випадку не потребується підписання додаткових угод/ додаткових договорів до укладеного Договору страхування.

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.

the event as an Insured Event, and/or decides to deny the Insurance Indemnity.

19.12. In case of early termination of the Agreement, the Insurance Premium cannot be refunded in cash if it was paid by wire transfer.

19.13. In pursuance of paragraph 12 of Article 89 of the Law of Ukraine “On Insurance”, on the basis that insurance intermediaries may be involved by the Insurer both before the conclusion of the Insurance Agreement and in the process of its performance (for the purpose of servicing), in case of a change/addition of an insurance intermediary after the conclusion of the Insurance Agreement (since the laws of Ukraine do not establish requirements for the procedure for replacing an insurance intermediary), the Parties have agreed to establish the following procedure under the Insurance Agreement for changing/adding information about the insurance intermediary(ies) in the conclusion of the Insurance Agreement and/or who may be involved at the stage of performance of the Insurance Agreement:

Information on the change/addition of an insurance intermediary shall be updated by the Insurer by sending to the Policyholder’s address a written notice with all information about the changed/added insurance intermediary, the scope of which is determined by the law.

By signing the Insurance Agreement, the Parties have agreed that the above-mentioned procedure for updating information shall be proper modification of the Insurance Agreement by consent of the Parties and shall not be a unilateral modification of its terms and conditions, and as such, shall not require the signing of supplemental agreements to the concluded Insurance Agreement.

20. WITHDRAWAL FROM THE AGREEMENT.

20.1. The Policyholder has the right to withdraw from the concluded Agreement within thirty (30) calendar days from the execution date thereof and receive the paid insurance premium in full by submitting a corresponding application to the Insurer in written (electronic) form, except for the cases provided for by the law, in particular:

20.1.1. If the Agreement is valid for less than 30 calendar days.

20.1.2. If an event with the attributes of an Insured Event is claimed hereunder.

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

20.2. If the Policyholder withdraws from the concluded Agreement, such Agreement shall be deemed not concluded, and the Parties to the Agreement shall return to each other everything received under the Agreement and shall have no obligations stipulated by the Agreement.

20.2.1. The Insurance Premium shall be refunded by wire transfer only according to the bank details specified in the application.

20.2.2. The Agreement termination (withdrawal) date shall be the date of receipt by the Insurer of the application specifying the bank details.

20.2.3. The Insurance Premium shall be refunded within ten (10) business days upon submission by the Policyholder of an application for withdrawal from the Agreement specifying the bank details.

21. DISPUTE RESOLUTION.

21.1. Any disputes regarding non-performance or improper performance of the terms and conditions of the Agreement shall be resolved through negotiations and, if necessary, with the involvement of independent experts. If any dispute cannot be resolved through negotiations, it shall be resolved in accordance with the procedure established by the effective legislation of Ukraine, including by applying to the court.

21.2. When resolving issues that are not regulated by the Agreement and the General Terms and Conditions, the Parties shall be guided by the legislation.

22. PROCEDURE FOR THE INSURER'S CONSIDERATION OF POLICYHOLDERS' (CONSUMERS') APPEALS.

22.1. The Insurer shall consider and resolve Policyholders' (consumers') appeals within a month from the date of their receipt, and those that do not require additional examination — within fifteen (15) days from the date of their receipt. If any issues raised in the appeal cannot be resolved within a month, the authorised person of the Insurer shall set the necessary term for its consideration, which cannot exceed forty-five (45) days. An appeal can be:

- oral appeal — by phone at the Insurer's 24/7 hotline number **0 800 501 486**;

- written — to the Insurer's e-mail address reception@kniazha.ua or by postal means to the address of the Insurer's Head Office (44 Hlybochytska Street, Kyiv, 04050, Ukraine).

An appeal shall indicate the full name, address/place of staying, set out the essence of the issue, comments,

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.

suggestions, statements or complaints, requests or requirements. A written appeal shall be signed by the applicant(s) with an indication of the date. An electronic appeal shall also indicate an e-mail address to which a reply can be sent to the applicant, or information about other communication means with him/her. When sending an electronic appeal, no electronic digital signature is required for consumers of insurance services who are individuals. The use of languages in the field of citizens' appeals shall be determined by the Law of Ukraine "On Ensuring the Functioning of the Ukrainian Language as a State Language". An appeal made without complying with the specified requirements shall be returned to the applicant. A written appeal that is submitted without indication of the place of residence, is not signed by the author(s) or is submitted by an unidentified person shall be considered to be anonymous and shall be dismissed. Repeated appeals from the same consumer on the same issue shall not be considered if the first one has been resolved on the merits, as well as complaints submitted in violation of the terms provided for in Article 17 of the Law of Ukraine "On Appeals of Citizens", and appeals of persons recognised incapable by the court.

A complaint against the Insurer's actions or decisions shall be submitted as follows:

- to the National Bank of Ukraine (to e-mail address nbu@bank.gov.ua, using a special form <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>; or at 9 Instytutska Str., Kyiv, 01601, Ukraine, telephone: 0 800 505 240);
 - directly to the court, including in case the Policyholder (consumer) does not agree with the decision made on the complaint (appeal to the National Bank of Ukraine does not deprive the Policyholder (consumer) of the right to apply to court in accordance with the effective legislation).
- Other terms and conditions of the dispute resolution procedure are defined in section 23 of these Insurance Terms and Conditions.

23. MISCELLANEOUS.

23.1. This Agreement is not additional to other non-insurance goods, works or services. In connection with the execution hereof, there is no need to obtain additional or accompanying services from the Insurer and/or third parties related to obtaining a financial service under the Agreement.

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 у порядку та на умовах, визначених законодавством.

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

23.2. The actual share of the Insurer's expenses directly related to the conclusion and execution of this Agreement is **70%** of the Insurance Premium.

23.3. The Insurer shall carry out identification and verification of the Policyholder (client) prior to or during the execution of the Agreement independently and/or with the involvement of an insurance intermediary. The Policyholder (client) shall be identified and verified in accordance with the procedure and as prescribed by law.

23.4. In any case, the indemnity shall not cover any losses that result from damage, destruction, distortion, erasure, spoilage of electronic data for any reason in any electronic/electric mechanical equipment/devices (IT system/computer, software, etc.), including, without limitation, as a result of the computer virus, as well as losses that directly or indirectly result from loss of opportunity to use the subject matter of the Agreement or reduced functionality thereof due to the events listed in this Clause of the Agreement.

Electronic data shall mean facts, concepts, information transformed into a format that can be used for communication, interpretation or processing by means of electronic/electric mechanical equipment for data processing, or electronically-operated equipment, and include programs, software and other coded instructions for data processing and manipulation or equipment control and manipulation.

A computer virus shall mean a set of distorting, malicious or otherwise unauthorised instructions or code, including a set of malicious unauthorised instructions or program or other code, which spread themselves via the computer system or network of any type.

23.5. Despite any other terms and conditions of this Agreement, the Insurer shall not provide the insurance coverage, make payments of any nature or provide services or payments of any nature

- to any Policyholder/Beneficiary/third party under this Agreement to the extent to which such coverage, insurance payments or insurance indemnity will result in any sanctions, bans or restrictions imposed upon the Insurer in accordance with the resolutions of the United Nations or trade and economic sanctions, laws or rules of the European Union, Ukraine or the United States of America (provided that no regulations or specific laws of

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

Ukraine applicable to the Policyholder are violated by that).

▪ In case of applying restrictive measures (sanctions) to the Policyholder or to a person entitled to receive the insurance benefit in accordance with the sanctions legislation of Ukraine (Law of Ukraine “On Sanctions”, Regulation on the Implementation of Special Economic and Other Restrictive Measures (Sanctions) approved by Resolution of the Board of the National Bank of Ukraine No. 65 dated 11/05/2023, other regulations in the field of sanctions legislation as amended), which make further cooperation with the Policyholder and/or the payment of the insurance benefit impossible, the Insurer shall perform its obligations once the sanctions (special economic restrictions) are lifted from the Policyholder.

23.6. The Insurer is a corporate income taxpayer under par. 141.1 of Article 141 of the Tax Code of Ukraine.

23.7. The Insurer shall not be considered to provide insurance coverage and shall not pay the insurance indemnity or effect other payments hereunder to the extent to which this insurance coverage, insurance indemnity or other payments will result in any sanctions, bans or restrictions for the Insurer in accordance with the resolutions of the United Nations or trade or economic sanctions, laws or rules of the European Union, Ukraine or United States of America (provided that it does not violate any rules or national legislation applicable to the Insurer).

23.8. The Policyholder hereby acknowledges and agrees that:

23.8.1. The Policyholder has properly and fully read and understood all the terms and conditions of the Agreement set forth in all sections of the Agreement and agrees with them and undertakes to perform them in full.

23.8.2. Regarding the conclusion of this Agreement, the Policyholder has notified the Insurer of the existence of an insurable interest related to the Insured Property.

23.8.3. Regarding the conclusion of this Agreement in compliance with the requirements of the Law of Ukraine “On Financial Services and Financial Companies” and the Law of Ukraine “On Insurance”, the Insurer (insurance intermediary) has provided, and the Policyholder has received and familiarised

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 ВІСННА 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

him/herself with all the information (about the Insurer, the insurance intermediary, the insurance product) in the cases, to the extent and in the manner prescribed by law; information about the Insurer, the standard insurance product available on the Insurer's website at <https://kniazha.ua> is complete and sufficient for a correct understanding of the essence of the financial service provided by the Insurer; all the specified information and all the terms and conditions of the Agreement are clear to him/her; the specified information and the Agreement do not contain ambiguous wordings and/or definitions unclear to the Policyholder; the conclusion of this Agreement was not imposed on him/her by another person; this Agreement is not concluded by the Policyholder under the influence of error, hardship or violence; the Policyholder has the required legal capacity and capability to conclude the Agreement.

23.8.4. The Policyholder grants to the Insurer irrevocable consent to the processing (collection, registration, accumulation, storage, adaptation, change, renewal, use and distribution, dissemination, sale, transfer), depersonalisation, destruction of the Policyholder's personal data for the purpose of carrying out statutory activities, including to ensure the implementation of relations arising from the concluded Agreement (including reinsurance), for the purpose of generating statistical data, as well as for the purpose of organising postal mailings, SMS mailings, Viber messages and newsletters to the Policyholder's address for the purpose of providing information about the performance of the Agreement, for marketing purposes of transmitting informational and advertising messages about the Insurer's services, as well as the services of other companies of VIENNA INSURANCE GROUP in Ukraine.

23.8.5. The Policyholder has received a notice about the data subject's rights in accordance with the Law of Ukraine "On Protection of Personal Data".

23.8.6. The Insured Persons (their legal representatives) have familiarised themselves with the terms and conditions of this Agreement and given their consent to the processing of their personal data in accordance with section 23 of these Insurance Terms and Conditions. The Insurer shall protect personal data of the Insured Persons provided by the Policyholder in accordance with the requirements of the effective legislation of Ukraine.

23.8.7. He/she has obtained the consent of the Insured Persons (their legal representatives) to the conclusion of this Agreement regarding them and insurance in

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.

accordance with the terms and conditions of this Agreement. In order to comply with the requirements of the Law of Ukraine "On Personal Data Protection", the Policyholder hereby provides the Insurer with personal data of the Insurance Persons under the Agreement and confirms the receipt of consent to their distribution. The Policyholder confirms the legality of obtaining personal data of the Insured Persons, the presence of consent of the Insured Persons (their legal representatives) to the processing of personal data and consent to the transfer of personal data to the Insurer, as well as consent to the transfer of their personal data by the Insurer to the Policyholder.

23.9. The Policyholder (Insured Person) hereby grants to the Insurer and the Assisting Company consent to the Insurer's receipt from third parties (healthcare and other facilities, doctors in private practice, witnesses of the incident, etc.), who provided medical or other services to the Insured Person, of their personal, medical and other data constituting a medical secret, medical information about their state of health, treatment, established diagnoses, as well as the circumstances of the incident, etc.

23.10. The totality of information about the client (insured) and his/her financial condition, which became known to the Insurer or insurance intermediary in connection with the conclusion and/or performance of this Agreement and the disclosure of which may cause material or moral damage to such a client (insured), is an insurance secret. The Insurer, persons who are part of the management and supervisory bodies of the insurer, auditors, responsible actuaries, other persons who are employees of the insurer, insurance intermediaries and their employees, other persons whom the insurer has charged with the performance of a part of the insurance activity, shall provide for the storage and protection of information constituting an insurance secret in order to prevent its illegal disclosure. The Parties shall be liable for the disclosure of insurance secrecy in accordance with the effective legislation.