

**ПРОПОЗИЦІЯ (оферта) №013-2021**  
**щодо укладання електронного комплексного договору страхування**  
**відпочиваючих на території ТК «Буковель»**  
**«ПОДОРОЖУЙ В БУКОВЕЛЬ», серія 21/01-35Е від 27.01.2021 р.**

1. Дана пропозиція Оферта (надалі – Оферта) є офіційною пропозицією ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ІНШУРАНС ГРУП», (код ЄДРПОУ – 24175269, надалі – Страховик), що адресується невизначеному колу споживачів, укласти із Страховиком електронний комплексний договір страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» «ПОДОРОЖУЙ В БУКОВЕЛЬ», серія 21/01-35Е (надалі – Договір). **Страховик** - ПрАТ «УСК «КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП» Юридична адреса: вул. Глибочицька 44, м. Київ, Україна, 04050. Адреса місцезнаходження Страховика: 04050, м. Київ, вул. Глибочицька, 44. Адреса електронної пошти <https://kniazha.ua>. Від імені Страховика може діяти Повірений, який діє на підставі та на умовах визначених в договорі Доручення укладеного зі Страховиком. Повірений виконує частину страхової діяльності Страховика та може укладати договори страхування, одержувати страхові платежі, виконувати роботи, пов'язані із здійсненням страхових виплат та страхових відшкодувань.

1.1. Повірений - ТК «Буковель», ТОВ «Парктур» WEB –сторінка в мережі Інтернет <http://bukovel.com>.

1.2. **Страхувальник** – дієздатна фізична особа, які уклали із Страховиком Договір страхування.

1.3. **Договір страхування** (надалі **Договір/Договір страхування**) – це угода, між Страховиком та Страхувальником, згідно з якою, Страховик бере на себе зобов'язання, у разі настання страхового випадку, здійснити страхову виплату 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. Договір укладається в електронній формі та складається з двох частин: Комплексного Договору страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» в електронній формі, який направляється Страхувальнику/Застрахованій особі на електронну пошту та пропозиції (оферти) щодо укладання електронного комплексного договору страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» «ПОДОРОЖУЙ В БУКОВЕЛЬ», серія 21/01-35Е, яка розміщена на сайті Страховика <https://kniazha.ua>, які є невід'ємною частиною Договору страхування.

Договір укладений в електронній формі, яка відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» прирівнюється до письмової форми. Сторони зобов'язуються відтворити Договір страхування на паперовий носій за домовленістю сторін.

1.3.1. Цей Договір є комплексним – укладається на підставі:

- Ліцензії АВ №483137, виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 01 жовтня 2009 року, Правил «Добровільного страхування медичних витрат» від 30.06.2016 р.;

- Ліцензії АВ №483130 виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 01 жовтня 2009 року, Правил «Добровільного страхування від нещасних випадків» від 28.02.2013 р.

1.3.2. Цей договір є комплексним, та містить:

- Умови страхування медичних витрат;

- Умови добровільного страхування від нещасного випадку.

1.4. **Застрахована особа** – фізична дієздатна особа, на користь якої укладений Договір страхування та вказана в Договорі страхування. Цей Договір може бути укладено Страхувальником - на свою користь, і тоді він одночасно є Застрахованою особою; та, на користь третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою. Застрахована особа може набути прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

## **2. ВИЗНАЧЕННЯ**

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

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

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

**2.4. Раптове захворювання** – гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою (гостре захворювання,

загострення чи ускладнення хронічного захворювання) або травмою Застрахованої особи, під час та на території дії Договору, що становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання екстреної медичної допомоги.

**2.5. Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов страхування зобов'язаний провести Страхову виплату при настанні страхового випадку.

**2.6. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія)** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику за договір страхування.

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

**2.8. Франшиза** – частина збитків, яка не відшкодовується Страховиком.

**2.9. Ski-пас** – це абонемент (матеріальний носій, виготовлений у формі пластикової картки) на користування гірськолижними витягами Туристичного комплексу «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 Туристичного комплексу «Буковель».

### 3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

3.1.1. **Страхування медичних витрат** – майнові інтереси, що не суперечать закону України, пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованої особи та медичними витратами Застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку, під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) до ТК «Буковель».

3.1.2. **Добровільне страхування від нещасного випадку** - майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування, за згодою Застрахованої особи.

### 4. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА СТРАХОВИХ РИЗИКІВ:

#### 4.1. За умовами страхування медичних витрат:

**4.1.1. 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.

**4.1.2. Страховим випадком** є подія, передбачена Договором страхування (п.4.1.1.), що не підпадає під виключення або обмеження страхування, яка відбулась з Застрахованою особою, в період дії Договору (відповідальності Страховика), на території Туристичного комплексу «Буковель», під час її перебування (відпочинку) та зайняття гірськолижним спортом, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату шляхом відшкодування медичному закладу/Застрахованій особі (або її законним представникам)/Вигодонабувачу документально-підтверджених витрат, за наданою екстреною медичною допомогою 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.

4.1.3. Перелік витрат на медичні послуги, які відшкодовує Страховик, в разі настання страхового випадку:

#### 4.1.3.1. Медичні послуги, які передбачені Програмою страхування:

**4.1.3.1.1. 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.

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

**4.1.3.1.3. 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 страхування 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.

**4.1.3.1.4. 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..

**4.1.3.1.5. 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.

**4.1.3.1.6. 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.

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.

#### **4.2. За умовами добровільного страхування від нещасного випадку:**

4.2.1. 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.

4.2.2. Перелік Страхових випадків:

4.2.2.1. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (встановлення 1-ї, 2-ї, 3-ї групи інвалідності);

4.2.2.2. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

### **5. СТРОК СТРАХУВАННЯ ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ**

5.1. Місце та строк дії за договором, визначені в Комплексного страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» «ПОДОРОЖУЙ В БУКОВЕЛЬ»;

5.2. Договір страхування набирає чинності з дати сплати Страхувальником страхової премії в повному обсязі; У разі несплати або не повної сплати страхового платежу Договір страхування не набуває чинності (або припиняє свою дію), виплата страхового відшкодування не здійснюється.

5.3. Договір може бути укладено за одним із варіантів – «Безперервне страхування» або «Переривчасте страхування» (потрібний варіант у відповідній графі Комплексного Договору страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель», відмічається «галочкою»):

5.3.1. «Безперервне страхування» – передбачає укладення Договору на строк однієї поїздки. Строк дії визначається у відповідній графі «Період страхування» Комплексного Договору страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель». 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».

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

5.4. Якщо в Комплексному договорі страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» в графі «Додаткові умови страхування», зазначено:

5.4.1. «**Ski-пас – 3 (або інша кількість) днів катання посіпіль**», то Відповідальність Страховика починається з моменту активації Застрахованою особою Ski-пасу та діє виключно ту кількість днів (або страховий захист діє впродовж тієї кількості днів), що встановлена у відповідній графі «Дні перебування», що зазначено в Комплексному Договорі страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель».

5.4.2. «**Ski-пас – 3 (або інша 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 Комплексному Договорі страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель».

5.3. В інших випадках (коли в Комплексному договорі страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» в графі «Додаткові умови страхування», нічого не зазначено), відповідальність Страховика по відношенню до кожної Застрахованої особи, діє лише по випадкам, які виникли під час занять будь – якими видами відпочинку на території готелів, які розташовані на території туристичного комплексу «Буковель», в т.ч. під час занять (Застрахованими особами) гірськолижним спортом після активації **Ski-пасу, протягом періоду дії Договору**.

5.4. Відповідальність Страховика не діє за територією Туристичного комплексу «Буковель».

### **6. ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ:**

Конкретна ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ – Стандарт, зазначається в Комплексному договорі страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель», в графі «Програма та види страхування» та відмічається знаком .

Назва програми	Стандарт	
Страхова сума по медичним витратам, грн на особу	40 000	
Страхова сума по страхуванню від нещасного випадку, грн на особу	10 000	
<b>СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ</b>		
Назва послуги:	Клас клінік	Ліміт
<b>1. Пошук в горах та транспортування з використанням гірської пошуково-рятувальної служби</b>	включено	2500 грн.

<p><b>2.«Екстрена медична допомога»</b> 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.</p>	включено	
<p><b>3. Невідкладна амбулаторна допомога.</b>  <u>Дана послуга передбачає організацію та відшкодування:</u>  <b>3.1. невідкладної медичної допомоги, яка надається в амбулаторних умовах медичному закладі:</b>  - первинна консультація лікаря;  - діагностично-лікувальні процедури оплачуються за рішенням Страховика, в обов'язку необхідному для надання невідкладної допомоги та стабілізації стану Застрахованої особи.</p>	В, С, А. Медичний центр на території ТК «Буковель» - базовий Медичний заклад	В межах СС
<p><b>3.2. екстрена медична допомога, яка надається в умовах спеціалізованого медичного закладу (хірургічного, травматологічного) профілю:</b>  3.2.1. первинні хірургічні обробки (ПХО) рани та перев'язки – у кількості не більше 3 (трьох);  3.2.2. малі хірургічні операції;  3.2.3. відшкодування витрат за вартість медикаментів, необхідних для надання невідкладної амбулаторної допомоги в межах 300 грн;  3.2.4. відшкодування витрат на засоби фіксації при переломах кісток, розривах зв'язок в межах 600 грн.</p>	Медичний центр на території ТК «Буковель»), Аптеки	В межах СС
<p><b>4. Невідкладна стаціонарна допомога.</b>  <b>4.1. В межах даної послуги сплаті підлягають такі послуги:</b>  - перебування в палатах (стандарт), реанімаційних палатах;  - харчування, передбачене умовами медичного закладу;  - терапевтичне лікування (консультації лікуючого лікаря та за його рекомендацією - спеціалістів вузького профілю, діагностично-лікувальні процедури), в обов'язку необхідному для надання невідкладної допомоги та стабілізації стану Застрахованої особи;  - екстрені оперативні втручання (призначені лікарем, в якості надання невідкладної допомоги), які неможливо замінити курсом консервативного (терапевтичного) лікування та відкласти до повернення додому;  - одноразові засоби медичного призначення (шприци, бинти, тощо), в обов'язку необхідному для проведення оперативних втручань та надання невідкладної допомоги для стабілізації стану Застрахованої особи;  - одноразові засоби особистого догляду, на час перебування в реанімаційній палаті.</p>	В,С	В межах СС
<p><b>4.2. В межах даної послуги сплаті підлягають:</b>  - медикаменти, призначені для лікування в стаціонарних умовах та надання екстреної допомоги</p>	Аптеки	5000 грн.
<p>4.3. засобів фіксації при переломах кісток (в т.ч. металеві конструкції, необхідні для проведення оперативного лікування, за погодженням Страховика), розривах зв'язок</p>	Франшиза 45%	
<p>4.3.1. інші засоби фіксації при переломах кісток (гіпс, бинти, лангети)</p>	В межах СС	
<p><b>5. Невідкладна стоматологічна допомога.</b>  <u>В межах даної послуги сплаті підлягають:</u>  - стоматологічний огляд;  - рентгеновське дослідження;  - видалення зубів або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку, в обов'язку необхідному для надання невідкладної допомоги та ліквідації гострого болю;</p>	В,С,А (за рішенням Страховика – Медичний центр на території ТК «Буковель»)	800 грн.
<p><b>6.Медичне транспортування.</b>  <u>У разі необхідності в межах даної послуги сплаті підлягають:</u>  - до найближчого медичного закладу чи лікаря;  - до спеціалізованого медичного закладу з метою подальшого стаціонарного лікування</p>	+	В межах СС
<p><b>7.Репатріація тіла Застрахованої особи</b></p>	+	В межах СС
<b>ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ</b>		
<p>- <b>В разі смерті Застрахованої особи</b></p>	100% від СС	



-	В разі встановлення <b>1-ї групи інвалідності</b>	90% від СС
-	В разі встановлення <b>2-ї групи інвалідності</b>	70% від СС
-	В разі встановлення <b>3-ї групи інвалідності</b>	50% від СС

#### **Клас клінік:**

"А++" - брендові медичні заклади

"А+" - приватні медичні заклади високої цінової категорії

"А" - приватні медичні заклади помірної цінової категорії

"В,С" - державні та відомчі медичні заклади

#### **7. ГРУПИ РИЗИКУ ТА КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ:**

7.1. Позначення групи відповідних ризиків здійснюється в окремих клітинках графі «Група ризику» в Договорі страхування.

7.2. При визначенні групи ризику:

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

7.2.2. **Ризик S - «Активний відпочинок».**

Передбачає заняття активними видами відпочинку під час перебування на території Туристичного комплексу «Буковель», згідно переліку: сплав по річках; катання на підйомниках; відвідування атракціонів; BIKE ZIP; BASE - стрибки, роуп-джампинг, парашутний спорт, інші подібні види розваг, які можуть бути запропоновані під час відпочинку та перебування на території гірськолижного курорту «Буковель».

#### **8. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

##### **За умовами добровільного страхування медичних витрат та страхуванні від нещасного випадку:**

8.1. 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:

8.1.1. В Медичний центр на території ТК «Буковель»;

8.1.2. Або до медичного Асистансу СК «Княжа» за контактами:

тел. **0 800 213 012; + 38 050 469 19 03** через програми (Viber/Whats App);

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

8.2. та надати наступну інформацію:

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

8.2.2. Номер Договору.

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

8.2.6. Детальний опис випадку та характер необхідної допомоги.

8.2.7. Іншу інформацію на запит лікаря-координатора Страховика.

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

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

8.5. Застрахована особа зобов'язана неухильно дотримуватись інструкцій та рекомендацій, наданих їй лікарем координатором Страховика.

#### **9. ВИКЛЮЧЕННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ:**

9.1. Підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є:

9.1.1. 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 страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

9.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою), умисного злочину (правопорушення) що призвів до настання страхового випадку;

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

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

9.1.5. 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;

- 9.1.6. несвоєчасне повідомлення (або неповідомлення) Страхувальником/Застрахованою особою, Страховика про зміну ступеню страхового ризику;
- 9.1.7. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою своїх обов'язків, передбачених Договором страхування (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;
- 9.1.8. отримання Застрахованою особою послуг, види та/або обсяги яких не передбачені Договором/Програмою страхування;
- 9.1.9. будь-які події, які мають ознаки страхового випадку, але виникли поза межами строку дії (відповідальності Страховика) та/або не на території дії Договору страхування;
- 9.1.10. здійснення подорожі Застрахованою особою, незважаючи на медичні протипоказання до такої поїздки та всупереч рекомендаціям лікаря;
- 9.1.11. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;
- 9.1.12. 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.
- 9.2. Страховик має право зменшити страхову виплату:**
- 9.2.1. якщо Застрахована особа не вжила необхідних і доцільних заходів для запобігання та зменшення витрат, що виникають внаслідок події, передбаченої Договором страхування, а також усунення причин, що сприяють виникненню додаткового збитку.
- 9.2.2. у разі невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я та - як наслідок, збільшення медичних витрат.
- 9.3. Страховик не визнає страховим випадком події:**
- 9.3.1. які сталися під час військових дій або військових заходів, інтервенції, ворожих дій армій інших держав (незалежно від того була оголошена війна або ні), або їх наслідків; революцій, повстань, диверсій, громадських заворушень і страйків; тероризму, терористичного акту, технологічного тероризму, терористичної діяльності та/або антитерористичних дій; оголошення надзвичайного, особливого та військового стану, природніх катаклізмів, стихійного та/або природнього лиха;
- 9.3.2. які сталися у стані алкогольного (рівень етанолу в крові - більше 1.6), наркотичного та токсичного сп'яніння Застрахованої особи;
- 9.3.3. які сталися в результаті:
- 9.3.3.1. ядерного вибуху, техногенної катастрофи; застосування хімічної, біологічної, ядерної зброї;
- 9.3.3.2. самогубства, спроби самогубства (за винятком випадків, коли вона була доведена до цього протиправними діями третіх осіб);
- 9.3.3.3. грубого порушення загально прийнятих правил особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками Страховика, Туристичного комплексу «Буковель» та інструкціями працівників баз розміщення (готелів);
- 9.4. Страховик не відшкодовує наступні витрати:**
- 9.4.1. 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);
- 9.4.2. 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);
- 9.4.3. 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;
- 9.4.4. 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);
- 9.4.5. на оплату вартості наступних оперативних втручань та ускладнень пов'язаних з ними:
- 9.4.5.1. будь-якого протезування (включаючи очне та зубне), в т.ч. протезування клапанів серця, ендопротезування суглобів; трансплантація органів та тканин; придбання, пошук та доставка органів та тканин необхідних для трансплантації;
- 9.4.5.2. пластичних, косметичних, реконструктивних операцій; планових оперативних втручань (в т.ч на серці, судинах);
- 9.4.6. на послуги з надання додаткового комфорту (палат підвищеного комфорту);
- 9.4.7. витрати і збитки через неможливість брати участь в подорожі, екскурсії, за бронювання квитків і місць у готелях, моральну шкоду;
- 9.4.8. на оплату послуг, які надаються спеціалізованою особою, що не має відповідної ліцензії на здійснення відповідної діяльності;

- 9.4.9 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;
- 9.4.10 на лікування, медичне транспортування, та інші послуги, які передбачені Програмою страхування, якщо не були погоджені з Страховиком;
- 9.4.11 на оплату медичного обладнання та інструментарію (окрім випадків передбачених Програмою страхування);
- 9.4.12 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;
- 9.4.13 на оплату вартості апаратів для проведення діагностики в домашніх умовах та витратних матеріалів до них;
- 9.4.14 на оплату вартості засобів особистої гігієни, дезінфекції, косметичних засобів, дитячого харчування, препаратів для постійного прийому, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;
- 9.4.15 пов'язані з отриманням (підготовкою) необхідних документів, інформації та доказів, лікарських експертиз; моральної шкоди.
- 9.4.16 виплати пов'язані з організацією стаціонарного лікування, крім випадків, передбачених п. 2.1. Договору.
- 9.4.17 виплати пов'язані з повторними консультаціями лікарів, крім випадків за рішенням Страховика, в кожному конкретному випадку, лише при ускладненнях захворювання та погіршенні стану Застрахованої особи.
- 9.4.18 не покриваються виплати пов'язані з викликом лікаря в готель, крім випадків 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.

#### **9.5. не підлягають оплаті/відшкодуванню витрати на діагностику (в т.ч. уточнюючу), лікування та корекцію:**

- 9.5.1. епідемічних, пандемічних хвороб, (внаслідок яких була оголошена епідемія, пандемія, карантин) та особливо небезпечних інфекцій (чума, холера, натуральна віспа, геморагічна лихоманка, жовта гарячка, лихоманка Ебола, лепра, COVID-19 (SARS-CoV-2));
- 9.5.2. хронічних захворювань в стадії ремісії, нестійкої ремісії, або в стадії загострення, які не потребують надання екстреної допомоги;
- 9.5.3. будь-яких захворювань, які є наслідком самолікування. Не відшкодовується вартість лікування, діагностики, та інших послуг, які не були рекомендовані лікарем;
- 9.5.4. захворювань, які виникли в результаті вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків. Лікування абстинентного синдрому;
- 9.5.5. класичних венеричних захворювань (згідно визначення ВООЗ) та інфекцій, які переважно передаються статевим шляхом та запальних захворювань сечостатевої системи, які пов'язані з ними; СНІД (ВІЛ) та подібних, а також захворювань, що є їх наслідком та інших імунодифіцитних станів; ТОРЧ інфекцій, вітряної віспи;
- 9.5.6. психічних захворювань, психологічних проблем, психо-соматичних розладів;
- 9.5.7. астми, епілепсії, алергії окрім випадків надання екстреної допомоги в об'ємі необхідному для стабілізації стану Застрахованої особи;
- 9.5.8. вроджених захворювань, вад розвитку, спадкових захворювань, професійних хвороб; хвороб, які стали причиною встановлення інвалідності; хвороб, загострення яких розвинулись до початку дії Договору;
- 9.6. **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:** - при встановленні Застрахованій особі під час дії Договору страхування, підвищеної групи інвалідності в порівнянні з тією групою інвалідності, що була встановлена їй до дати підписання Договору;  
- при встановленні Застрахованій особі групи інвалідності через 12 місяців з дати настання нещасного випадку;  
Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування на підставі пп. 9.1. та 9.3.

#### **10. УМОВИ, ПОРЯДОК ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ АБО ВІДШКОДУВАННЯ**

- 10.1. При настанні страхового випадку за умовами страхування медичних витрат страхування відпочиваючих на території ТК «Букмель», Страховик гарантує виплату страхового відшкодування (документально підтверджених витрат), тільки в межах страхової суми, та/або в межах лімітів, передбачених Програмою страхування.
- 10.1.1. 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.
- 10.1.2. 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.
- 10.1.3. Страховик, в межах страхової суми (лімітів відповідальності) здійснює відшкодування витрат:
- 10.1.3.1. 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;
- 10.1.3.2. 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 п.11. 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.

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

10.1.3.2.2. електронну заяву «про настання події» на сайті Страховика [www.kniazha.ua](http://www.kniazha.ua), але не пізніше 15 календарних днів з моменту закінчення лікування. З урахуванням вимог «Оферти щодо оформлення заяви про настання події в електронній формі» (розміщена на сайті);

10.1.3.2.3. або, письмову заяву «про настання події» (в офісі Страховика), але не пізніше 15 календарних днів з моменту закінчення лікування;

10.1.3.2.4. інші документи (передбачені п.11 Договору), які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг (згідно переліку визначеного умовами цього Договору).

10.1.3.3. 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 (згідно переліку зазначеного в п.11 Договору), які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг, за умови, що такі витрати були письмово погодженні Страховиком.

10.1.3.3.1. 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.

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

10.3. 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 п.11 Договору), які підтверджують факт настання страхового випадку, не пізніше 30 календарних днів з дати смерті Застрахованої особи/дати встановлення інвалідності, або в разі визначення спадкоємців – з дати отримання документу про правонаступництво.

Розмір страхової виплати, по страхуванню від нещасного випадку:

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

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

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

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

10.4. 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.

10.5. 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.

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

## **11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ НЕОБХІДНИХ ДЛЯ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

11.1. Для отримання страхової виплати, в разі самостійної сплати послуг Застрахованою особою, Страховику надаються такі документи:

11.1.1. Заяву на виплату страхового відшкодування (встановленого зразку);

11.1.2. копія Договору;

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

11.1.4. копія ідентифікаційного коду платника податку;

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

11.2. у разі відшкодування вартості медичних витрат, додатково до зазначених в п. 11.1, надаються наступні документи:

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

11.2.2. Рецепти, виписані лікуючим лікарем Застрахованій особі, де вказані назви лікарських засобів (оригінали);

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

11.2.4. 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;



### 11.3. перелік документів для відшкодування інших витрат (передбачених Договором):

11.3.3. у разі відшкодування вартості витрат, пов'язаних з репатріацією (транспортуванням) тіла Застрахованої особи, додатково до зазначених в п. 11.1, надаються наступні документи:

11.3.3.1. Свідоцтво про смерть Застрахованої особи (копія);

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

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

11.3.3.4. 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.

### 11.4. Для отримання страхової виплати по страхуванню від нещасного випадку:

11.4.1. 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. 11.1, Страховику надаються наступні документи:

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

11.4.1.2. 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;

11.4.1.3. 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);

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

11.4.2. в разі смерті Застрахованої особи в результаті нещасного випадку, додатково до зазначених в п. 11.1, Страховику надаються наступні документи:

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

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

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

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

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

11.5.2. 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.

11.5.3. Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування в частині збитку, що не підтверджена відповідними документами.

## **12. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ**

12.1. Страховий платіж - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести на рахунок Страховика, або через Повіреного, не пізніше дати, визначеної в Комплексному договорі страхування як дата сплати

12.2. Страховий платіж сплачується одноразово у повному обсязі за весь строк страхування згідно умов зазначених в Договорі.

12.3. Днем сплати страхового платежу вважається день перерахунку грошових коштів на розрахунковий рахунок Страховика.

## **13. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

13.1. Дія цього Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

13.1.1. закінчення строку дії Договору страхування;

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

13.1.3. ліквідації Страхувальника-юридичної особи;

13.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

13.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

13.1.6. вимоги Страхувальника чи Страховика згідно з умовами Правил та чинного законодавства України;

13.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

13.2. Дія цього Договору страхування припиняється та втрачає чинність по відношенню до Застрахованої особи:

13.2.1. у разі смерті Застрахованої особи;

13.2.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою у повному обсязі;

13.2.3. за вимогою Страховика або Страхувальника;

13.2.4. в інших випадках, передбачених законодавством України

13.3. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.

Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити письмово іншу не пізніше як за 10 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування.

13.3.1. В разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страховий платіж за період, який залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу у розмірі 40%, та фактичних сум страхових відшкодувань, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника пов'язана з порушенням Страховиком умов страхування за Договором страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю.

13.3.2. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страховик повертає Страхувальнику повністю сплачений ним страховий платіж. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов страхування за Договором страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страховий платіж за період, який залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу у розмірі 40%, та фактичних сум страхових відшкодувань, що були здійснені за цим Договором страхування.

## **14. ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ СТРАХУВАННЯ**

### **14.1. Страховик зобов'язаний:**

14.1.1. Ознайомити Страхувальника на сайті <http://kniazha.ua> з Правилами, страхування, та умовами страхування.

14.1.2. 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), медичному закладу.

14.1.3. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у строк, передбачений цими Умовами страхування або відмовити у страховій виплаті у порядку та строки, що передбачені цими Умовами страхування.

14.1.4. При відмові у виплаті страхового відшкодування повідомити про це Страхувальника (Застраховану особу) протягом 5 робочих днів з дати затвердження страхового акта.

14.1.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника і його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

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

### **14.2. Страхувальник зобов'язаний:**

14.2.1. Сплатити страхову премію одноразово у відповідності до умов зазначених в Договорі

14.2.2. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і вимагаються представником Страховика при укладанні Договору страхування.

В рамках Договору під підвищеним ступенем страхового ризику розуміється зміна будь-якої інформації щодо Застрахованих осіб від тієї, що зазначена в Договорі або у Заяві на страхування, та прийняття на страхування якої потребує сплати більших страхових платежів, аніж були сплачені за Договором.

14.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета договору за цим Договором страхування. Якщо Страхувальник не повідомив Страховика про те, що предмет Договору страхування уже застрахований, новий Договір страхування є нікчемний.

14.2.4. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами страхування, програмами страхування та порядком надання медичної допомоги.

14.2.5. 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.

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

14.2.7. 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.

14.2.8. Сприяти життю Страховиком необхідних заходів щодо визначення причин та обставин страхового випадку і розміру шкоди (збитку).

### **14.3. Страховик має право:**

14.3.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію щодо предмету договору страхування та страхового випадку.

14.3.2. Відмовити у страховій виплаті в разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого з зобов'язань передбачених умовами даного Договору.

- 14.3.3. Протягом встановленого згідно з чинним законодавством України строку позовної давності вимагати повернення страхової виплати, якщо на це будуть підстави, передбачені чинним законодавством України чи Договором страхування.
- 14.3.4. Достроково припинити дію Договору страхування, в т.ч. по відношенню до Застрахованої особи.
- 14.3.5. 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 отримати медичну допомогу.
- 14.3.6. Страховик має переважне право на вибір лікувального закладу.
- 14.3.7. У разі необхідності призначити медичну комісію з метою обстеження Застрахованої особи, а також іншу експертизу стосовно страхової події.
- 14.3.8. Вимагати від Застрахованої особи інформацію, необхідну для встановлення факту, причин, обставин настання страхового випадку та (або) визначення розміру страхової виплати, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність наданої інформації.
- 14.3.9. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку, а також робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, в правоохоронні органи, медичні та інші установи, підприємства, організації, які володіють такою інформацією.
- 14.3.10. Аргументовано відмовити у страховій виплаті частково або повністю, керуючись цими Додатковими умовами та умовами Договору страхування.
- 14.3.11. Відкласти прийняття рішення про виплату або відмову у випадку, коли не повністю з'ясовані обставини випадку (який має ознаки страхового) на термін 6 (шести) місяців, з дати отримання останнього документу.
- 14.4. Страхувальник має право:**
- 14.4.1. Укладати Договори страхування із Страховиком на користь інших осіб (Застрахованих осіб).
- 14.4.2. Ознайомитися з умовами Договору страхування та умовами цих Правил.
- 14.4.3. На дострокове припинення дії Договору страхування.
- 14.4.4. На відтворення Договору страхування на паперовому носії.
- 14.5. Застрахована (і) особа (и) має (ють) право:**
- 14.5.1. Ознайомитися з умовами Договору страхування та умовами цих Правил.
- 14.5.2. Отримувати послуги, які передбачені Програмою страхування.
- 14.5.4. Отримати страхове відшкодування та/або отримати страхову виплату при самостійній оплаті Послуг, за умови попереднього погодження з Страховиком.
- 14.5.5. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті у порядку, встановленому законом.
- 14.5.6. На отримання послуг, передбачених Договором страхування (в залежності від обраної Програми страхування), (без узгодження із Асистуючою компанією або Страховиком), і їх самостійну оплату в межах 500 грн.
- 14.6. Застрахована (і) особа (и) зобов'язана:**
- 14.6.1. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.
- 14.6.2. Своєчасно повідомити Страховика, про настання події, що має ознаки страхового випадку, в строк передбачений умовами Договору страхування.
- 14.6.3. Виконувати умови Договору страхування, в т.ч. узгоджувати із представником Страховика всі дії, пов'язані з отриманням медичних та інших платних послуг, передбачених Програмою страхування, виконувати рекомендації та розпорядження Страховика. Проходити лікування за призначенням лікаря, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається екстрена медична допомога, достовірно інформувати лікаря та персонал медичного закладу і Страховика про стан свого здоров'я та наявні ризики його погіршення.
- 14.6.4. На вимогу Страховика, Застрахована особа, зобов'язана проходити медичні огляди для підтвердження факту настання страхового випадку.
- 14.6.5. Повідомити Страховика про можливість пред'явлення права вимоги до осіб, винних у завданні йому майнової шкоди (збитків).
- 14.6.7. Погодитись на переведення в лікувальний заклад за місцем постійного проживання, для подальшого лікування з того моменту, коли лікар визначає, що стан здоров'я Застрахованої особи за медичними показниками дозволяє їй самій чи в супроводі іншої особи продовжити лікування за місцем проживання.
- 14.6.8. Протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання події повідомити Страховика за будь-яким цілодобовим номером телефону або через програми «Viber» «WhatsApp», «Messenger», по електронній пошті чи за телефоном, що зазначений в розділі 8 цього Договору.
- 14.6.9. Погоджувати зі Страховиком всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі страхового випадку.
- 14.6.10. Виконувати розпорядження та/чи рекомендації Страховика, щодо дій в разі страхового випадку.
- 14.6. Відповідальність Сторін:**
- 14.6.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) пені у розмірі 0,01% від суми простроченого страхового відшкодування за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період, за який нарахована пеня.
- 14.6.2. Страхувальник (Застрахована особа) несе відповідальність за достовірність наданої інформації в разі страхового випадку щодо стану здоров'я Застрахованої особи або нещасного випадку. В разі надання Страхувальником (Застрахованою особою) недостовірної інформації (неправдивих відомостей) Страховик звільняється від виплати страхового відшкодування.

14.6.3. Сторони зобов'язані протягом 10 (десяти) календарних днів письмово повідомляти одна одну про зміну місцезнаходження (місця реєстрації), банківських та інших реквізитів, що зазначені у Договорі. Страховик повідомляє про зміну місцезнаходження, що зазначене у Договорі, шляхом розміщення відповідної інформації на сайті ([www.kniazha.ua](http://www.kniazha.ua)).

14.6.4. У відповідності до Закону України «Про захист персональних даних», шляхом підписання даного Договору, Страхувальник надає згоду Страховику на обробку (збір, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання та поширення розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення персональних даних з метою та в обсязі, встановленому чинним законодавством України та Положенням про захист персональних даних. Наведена вище інформація також може передаватися третім особам, безпосередньо задіяним в обробці цих даних, а також в інших випадках, прямо передбачених законодавством.

Підписанням даного Договору Страхувальник посвідчує, що отримав повідомлення про включення інформації про нього до бази персональних даних КЛІЄНТИ з метою та в обсязі, передбаченим чинним законодавством України та Положенням про захист персональних даних та підтверджує, що з правами, наданими ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних», та Положенням про захист персональних даних ознайомлений, і про місцезнаходження бази персональних даних повідомлений Страхувальник підтверджує, що отримав письмову згоду від Вигодонабувача/ Застрахованої особи щодо обробки його персональних даних Страховиком та повідомив останнього про обсяг та мету, з якою будуть оброблятися його персональні дані, осіб, яким передаються його персональні дані, та права, визначені ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних.»

14.6.5. Підписанням даного Договору страхування, Страхувальник підтверджує те, що йому до укладення зазначеного Договору страхування Страховиком було додатково надано інформацію передбачену частиною другою статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

14.6.6. В будь-якому випадку відшкодуванню не підлягають збитки, які виникли внаслідок 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.

14.6.7. 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).

## **15. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ**

Договір страхування вважається недійсним, у випадках:

15.1. передбачених цивільним кодексом України;

15.2. його укладено після настання страхового випадку;

15.3. несплати Страхувальником страхової премії у повному обсязі;

15.4. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

15.5. В разі визнання Договору страхування недійсним кожна із сторін зобов'язана повернути іншій стороні все, що вона отримала за цим Договором страхування, якщо інші наслідки недійсності Договору страхування не передбачені законодавством України або рішенням суду.

## **16. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

16.1. Для укладання Договору Клієнту необхідно зайти на WEB – сторінку Посередника в мережі інтернет за адресою <http://bukovel.com> або до персонального кабінету або до інформаційно-телекомунікаційних систем, що використовується страховиком або Посередником для укладання Договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції та надати всі відомості, необхідні для укладання Договору страхування.

16.2. Перед укладанням Договору Клієнт обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією (офертою), Правилами страхування, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку персональних даних. Здійснення всіх вищезазначених дій засвідчує намір Клієнта укласти Договір страхування. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальну частину Комплексного Договору страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» «ПОДОРОЖУЙ В БУКОВЕЛЬ».

16.3. Укладання договору страхування здійснюється шляхом прийняття (акцепту) Клієнтом пропозиції укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах (запропонованих Страховиком, виходячи із наданої та/або обраної

Клієнтом інформації) та на умовах Пропозиції (оферти), розміщеної на офіційному сайті Страховика <https://kniazha.ua> та/або Посередника <http://bukovel.com>.

16.4. Перед прийняттям (акцептуванням) індивідуальної пропозиції Клієнт зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність.

16.5. Безумовним прийняттям (акцептом) умов індивідуальної пропозиції Клієнтом, вважається надсилання електронного повідомлення через ІТС, підписаного шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором - ОТП пароллю (який направляється на номер мобільного телефону наданого Клієнтом), що складається з чотирьох символів, шляхом введення у спеціально передбачену графу та використовується для акцептування.

16.7 Після здійснення акцепту індивідуальної пропозиції на вказану Страхувальником адресу електронної пошти та/або персональний кабінет надсилається комплексний договір страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» «ПОДОРОЖУЙ В БУКОВЕЛЬ». Договір страхування набирає чинності після сплати страхового платежу в повному розмірі. Після набрання Договором чинності Клієнт набирає статусу Страхувальника.

16.8. Невід'ємними частинами Договору страхування є Комплексний договір страхування відпочиваючих на території ТК «Буковель» «ПОДОРОЖУЙ В БУКОВЕЛЬ» (індивідуальна частина) та пропозиція (оферта) (публічна частина договору страхування), повний текст доступний на сайті Страховика <https://kniazha.ua>.

16.9. Шляхом акцептування індивідуальної пропозиції Страхувальник підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та передає Страховику згоду на звернення Страховика 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 хвороби, Застрахованої особи та іншої інформації, що становить лікарську таємницю та використання отриманої інформації згідно з умовами цього Договору.

16.10 Страхувальник, акцептуючи індивідуальну пропозицію, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних та персональних даних Застрахованих осіб, в цілях пов'язаних з виконанням Сторонами умов даного Договору страхування 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, розсилок SMS-повідомлень, Viber повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для надання Страхувальнику інформації про виконання Договору, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, 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.

16.11. Шляхом акцептування індивідуальної пропозиції, Страхувальник підтверджує те, що йому до укладення зазначеного Договору страхування Страховиком було додатково надано інформацію передбачену частиною другою статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг». 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.

16.12. Дата, час, здійснення акцепту, надсилання пропозиції та Договору страхування обмін електронними повідомленнями між Сторонами зберігаються в електронній базі Страховика та/або Посередника.

16.13. У всьому іншому, що не викладено і не врегульовано умовами даної пропозиції (оферти), Сторони керуються умовами Правил: «Добровільного страхування медичних витрат», Правил «Добровільного страхування від нещасних випадків», які розміщені на сайті <https://kniazha.ua>.

16.14. Всі зміни до даної пропозиції (оферти) здійснюються шляхом публікації нової редакції пропозиції (оферти) на Сайті <https://kniazha.ua>.

16.15. Договори страхування, які були укладені на підставі пропозиції (оферти) до набрання чинності внесених змін, залишаються без змін та діють на умовах, які були діючими на момент укладення Договору страхування.

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

16.17. Верифікація, ідентифікація та вивчення клієнта проведено в електронній системі Страховика/ Посередника на підставі поданих Страхувальником (представником страхувальника) офіційних даних.

16.18. При укладанні договору страхування Страховиком використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами. Страхувальник (Застрахована особа) підтверджує, що до моменту укладання договору ознайомлений з зразком підпису уповноваженої особи та печатки страховика та надає згоду на використання факсимільного зразку підпису уповноваженої особи Страховика та печатки Страховика шляхом нанесення їх друкарським способом у Договір страхування.

**Страховик**

**Голова Правління**

**Заступник Голови Правління**



**Д.О. Грицута**

**О.О. Ільюшин**