

Оферта (пропозиція)
щодо укладення договору добровільного страхування подорожуючих за кордон
№062-2023 від 27.07.2023 року

1. Дана пропозиція Оферта (надалі – Оферта) є офіційною пропозицією ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «УКРАЇНЬСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП», (код ЄДРПОУ – 24175269, надалі – Страховик), що адресується невизначеному колу споживачів, укласти зі Страховиком договір добровільного страхування подорожуючих за кордон, серія договору 21/01-26, (надалі – Договір страхування) за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його Повіреного та у відповідності до Умов добровільного страхування подорожуючих за кордон, які є невід’ємною частиною цієї Оферти (Додаток № 1).
2. Страховик – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «УКРАЇНЬСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП» в особі Голови Правління Грицута Дмитра Олексійовича та Заступника Голови Правління Калити Вячеслава Івановича, які діють на підставі Статуту.
3. Від імені Страховика може діяти його 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.
4. Адреса місцезнаходження Страховика: 04050, м. Київ, вул. Глибочицька, 44. Сайт: <https://kniazha.ua>.
5. Дана Оферта є пропозицією укласти договір страхування 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, на підставі Ліцензії АВ №483137, виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України від 01.10.2009, Правил добровільного страхування медичних витрат від 30.06.2016, які розміщені на офіційному сайті Страховика <https://kniazha.ua>, а також у відповідності до чинного законодавства України.
7. **Терміни та визначення**
 - 7.1. **Договір страхування** - це угода між Страхувальником і Страховиком оформлена в електронній формі, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору. Договір страхування складається з невід’ємних частин – Договору добровільного страхування подорожуючих за кордон (надалі – Поліс) та Умов страхування, що є Додатком № 1 до Оферти (пропозиції) №062-2023 від 27.07.2023, яка розміщена на сайті за адресою: <https://kniazha.ua>.
 - 7.2. **Ідентифікація** – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його Повіреного з метою укладання договору страхування або отримання страхового відшкодування.
 - 7.3. **Інформаційно-телекомунікаційна система (надалі ІТС)** - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком або його Повіреним для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.
 - 7.4. **Ідентифікація Клієнта в ІТС** - підтвердження повноважень Клієнта на доступ в ІТС Страховика або його Повіреного шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.
 - 7.5. **Логін** - унікальне зареєстроване ім'я Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої автентифікації Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах Страховика та його Повіреного. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону Клієнта тощо.
 - 7.6. **Одноразовий ідентифікатор** – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. Одноразовий ідентифікатор може бути використаний для внесення змін та/або доповнень до електронного договору та його припинення.
 - 7.7. **Пароль** – секретний алфавітно-цифровий набір символів, призначений для можливості входу Клієнта в ІТС.
8. **Порядок укладання Договору страхування**
 - 8.1. Страхування здійснюється у відповідності до Правил страхування та викладених у цій Оферті Умов добровільного страхування подорожуючих за кордон (Додаток №1 до Оферти).
 - 8.2. Укладення Договору страхування здійснюється на підставі даної Оферти, що розміщена на сайті Страховика <https://kniazha.ua>, а також в ІТС (тощо) Страховика та його Повіреного.
 - 8.3. У відповідності до статей 207, 633, 641, 642, 891 Цивільного Кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Оферти Клієнтом вважається заповнення електронної заяви про укладення Договору страхування та підписання електронного договору електронним підписом у вигляді одноразового ідентифікатора, який в свою чергу надається шляхом направлення Страховиком або його Повіреним одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та введення Страхувальником в ІТС Страховика або його Повіреного отриманого одноразового ідентифікатора. Заповнення електронної заяви Клієнтом не зобов'язує його укласти Договір страхування. Договір страхування не є укладеним без електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором.
 - 8.4. Заповненням електронної заяви про укладення Договору страхування Клієнт узгоджує всі істотні умову Договору страхування, передбачені ст. 16 Закону України «Про страхування», в тому числі: предмет страхування, страхову суму, перелік страхових випадків, розмір страхових платежів та порядок їх сплати, строк дії Договору

страхування та ін.

8.5. Якщо Страховик і Страхувальник на підставі цієї Оферти укладуть Договір страхування за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика та його Повіреного, він вважається укладеним у письмовій формі.

8.6. Укладаючи цей Договір страхування Клієнт автоматично погоджується з повним та безумовним прийняттям положень цього Договору. Якщо Клієнт не згодний з умовами Договору, він не має права укласти цей Договір страхування, а також несправді користуватися Послугами за цим Договором.

8.7. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є ненаправлення Страховиком або його Повіреним одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та/або не направлення Полісу Клієнту згідно умов даної Оферти.

9. Строк дії Договору страхування

9.1. Договір страхування набуває чинності із 00 годин 00 хвилин дня наступного після сплати страхового платежу.

9.2. Факт укладення Договору страхування посвідчується Полісом, який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом для укладення Договору страхування.

9.3. Поліс направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації Повіреного. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Полісу та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (Повіреним) в електронній базі Страховика (Повіреного).

9.4. Сторони домовилися, що відправка Поліса та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Поліса/повідомлення Страхувальнику. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Поліс на паперовому носії. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Поліса, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

9.5. Сторони узгодили, що Поліс, який направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації Повіреного, може бути підписано Страховиком із використанням факсимільного відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитка печатки Страховика за зразком:

Голова Правління

Дмитро ГРИЦУТА



10. 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).

11. У всьому іншому, що не викладено і не врегульовано умовами даної Оферти, Сторони керуються умовами Правил добровільного страхування медичних витрат від 30.06.2016, які розміщені на сайті <https://kniazha.ua>.

12. Всі зміни до даної Оферти здійснюються шляхом публікації нової редакції Оферти на Сайті <https://kniazha.ua>.

13. 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.

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

15. Верифікація, ідентифікація та вивчення клієнта проведено в інформаційно-телекомунікаційній системі Страховика або його Повіреного на підставі поданих Страхувальником (представником Страхувальника) офіційних даних.

Оферта дійсна з 00 год. 00 хв. «01» серпня 2023 року та діє до оприлюднення на сайті Страховика повідомлення про відкликання Оферти або оприлюднення її нової редакції.

Страховик

Голова Правління

Заступник Голови Правління



Дмитро ГРИЦУТА

Вячеслав КАЛИТА

Умови добровільного страхування подорожуючих за кордон 21/01-26

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Страховик – ПрАТ «УСК «КНЯЖА ВІСННА ІНШУРАНС ГРУП», юридична адреса: вул. Глибочицька 44, м. Київ, Україна, 04050.

1.2. 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 Страхувальнику/Застрахованій особі, або іншій особі, визначеній в Договорі страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі, у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування. Договір страхування складається з невід'ємних частин – Договору добровільного страхування подорожуючих за кордон (надалі – Поліс) та Умов страхування, що є Додатком № 1 до Оферти (пропозиції) №062-2023 від 27.07.2023, яка розміщена на сайті за адресою: <https://kniazha.ua>. Договір страхування 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 страхування на паперовий носій. При укладанні договору страхування Страховиком та Страхувальником, може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами до якого Страхувальник приєднується шляхом підписання Договору страхування.

1.2.1. Договір страхування укладається на підставі Ліцензії АВ №483137, виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 01.10.2009, Правил добровільного страхування медичних витрат від 30.06.2016;

1.2.2. Договір страхування містить у собі єдиний вид добровільного страхування - страхування медичних витрат.

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

1.4. Застрахована особа – фізична дієздатна особа, на користь якої укладений Договір страхування та вказана в Полісі. Цей Договір страхування 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. Асистуюча компанія – спеціалізована служба, яка діючи від імені та за дорученням Страховика, здійснює організацію та оплату витрат передбачених Договором страхування.

2.2. Багаж – речі, предмети, що бере пасажир з собою, або здає для перевезення в порядку, встановленому відповідними транспортними організаціями.

2.3. Близькі родичі – дружина (чоловік), діти (в т.ч. всиновлені), мати/батько (в т.ч. чоловіка або дружини), рідні сестри/брати Застрахованої особи.

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

2.5. Екстрені оперативні втручання – екстрені операції, що виконують негайно або в перші години після госпіталізації хворого (гострий апендицит, кишкова непрохідність, позаматкова порушена вагітність, шлунково-кишкова кровотеча і ін.).

2.6. Невідкладна (негайна, 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, внаслідок раптового захворювання. Невідкладну медичну допомогу неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до України.

2.7. Програма страхування – це погоджений між Сторонами перелік медичних та додаткових послуг певного обсягу, що будуть організовані та/або оплачені Застрахованій особі (її законним представникам, якщо Застрахована особа є неповнолітньою), або Вигодонабувачу, при настанні страхового випадку. Конкретний перелік медичних (та додаткових) послуг у складі Програм страхування, визначений у п.7 Умов страхування.

2.8. Раптове захворювання – гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або травмою Застрахованої особи, що становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання невідкладної (негайної, екстреної) медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до України. Під загрозою здоров'ю та/або життю Застрахованої особи в даному Договорі розуміється стан Застрахованої особи, при якому ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок раптового захворювання, або до смерті Застрахованої особи.

2.9. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов страхування зобов'язаний провести страхову виплату при настанні страхового випадку. Страхова сума зазначена в Полісі.

2.10. Субліміт страхової суми – встановлений у межах страхової суми ліміт, яким обмежена сума страхового відшкодування.

- 2.11. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику за Договір страхування. Страховий платіж зазначається в Полісі.
- 2.12. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування. Страховий тариф зазначений в Полісі.
- 2.13. Франшиза – частина збитків, яка не відшкодовується Страховиком. Франшиза зазначається в Полісі.
- 2.14. Нещасний випадок – раптова, короткочасна, несподівана, випадкова, непередбачувана та незалежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) подія, що сталася протягом строку дії Договору страхування, та призвела до травм (тілесних ушкоджень), розладу здоров'я (тимчасового або постійного) або до смерті (загибелі) Застрахованої особи.
- 2.15. Цивільна відповідальність – застосування до особи, яка за законом несе відповідальність за свої дії чи бездіяльність, заходів примусу, які визначені законом або договором і полягають в покладанні на таку особу додаткових обов'язків цивільно-правового характеру за вчинення такою особою протиправних дій або бездіяльності.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. 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) за кордон;

4. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА СТРАХОВИХ РИЗИКІВ:

4.1. За страхуванням медичних витрат:

4.1.1. Страховими ризиками є ймовірність та випадковість настання наступних подій – раптового захворювання, смерті Застрахованої особи, інших подій, відшкодування витрат за якими передбачено Програмою страхування.

4.1.2. Страховим випадком є подія, передбачена Договором страхування, що не підпадає під виключення або обмеження страхування, яка відбулась протягом строку дії Договору страхування та на території його дії, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату шляхом відшкодування Асистансу/Застрахованій особі (або її законним представникам)/Вигодонабувачу документально підтверджених витрат, за надану невідкладну медичну допомогу та додаткові послуги для Застрахованої особи, у межах умов та лімітів страхування, передбачених Програмою страхування, при зверненні Застрахованої особи/Страхувальника/Вигодонабувача (або іншої особи) до Асистансу/Страховика/медичного закладу, згідно умов та порядку передбаченого Договором страхування.

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

4.1.3.1. Медичні послуги:

4.1.3.1.1. Витрати на надання невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі:

- «Невідкладна (швидка/екстрена) 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;

- «Невідкладна стаціонарна допомога» – це медична допомога, 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, 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 датою його дії. За іншими страховими випадками, що виникли в цей додатковий період, Страховик відповідальності не несе.

- «Невідкладна амбулаторна допомога» – медична допомога, що надається Застрахованій особі в багатопрофільному/спеціалізованому медичному закладі в умовах амбулаторії або дипломованим лікарем, в разі виникнення раптового захворювання (гострого захворювання, загострення хронічного захворювання).

- «Невідкладна стоматологічна допомога» – медична допомога, що надається Застрахованій особі при виникненні гострого зубного болю (обумовленого гострим запаленням зуба та/або прилеглих до нього тканин). Організація допомоги та оплата витрат відбувається в межах ліміту та на умовах передбачених Програмою страхування.

4.1.3.1.2. Витрати на медичне транспортування Застрахованої особи (або тіла Застрахованої особи, в разі її смерті):

- «Медичне транспортування» – організовується та/або оплачується, коли стан Застрахованої особи не дозволяє самостійно пересуватися (тяжкий стан та/або обмежені фізичні можливості до самостійного пересування), до найближчого медичного закладу або лікаря, який може надати кваліфіковану допомогу відповідного профілю за кордоном. За рішенням Страховика, може бути організоване та/або оплачене транспортування із медичного закладу до місця мешкання Застрахованої особи (за кордоном), у випадках коли Застрахованій особі за медичними показниками, був рекомендований ліжковий режим;

- «Медична евакуація» (транспортування) Застрахованої особи, проводиться із-за кордону до місця постійного проживання в Україні, тільки за умови відсутності медичних протипоказань (задокументованих лікарем), у випадку, коли Застрахована особа не може (через свій фізичний стан) пересуватися самостійно та/або її стан потребує постійного медичного нагляду під час транспортування. Медична евакуація, може бути запропонована Страховиком, якщо за кордоном відсутні можливості надання необхідної медичної допомоги, а також у випадку, коли витрати на лікування за кордоном можуть перевищити страхову суму (або значно перевищують витрати на медичну евакуацію). До

витрат на медичну евакуацію можуть включатися витрати на супроводжуючу особу (при наявності медичного висновку про необхідність такого супроводження). Медична евакуація відбувається виключно за рішенням Страховика (в т.ч. щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту);

- «Репатріація тіла» Застрахованої особи, в разі її смерті – це витрати пов'язані з перевезенням тіла (або його останків) Застрахованої особи в разі її смерті із-за кордону до України. Необхідною умовою для здійснення репатріації, є отримання від близьких родичів Застрахованої особи підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи. При цьому вид, клас транспорту, маршрут та кінцевий пункт маршруту репатріації визначає Асистанс/Страховик.

4.1.3.2. Додаткові (інші) послуги:

4.1.3.2.1. Витрати на поховання Застрахованої особи (в разі її смерті) за кордоном;

4.1.3.2.2. Витрати на термінові повідомлення (телекомунікаційні), пов'язані з надзвичайними подіями або страховим випадком, що передаються до Асистансу;

4.1.3.2.3. Витрати на повернення (проїзд) дітей віком до 16 (шістнадцяти) років до України, які тимчасово перебували за кордоном разом з Застрахованою особою, яка померла, або знаходиться в відділенні реанімації. Страховик відшкодовує вартість проїзду дитини, тільки в тому разі, якщо жодна із перебуваючих за кордоном з нею осіб, віком від 18 років, не в змозі про неї піклуватися, тобто дитина залишилася без нагляду. Додатково, можуть включатися витрати на супроводжуючу особу.

4.1.3.2.4. Витрати на послуги, що пов'язані з незручностями використання авіаційного транспорту:

- на оплату вартості проживання в готелі в межах ліміту встановленого в Програмі страхування, внаслідок відкладення відправлення літака на 24 (двадцять чотири) години та більше, через страйк, з технічних причин, через несприятливі погодно-кліматичні умови, або поломку літака. Відшкодування витрат відбувається лише в тому випадку, коли рейс було відмінено, а Застрахованій особі не було запропоновано упродовж цього часу альтернативний транспортний засіб;

- витрати на придбання предметів першої необхідності при затримці багажу, що перевозився авіаційним транспортом, зареєстрованим відповідно до митних правил, упродовж 4 (чотирьох) годин після прибуття Застрахованої особи в аеропорт, крім прибуття в Україну (країну постійного проживання або країну громадянства якої є застрахована особа), в межах ліміту відповідальності встановленого в Програмі страхування.

4.1.3.2.5. Витрати на надання допомоги, що пов'язана з заміною документів за кордоном, при їх втраті (загублені) або викраденні, в межах ліміту відповідальності, що встановлений в Програмі страхування. При цьому, Страховик відшкодовує виключно витрати, пов'язані з оформленням тимчасового посвідчення Застрахованої особи, а також з анулювання втрачених і оформленням нових квитків на зворотній рейс в межах ліміту та на умовах передбачених Програмою страхування.

5. МІСЦЕ (ТЕРИТОРІЯ) ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Територія дії страхування, зазначена у Полісі, у відповідній графі «Територія дії», визначає покриття витрат по наступним країнам:

- «Європа*»: «країни, які географічно віднесені до Європи», «Країни Шенгенської зони» та «країни наближені до Європи» (Австрія, Бельгія, Греція, Данія, Естонія, Ісландія, Іспанія, Італія, Латвія, Литва, Люксембург, Мальта, Німеччина, Нідерланди, Норвегія, Польща, Португалія, Словенія, Словаччина, Угорщина, Фінляндія, Франція, Швеція, Швейцарія, Чехія, Молдова, Албанія, Боснія і Герцеговина, Македонія, Сербія, Болгарія, Хорватія, Чорногорія, Андорра, Ватикан, Ліхтенштейн, Монако, Сан-Марино, Косово, Кіпр, Румунія).

*Для країн Європи передбачено автоматичне додавання додаткових 15 днів, згідно Візового кодексу країн Шенгенської зони, що передбачає покриття у разі виникнення форс-мажорних ситуацій (катаклізми, теракти та інші подібні), що можуть бути причиною затримки виїзду та подовжити перебування за кордоном.

5.1.1. Територія дії не включає в себе:

- Україну;
- країну постійного проживання або громадянства Застрахованої особи;
- зони збройних конфліктів та країни, які знаходяться під наглядом або санкцією ООН;
- зони епідемій за визначенням ВООЗ.
- Російську Федерацію, Білорусь.

6. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Строк дії визначений в Полісі.

6.2. Договір страхування передбачає здійснення декількох подорожей, а страхове покриття поширюється виключно на ту кількість днів (або страховий захист діє впродовж тієї кількості днів), що встановлена у відповідній графі «Строк дії» протягом визначеного терміну, зазначеного в графі «Період дії». При цьому, після закінчення Застрахованою особою кожної подорожі, строк дії Договору, визначений в днях, зменшується на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи за кордоном. Відповідальність Страховика за Договором страхування припиняється з закінченням зазначеного в Полісі строку дії страхового захисту, протягом періоду страхування.

6.3. Договір страхування набирає чинності з дати сплати Страхувальником страхової премії в повному обсязі.

6.4. Відповідальність Страховика починається з моменту проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю України при виїзді за кордон, але не раніше моменту сплати страхового платежу в повному обсязі.

6.5. Відповідальність Страховика закінчується в момент проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю України при поверненні із-за кордону, або о 24 годині 00 хвилин дати, визначеної в Договорі страхування як дата припинення строку його дії, в залежності від того, яка з цих подій відбулася першою.

6.6. У разі, якщо на момент укладання Договору страхування Застрахована особа вже пройшла митний контроль

або паспортний контроль під час виїзду з України, за таким укладеним договором страхування діє часова франшиза 5 календарних днів (Договір страхування набуває чинності через 5 календарних днів після дати укладання Договору страхування, не залежно від того, яка дата початку дії вказана в договорі страхування).

6.7. Договір страхування діє за умови наявності візи виданої країнами Республік: Польщі, Литви, Латвії та Естонії, крім візи типу С1 (туристичні візи).

7. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ

ПРОГРАМОЮ СТРАХУВАННЯ є програма «А+», яка зазначається в Полісі. Програмою передбачено виключно страхування медичних витрат.

7.1. В разі настання страхового випадку, Страховик/Асистанс організовує та/або оплачує наступні послуги для Застрахованої особи:

7.1.1. Надання невідкладної (швидкої/екстреної) допомоги:

- виїзд бригади невідкладної (або спеціалізованої) медичної допомоги;
- реанімаційні заходи;
- діагностично-лікувальні процедури, медикаментозне забезпечення в обсязі необхідному для надання невідкладної допомоги та стабілізації стану Застрахованої особи;
- транспортування (за медичними показниками) до найближчого медичного закладу, який може надати кваліфіковану медичну допомогу, у випадку необхідності невідкладної стаціонарної допомоги.

7.1.2. Надання невідкладної стаціонарної допомоги:

- перебування в звичайних палатах (без додаткового комфорту), реанімаційних палатах;
- харчування, передбачене умовами медичного закладу;
- терапевтичне 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;
- екстрені оперативні втручання (призначені лікарем, в якості надання невідкладної допомоги), які неможливо замінити курсом консервативного (терапевтичного) лікування та відкласти до повернення в Україну;
- медикаменти, одноразові засоби медичного призначення (шприци, бинти, тощо), в обсязі необхідному для надання невідкладної допомоги та стабілізації стану Застрахованої особи;
- одноразові засоби особистого догляду, на час перебування в реанімаційній палаті.

7.1.3. Надання невідкладної амбулаторної допомоги:

7.1.3.1. в умовах медичного закладу широкого профілю:

- первинна консультація лікаря;
- діагностично-лікувальні процедури, вартість медикаментів оплачуються за рішенням Страховика/Асистуючої компанії в обсязі необхідному для надання невідкладної допомоги та стабілізації стану Застрахованої особи;
- повторні консультації лікарів, оплачуються за рішенням Страховика/Асистуючої компанії, в кожному конкретному випадку, лише при ускладненнях захворювання та погіршенні стану Застрахованої особи.

7.1.3.2. в умовах медичного закладу спеціалізованого (хірургічного, травматологічного) профілю:

- малі хірургічні операції, які неможливо замінити курсом консервативного (терапевтичного) лікування та відкласти до повернення в Україну;
- засоби фіксації при переломах кісток, розривах зв'язок;

7.1.3.3. при організації невідкладної медичної допомоги в амбулаторних умовах, пріоритетним є організація допомоги в медичному закладі. В разі відмови Застрахованої особи від запропонованого варіанту Асистансом, Страховик залишає за собою право на відшкодування вартості самостійно організованої консультації (вдома/готелі, або в іншому медичному закладі) з франшизою 50% (якщо можливий такий розрахунок), або з оплатою Застрахованою особою такої консультації самостійно, з подальшим відшкодуванням витрат (з франшизою 50%), після повернення в Україну.

7.1.4. Надання невідкладної стоматологічної допомоги. Ліміт 100 Євро.

Передбачає оплату діагностично-лікувальних процедур, а саме – стоматологічний огляд; рентгенівське дослідження; видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені гострим запаленням зуба та/або прилеглих до нього тканин, в обсязі необхідному для надання невідкладної допомоги та ліквідації гострого болю і не частіше одного разу за строк дії Договору страхування.

7.1.5. Медичне транспортування Застрахованої особи, якщо її стан здоров'я не дозволяє пересуватися самостійно відбувається переважно спеціалізованим медичним транспортом:

- до найближчого медичного закладу чи лікаря (або в обидві сторони – за рішенням Страховика);
- до спеціалізованого медичного закладу з метою подальшого стаціонарного лікування;
- із медичного закладу до місця мешкання Застрахованої особи за кордоном (за рішенням Страховика), коли її стан не дозволяє самостійно пересуватися (тяжкий стан та/або обмежені фізичні можливості до самостійного пересування), та/або за медичними показниками був рекомендований ліжковий режим.

Транспортування засобом санітарної авіації до медичного закладу, можливе у випадках необхідності надання екстреної медичної допомоги (коли існує загроза життю Застрахованої особи), в ліміті не більше 10% від Страхової суми (за строк дії Договору).

7.1.6. Медична евакуація (транспортування) Застрахованої особи із-за кордону до місця постійного проживання в Україні. Відбувається виключно за рішенням Страховика (в т.ч. щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), тільки за умови відсутності медичних протипоказань (задокументованих лікарем).

7.1.6.1. при наявності медичного висновку про необхідність медичного супроводження, Страховик оплачує витрати на проїзд медичного працівника, що супроводжує Застраховану до України і назад та на його утримання перебування її

в готелі.

7.1.7. в разі смерті Застрахованої особи в результаті раптового захворювання передбачено відшкодування витрат на репатріацію тіла (або останків тіла) із-за кордону (за рішенням Страховика щодо виду, класу транспорту, маршруту та кінцевого пункту маршруту репатріації) до України або поховання тіла, за кордоном.

7.1.7.1. У випадку репатріації (транспортування) тіла Застрахованої особи із-за кордону, Страховик оплачує в межах страхової суми наступні витрати:

- на розтин тіла, підготовку документів, труну – необхідних для міжнародного перевезення;
- на транспортування до аеропорту, найбільш близького до місця поховання в Україні, у випадку авіа транспортування. Якщо транспортування відбувається наземним транспортом, оплачуються витрати на транспортування до місця поховання в Україні.

7.1.7.2. У випадку поховання тіла (в т.ч. кремація тіла) Застрахованої особи за кордоном, Страховик оплачує витрати в межах ліміту 10% від страхової суми.

7.1.8. Витрати на компенсацію послуг зв'язку при страховому випадку.

Страховик відшкодовує витрати на послуги зв'язку зі Страховиком або Асистансом в разі раптової хвороби в межах 30 Євро.

8. ОСОБЛИВІ УМОВИ ТА КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ:

8.1. Застосовані до вартості страхування коригуючі коефіцієнти зазначаються у Полісі, у відповідній графі «Коригуючий коефіцієнт»:

КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ	ПОЗНАЧЕННЯ
діти до 1 року	СН1
діти від 1 до 5 років (включно)	СН2
особи віком від 6 до 64 років	Н1
особи віком від 65 до 70 років	Н2
особи віком від 71 років до 80 років (обов'язкове використання франшизи та оформлення заяви на страхування)	Н3

8.2. Особливі умови (зазначені в графі «Особливі умови»):

8.2.1. «Робота по найму»

Передбачає виконання оплачуваної фізичної роботи, характерної для робітничих професій у галузях будівництва, промисловості, транспорту, добування корисних копалин, сільського та комунального господарства або в приватних домогосподарствах, та інші види оплачуваної фізичної роботи за наймом.

- категорії працюючих (робітники, службовці, працівники сільського господарства та ін.), безпосередньо зайняті в процесі виробництва;
- артисти балету та танцювальних ансамблів;
- інкасатори та касири;
- робітники обробної промисловості;
- військовослужбовці, працівники органів внутрішніх справ;
- робітники будівельної, машинобудівної, скляної промисловості;
- працівники сільського господарства;
- робітники електростанцій та експедицій;
- випробувачі автомашин і літаків;
- артисти цирку, які виконують трюки на канатах, трапеціях, акробати, гімнасти, авто-мотогонщики, дресирувальники диких звірів, наїзники коней, каскадери;
- водії транспортних засобів, далекобійники;
- особи, які виконують роботи в підземних умовах, бурильники нафтових і газових свердловин;
- ті, чиїм місцем роботи є гірничо- і газорятувальна служба;
- працівники, пов'язані з виробництвом, зберіганням, випробуванням вибухових, отруйних речовин;
- водолази;
- особи, чия робота пов'язана з мисливством, рибальством у морях і океанах, верхолазними, покрівельними роботами;
- монтажники бетонних, залізобетонних конструкцій;
- рятувальники гірничо- і водно-рятувальних станцій.
- можливе страхування за іншими професіями на розгляд Страховика та за бажанням клієнта.

8.2.2. «Навчання»

Передбачає участь Застрахованої особи у навчальній програмі (наукова практика, мовні курси, стажування) або навчання у навчальному закладі будь-якої форми власності.

8.2.3. «Отримання візи»

Передбачає отримання рішення консульського відділу про надання візи Республік: Польщі, Литви, Латвії та Естонії.

8.2.4. «Перетин кордону»

Передбачає отримання права на в'їзд після перетину кордону до країни, візу якої було отримано, з відповідною до типу візи позначкою в паспорті громадянина України для виїзду за кордон.

8.2.5. «COVID-19»

Передбачає оплату невідкладної медичної допомоги, в разі виникнення раптового захворювання, пов'язаного з SARS-

CoV-2 (COVID-19) в межах ліміту 1000 Євро (на строк дії Договору страхування).

9. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ/СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. В разі настання події, що має ознаки страхового випадку, та може призвести до непередбачених витрат, Страхувальник/Застрахована особа (або особа, що представляє її інтереси), перед тим, як звернутися за допомогою, в т.ч. до відповідного медичного закладу або лікаря або отримати будь-які додаткові або інші послуги, передбачені Договором страхування, зобов'язана негайно (протягом 24 години з моменту настання події), в будь-який час доби, для отримання інструкцій щодо подальших своїх дій – звернутися:

✓ до Асистансу, який представляє інтереси Страховика за кордоном:

Міжнародна асистуюча компанія NOVA ASSISTANCE

Болгарія +35956918004

Греція +302111983973

Польща +48221531006

Іспанія +34931731427

Румунія +40312294628

Латвія +37164415233

Таїланд +66600035168

США +12027889718

Інші країни світу +37322994955, +37379005222

WhatsApp / Telegram *лише текстові повідомлення.

✓ або, до Страховика:

тел. +38 044 364 20 63; +38 050 469 19 03 через програми (Viber/Whats App); e-mail: 103@kniazha.ua;

Messenger <https://www.facebook.com/KniazhaStrahuvanna>

9.2. З метою координації подальших дій, Страхувальник (Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси), зобов'язана повідомити Асистансу або Страховику наступні відомості:

9.2.1. Прізвище та ім'я Застрахованої особи.

9.2.2. Номер Договору страхування.

9.2.3. Програму страхування.

9.2.4. Термін дії Договору страхування.

9.2.5. Адресу місцезнаходження, номер контактного телефону Застрахованої особи.

9.2.6. Детальний опис випадку та характер необхідної допомоги.

9.3. Застрахована особа зобов'язана неухильно дотримуватись інструкцій та рекомендацій, наданих їй Асистансом або Страховиком для координації подальших дій.

9.4. Після прибуття до медичного закладу Застрахована особа зобов'язана пред'явити Договір страхування для підтвердження дії Договору страхування (строків страхування) разом з іншими документами, що посвідчують її особу, та узгодити витрати із Асистансом (Страховиком) до моменту оплати.

9.5. У виключних ситуаціях, коли Застрахована особа з об'єктивних причин (непритомний стан Застрахованої особи, в т.ч. шок будь-якої етіології, кома, колапс, втрата свідомості, потьмарення розуму, тощо), не змогла зв'язатися з Асистансом або Страховиком, після стабілізації стану здоров'я, за першої ж нагоди (але не пізніше 3-х календарних днів від дати настання події), повинна негайно сповістити Асистанс/Страховика, про настання випадку та узгодити оплату вартості медичної допомоги.

Зазначені дії від імені Страхувальника (Застрахованої особи) може виконувати будь-яка особа, яка може представляти її інтереси (родичі, співробітники Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо).

9.6. У разі репатріації тіла Застрахованої особи згідно Програми страхування близькі родичі Застрахованої особи або інші особи, які займаються організацією репатріації тіла Застрахованої особи повинні обов'язково узгоджувати всі дії та витрати з Асистансом або Страховиком.

9.7. Якщо Страхувальник не виконує які-небудь із зазначених вище зобов'язань, Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.

10. ВИКЛЮЧЕННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ:

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

10.1.1. 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), 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;

10.1.2. 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;

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

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

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

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

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

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

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

10.1.10. здійснення подорожі Застрахованою особою за кордон, незважаючи на медичні протипоказання до такої поїздки та всупереч рекомендаціям лікаря.

10.2. Страховик має право зменшити страхову виплату:

10.2.1. якщо Страхувальник (Застрахована особа) не вжив 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.

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

10.3. Страховик не визнає страховим випадком події:

10.3.1. які сталися під час:

10.3.1.1. 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;

10.3.1.2. які сталися у стані алкогольного, наркотичного та токсичного сп'яніння Застрахованої особи;

10.3.1.3. коли страхувальник та/або застрахована особа не має діючої візи виданої країнами Республік: Польщі, Литви, Латвії та Естонії, крім візи типу С1 (туристичні візи);

10.3.1.4. коли на момент настання випадку не пройшло 5 календарних днів, а Договір страхування було укладено після проходження Страхувальником та/або застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю під час виїзду з України.

10.3.2. які сталися в результаті:

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

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

10.3.2.3. грубого порушення загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками Страховика, туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів та інше);

10.3.2.4. виконання фізичної праці (наймана праця) Застрахованою особою, якщо в Полісі не було зазначено – «Особливі умови» — «Робота по найму» та не сплачений відповідний страховий платіж;

10.3.2.5. занять активними видами відпочинку;

10.3.2.6. занять ризиковими видами відпочинку;

10.3.2.7. занять небезпечними видами відпочинку;

10.3.2.8. занять спортом на любительському або професійному рівні;

10.3.2.9. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом без відповідного дозвільного посвідчення, що визнається в країні перебування, або внаслідок передавання Застрахованою особою керування особі, яка не мала відповідного дозвільного посвідчення, а також якщо Застрахована особа, заздалегідь про це знаючи, їхала в транспортному засобі, яким керувала особа, яка не має відповідного дозвільного посвідчення чи перебувала в стані алкогольного, наркотичного сп'яніння;

10.3.2.10. польотів на будь-яких літальних апаратах в якості пілота;

10.3.2.11. участі у випробуваннях експлуатаційних та/або технічних характеристик (в тому числі «тест-драйв»), автошоу, використання для навчальної їзди;

10.3.2.12. нещасного випадку.

10.4. Страховик не відшкодовує наступні витрати:

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

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

10.4.3. на оплату діагностики, лікування та інших послуг, спрямованих на оздоровлення, реабілітацію та профілактику захворювань Застрахованої особи (санаторно-курортні послуги, оздоровчий масаж, водолікування, бальнеологічні

- процедури, вакцинація, вітамінізація, імунізація, тощо);
- 10.4.4. на оплату способів лікування, офіційно не визнаних наукою та медициною та/або вважаються експериментальними (носять дослідницький характер);
- 10.4.5. на оплату лікування нетрадиційними методами (фітотерапія, кольоротерапія, кліматотерапія, ароматерапія, металотерапія, апітерапія, таласотерапія, гірудотерапія, акупунктура, акупресура (точковий масаж), метод Шіацу, Суджок терапія, магнітотерапія, іридодіагностика, психотерапія, рефлексотерапія, біологічні добавки, тощо);
- 10.4.6. пов'язаних з плановим спостереженням за вагітністю; амбулаторним та/або стаціонарним лікуванням, яке було призначене для збереження вагітності при її ускладненні; пологами; післяпологовим доглядом (в т.ч. за новонародженою дитиною). Невідкладна медична допомога може бути організована та сплачена Страховиком (до 28 тижня вагітності), у випадку наявності загрози життю вагітної Застрахованої особи, при стрімкомурозвитку ускладнень;
- 10.4.7. пов'язаних з штучним перериванням вагітності, окрім випадків, наявності медичних показань до проведення такої процедури, за письмовою рекомендацією лікаря (наприклад – позаматкова вагітність, загибельплоду та подібне);
- 10.4.8. на оплату стоматологічної допомоги, окрім випадків передбачених Програмою страхування;
- 10.4.9. на оплату вартості наступних оперативних втручань та ускладнень пов'язаних з ними:
- 10.4.9.1. будь-якого протезування (включаючи очне та зубне), в т.ч. протезування клапанів серця, ендопротезування суглобів;
- 10.4.9.2. операції на серці, судинах (в т.ч. стентування, шунтування), інші оперативні втручання, які проводяться із застосуванням апарату штучного кровообігу АШКО;
- 10.4.9.3. трансплантація органів та тканин, придбання, пошук та доставка органів та тканин необхідних для трансплантації;
- 10.4.9.4. пластичних, косметичних, реконструктивних операцій;
- 10.4.9.5. планових оперативних втручань;
- 10.4.9.6. будь-яких оперативних втручань, що можуть бути замінені на консервативну терапію, або відкладені до повернення в Україну.
- 10.4.10. на лікування, якщо поїздка за кордон була здійснена Застрахованою особою з наміром одержати целікування. Оплата вартості лікування ускладнень та супутніх хвороб, які виникли під час такого лікування;
- 10.4.11. на послуги з надання додаткового комфорту, зокрема: телевізору, телефону, кондиціонеру, палатпідвищеного комфорту, послуг перукаря, масажиста, косметолога, тощо;
- 10.4.12. пов'язаних з штучним заплідненням, стерилізацією, витрати по запобіганню вагітності (в т.ч. спіраль Мірена, тощо), тести на вагітність;
- 10.4.13. витрати і збитки через неможливість працювати, брати участь в подорожі, екскурсії, проводити відпустку за кордоном, за бронювання квитків і місць у готелях, моральну шкоду;
- 10.4.14. на оплату послуг, які надаються спеціалізованою особою, що не має відповідної ліцензії, або права на здійснення відповідної діяльності;
- 10.4.15. на медичне транспортування Застрахованої особи за кордоном за відсутності клінічної необхідності та медичних показань у такому транспортуванні машиною швидкої допомоги, або іншим транспортним засобом до медичного закладу, з одного медичного закладу в інший, або до місця тимчасового проживання (готель, орендована квартира, тощо);
- 10.4.16. в частині «медична евакуація», якщо ця послуга включена в Програму страхування, не відшкодовуються витрати на транспортування із-за кордону до України, якщо стан здоров'я Застрахованої особи, дозволяє пересуватися самостійно та не потребує постійного медичного нагляду.
- 10.4.17. на транспортування територією України (країною постійного проживання чи країною громадянином якої він є), окрім випадків зазначених в Програмі страхування;
- 10.4.18. на утримання супроводжуваних осіб, близьких родичів Застрахованої особи, які перебувають разом з нею під час госпіталізації Застрахованої особи. Виключенням є випадки утримання супроводжуваної особи – медичного працівника (умови зазначені в Програмі страхування – «медична евакуація»);
- 10.4.19. на платне лікування в медичному закладі, а також витрати на інші послуги, передбачені Програмою страхування, якщо Застрахована особа, має право на безкоштовне отримання таких послуг;
- 10.4.20. на лікування, медичне транспортування, та інші послуги, які передбачені Програмою страхування, якщо не були погоджені з Страховиком/Асистансом. Витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи або її поховання, які були організовані без письмового узгодження зі Страховиком;
- 10.4.21. на оплату медичного обладнання та інструментарію (окрім одноразових, в кількості необхідній для проведення операцій та медичних маніпуляцій);
- 10.4.22. 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, металевих спиць, металевих цвяхів та гвинтів для фіксації кісток, вимірювальних приладів, інвалідних візків, тростин, термометрів та інших виробів медичного призначення;
- 10.4.23. на оплату вартості апаратів для проведення діагностики в домашніх умовах та витратних матеріалів до них;
- 10.4.24. на оплату вартості засобів особистої гігієни, дезінфекції, косметичних засобів, дитячого харчування, препаратів для постійного прийому, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами, сироваток, імуноглобулінів, гама-глобулінів, імунної плазми, бактеріофагів, лікувальних вакцин;
- 10.4.25. пов'язані з отриманням (підготовкою) необхідних документів, інформації та доказів, лікарських експертиз;
- 10.4.26. лікування за кордоном після дати, коли на думку лікаря, призначеного Асистансом, медична евакуація (транспортування до України) є можливою за медичними показаннями, крім тих витрат (транспортних), що були здійснені з метою медичної евакуації Застрахованої особи. Страховик звільняється від подальшої оплати лікування Застрахованої особи (за кордоном), якщо Страховальник (Застрахована особа) відмовляється від переведення в лікувальний заклад в Україні з того моменту, коли лікар визначає, що стан здоров'я Застрахованої особи за медичними

показниками дозволяє їй самій чи в супроводі іншої особи повернутися в Україну;

10.4.27. на медичні послуги, вартість яких, що перевищує 100 Євро, у разі відсутності погодження Страховиком (Асистансом) факту звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до медичного закладу (спеціалізованої особи);

10.4.28. на діагностику захворювання з профілактичною метою або за бажанням Застрахованої особи (коли симптоми захворювання відсутні), або на вимогу працівників міжнародних аеропортів/організацій різного роду/уповноважених іноземних служб;

10.4.29. на проживання, харчування під час амбулаторного лікування, самоізоляції, обсервації, карантину;

10.4.30. будь-які витрати, якщо Застрахована особа здійснила подорож за кордон до країни, яку МЗС України та ВООЗ не рекомендують відвідувати.

10.5. не підлягають оплаті/відшкодуванню витрати на діагностику, лікування та корекцію:

10.5.1. хвороб, внаслідок яких оголошена епідемія, пандемія, карантин;

10.5.2. захворювань, виникнення яких могли бути попереджені завчасною вакцинацією, при наявності вимог прикордонних служб щодо вакцинації при в'їзді у відповідну країну;

10.5.3. будь-яких захворювань, які є наслідком самолікування. Не відшкодовується вартість лікування, діагностики, та інших послуг, які не були рекомендовані лікарем;

10.5.4. захворювань, які виникли в результаті вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків. Лікування абстинентного синдрому;

10.5.5. класичних венеричних захворювань (згідно визначення ВООЗ) та інфекцій, які переважно передаються статевим шляхом; СНІД (ВІЛ) та подібних, а також захворювань, що є їх наслідком та інших імунодефіцитних станів;

10.5.6. запальних захворювань сечостатевої системи, у випадку виявлення захворювань та інфекцій згідно п.

10.5.5. безпліддя; клімаксу; порушень гормонального фону; передракових гінекологічних та урологічних захворювань (кісти, поліпи, тощо);

10.5.7. ТОРЧ інфекцій, вітряної віспи;

10.5.8. особливо небезпечні інфекційні хвороби визначені МОЗ України. Виключенням є оплата невідкладної медичної допомоги, в разі виникнення раптового захворювання, пов'язаного з SARS-CoV-2 (COVID-19) в межах ліміту 1000 Євро (на строк дії Договору страхування);

10.5.9. психічних захворювань, психологічних проблем, психосоматичних розладів;

10.5.10. хвороб шкіри та підшкірної клітковини, в тому числі викликаних дією сонячного опромінення (сонячні опіки), алергічні реакції на шкірі (в тому числі внаслідок укусу комах);

10.5.11. астми, епілепсії, алергії. Надається тільки невідкладна допомога, направлена на спасіння життя Застрахованої особи;

10.5.12. загострення хронічних захворювань, в т.ч. цукровий діабет, туберкульоз, онкологічні захворювання (доброякісні, злоякісні) та їх ускладнення, передракові захворювання, хронічна ниркова та печінкова недостатність, цироз, хвороби ендокринної системи, хвороби крові та кровотворних органів, аутоімунні захворювання, вірусні гепатити (криптогенний гепатит), нервові захворювання (крім невритів). Виключенням є випадки ліквідації гострої смертельної небезпеки для життя Застрахованої особи (або зняття гострого болю) протягом 5 днів, при цьому обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком витрат є наявність медичного висновку (висновку Асистансу), що підтверджує відповідний важкий стан Застрахованої особи;

10.5.13. вроджених захворювань, вад розвитку, спадкових захворювань, професійних хвороб; хвороб, які стали причиною встановлення інвалідності; хвороб, загострення яких розвинулись до початку дії Договору страхування;

10.5.14. міопія, гіперметропія, астигматизм, глаукома, катаракта, інші захворювання зору (та порушення його функцій), крім випадків гострого больового синдрому та/або запального процесу, при наявності встановленого медичного діагнозу та призначеного лікування.

10.6. Страховик звільняється від виплати страхового відшкодування в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

11. УМОВИ, ПОРЯДОК ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ АБО ВІДШКОДУВАННЯ

11.1. При настанні страхового випадку Страховик гарантує виплату страхового відшкодування (документально підтверджених витрат), тільки в межах страхової суми, та/або в межах лімітів, передбачених Програмою страхування.

11.1.1. 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 або витрати на поховання за кордоном.

11.1.2. Якщо вартість здійснених медичних та (або) інших витрат, передбачених Договором страхування, перевищує помірні або обґрунтовані розміри в певному регіоні, що може бути визначене Асистансом, Страховик має право зменшити страхову виплату на величину перевищення фактичних витрат над їхніми помірними або обґрунтованими розмірами в певному регіоні.

11.1.3. Якщо Страхувальник та/або Застрахована особа отримали страхову виплату від осіб, винних у заподіянні збитків, Страховик виплачує різницю між сумою, яка підлягає виплаті та сумою, отриманою Страхувальником та/або Застрахованою особою від цих осіб.

11.1.4. Страховик відшкодовує вартість медичних та інших послуг, передбачених Договором страхування, які були попереднього узгодженні з ним або Асистансом. В разі відсутності попереднього погодження (без поважних на це причин) медичних та інших витрат з Асистансом/Страховиком (п.9 Умов страхування), максимальна сума розміру страхового відшкодування складатиме 100 Євро по курсу НБУ на дату платіжних документів.

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

11.1.5.1. Асистансу, який оплатив витрати на лікування та/або інші послуги надані Застрахованій особі, які передбачені умовами цього Договору страхування. Відшкодування витрат відбувається на підставі документів, які підтверджують

факт настання страхового випадку, та вартості послуг. Страховик відшкодовує витрати у порядку та в терміни, передбачені Договором страхування по співпрацю між Страховиком та Асистуючою компанією;

11.1.5.2. безпосередньо спеціалізованій особі за послуги надані Застрахованій особі, які передбачені умовами цього Договору. Відшкодування витрат відбувається на підставі документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, та вартості послуг. Страховик відшкодовує витрати у порядку та в терміни, передбачені Договором по співпрацю між Страховиком та контрагентом-резидентом;

11.1.5.3. Застрахованій особі (Страховальнику або її законним представникам, якщо Застрахована особа є неповнолітньою), за самостійно оплачену вартість лікування та/або інших послуг під час перебування за кордоном, передбачених Договором. Відшкодування витрат відбувається в національній валюті України (перерахунок здійснюється по курсу НБУ на дату платіжних документів) на підставі документів (згідно переліку зазначеного в п.13. Умов страхування), які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг, за вирахуванням франшизи (якщо франшиза передбачена Договором страхування), та за умови, що такі витрати були попереднього узгодженні Застрахованою особою з Асистансом/Страховиком в строк та на умовах передбачених цим Договором страхування.

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

11.1.5.3.2. електронну заяву «про настання події» на сайті Страховика 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 www.kniazha.ua);

11.1.5.3.3. або, письмову заяву «про настання події» (в офісі Страховика), але не пізніше 15 календарних днів з моменту в'їзду на територію України;

11.1.5.3.4. інші документи (передбачені п.12 Умов страхування), які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг (згідно переліку визначеного умовами цього Договору страхування).

11.1.5.4. Вигодонабувачу або іншій особі, за самостійно оплачені витрати на репатріацію (транспортування) тіла із-за кордону або поховання тіла Застрахованої особи (в разі її смерті) за кордоном, на умовах та в межах лімітів передбачених Програмою страхування. Відшкодування витрат відбувається в національній валюті України (перерахунок здійснюється по курсу НБУ на дату платіжних документів) на підставі документів (згідно переліку зазначеного п.12 Умов страхування), які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг, за вирахуванням франшизи (якщо франшиза передбачена Договором страхування), за умови, що такі витрати були письмово погодженні Страховиком.

11.1.5.4.1. Для отримання страхового відшкодування за самостійно оплачені витрати на репатріацію (транспортування) тіла із-за кордону або поховання тіла Застрахованої особи (в разі її смерті) за кордоном, Вигодонабувач, або інша особа, яка сплатила ці витрати, має надати письмову заяву «про настання події» (та інші документи (згідно переліку зазначеного в п.13 Умов страхування), які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг), не пізніше 30 календарних днів з дати смерті Застрахованої особи.

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

11.3. 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.

11.4. 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 страхування. Днем виплати страхового відшкодування вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика.

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

12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ НЕОБХІДНИХ ДЛЯ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. Для отримання страхової виплати, Страховику надаються такі документи:

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

12.1.2. Поліс (оригінал);

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

12.1.4. закордонний паспорт, за яким здійснювалась поїздка, з відмітками про перетин кордону (копія);

12.1.5. копія ідентифікаційного коду платника податку;

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

12.2. у разі відшкодування вартості медичних витрат, додатково до зазначених в п. 12.1, надаються наступні документи:

12.2.1. 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);

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

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

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

12.2.5. перелік документів для відшкодування інших витрат (передбачених Договором страхування):

12.3.1. у разі відшкодування вартості витрат на компенсацію послуг зв'язку при страховому випадку, додатково до

зазначених в п. 12.1, надаються оригінали деталізованих рахунків за телефонні розмови(факсимільні повідомлення), на яких зазначено номер телефону, дату, час та вартість розмови.

12.3.2. у разі відшкодування вартості витрат, пов'язаних з евакуацією дітей до 16 років, додатково до зазначених в п. 12.1, надаються наступні документи:

12.3.2.1. оригінали платіжних документів, з деталізацією, які підтверджують факт оплати проїзду дитини;

12.3.2.2. копії документів з медичного закладу (на фірмовому бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища пацієнта (Застрахованої особи), точним діагнозом, які підтверджують тяжкий стан Застрахованої особи;

12.3.2.3. або, в разі смерті Застрахованої особи – копія свідоцтва про смерть.

12.3.3. у разі відшкодування вартості витрат, пов'язаних з репатріацією (транспортуванням) тіла Застрахованої особи або її похованням за кордоном, додатково до зазначених в п. 12.1, надаються наступні документи:

12.3.3.1. Свідоцтво про смерть або довідку про причину смерті Застрахованої особи (копія);

12.3.3.2. лікарське свідоцтво про смерть Застрахованої особи (копія);

12.3.3.3. документи, видані компетентними органами, що містять відомості щодо дати, часу, обставин, причин раптового захворювання;

12.3.3.4. оригінали оплачених деталізованих рахунків та платіжних документів, щодо наданих транспортних послуг в разі репатріації тіла, платіжних документів з підготовки тіла до транспортування, поховання, кремації, з вказаними датами та вартістю, загальною сумою до оплати.

12.3.4. у разі відшкодування вартості витрат пов'язаних з затримкою або втратою багажу, додатково до зазначених в п. 12.1, надаються наступні документи:

12.3.4.1. які підтверджують факт передачі багажу під відповідальність авіаперевізника;

12.3.4.2. які підтверджують затримку (в годинах), або втрату багажу від перевізника;

12.3.4.3. оригінали платіжних документів, з деталізацією відносно придбаних продуктів харчування (окрім алкогольних напоїв) та речей першої необхідності.

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

12.4.1. 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.

Страховик має право вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) офіційного перекладу медичних документів на українську мову, які були надані для підтвердження події, що має ознаки страхового випадку.

12.5. 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.

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

13. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ

13.1. Страховий платіж сплачується одноразово у повному обсязі за весь строк страхування.

13.2. Днем сплати страхового платежу вважається день перерахунку грошових коштів на розрахунковий рахунок повіреної особі Страховика або день перерахунку грошових коштів на розрахунковий рахунок Страховика.

14. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

14.1.1. закінчення строку дії Договору страхування;

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

14.1.3. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина, чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;

14.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

14.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

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

14.1.7. після транспортування Застрахованої особи із-за кордону до України (Медична евакуація).

14.1.8. смерті Застрахованої особи;

14.1.9. в інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. 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 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування.

14.3. 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.

14.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страховик повертає Страхувальнику повністю сплачений ним страховий платіж. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням

Страховальником умов страхування за Договором страхування, то Страховик повертає Страховальнику 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.

15. ПРАВА І ОBOB'ЯЗКИ СТОPIН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ СТРАХУВАННЯ

15.1. Страховик зобов'язаний:

15.1.1. Ознайомити Страховальника з Правилами страхування, Офертою (пропозицією) щодо укладення договору добровільного страхування подорожуючих за кордон №062-2023 від 27.07.2023 та Умовами страхування. Зазначені вище документи розміщені на сайті Страховика <https://kniazha.ua>.

15.1.2. 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 Страховальнику (Застрахованій особі), Асистансу або спеціалізованій особі.

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

15.1.4. При відмові у виплаті страхового відшкодування повідомити про це Страховальника (Застраховану особу) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати затвердження страхового акта.

15.1.5. Не розголошувати відомостей про Страховальника і його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

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

15.2. Страховальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

15.2.1. Сплатити страхову премію одноразово, не пізніше дати, зазначеної в Договорі страхування як початок його дії.

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

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

15.2.4. Якщо Договір страхування укладається на користь Застрахованої особи, яка не є Страховальником, Страховальник /Застрахована особа зобов'язані ознайомитись з Правилами страхування, Офертою (пропозицією) щодо укладення договору добровільного страхування подорожуючих за кордон №062-2023 від 27.07.2023 та Умовами Страхування, які розміщені на сайті Страховика <https://kniazha.ua>.

15.2.5. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

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

15.2.7. Виконувати умови Договору страхування, в т.ч. узгоджувати із представником Страховика (Асистансу) всі дії, пов'язані з отриманням медичних та інших платних послуг, передбачених Договором страхування, 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 Асистанс (Страховика) про стан свого здоров'я та наявні ризики його погіршення.

15.2.8. При зміні ступеню страхового ризику, про який Страховальник 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.

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

15.2.10. 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 Страховальника (Застраховану особу) права на одержання страхової виплати.

15.2.11. Повідомити Страховика про можливість пред'явлення права вимоги до осіб, винних у завданні йому майнової шкоди (збитків).

15.2.12. Не відмовлятися від майнових вимог до осіб, винних у завданні йому майнової шкоди (збитків), і нестворювати передумов, за яких реалізація Страховиком права вимоги до винних осіб стане неможливою.

15.2.13. Погодитись на переведення в лікувальний заклад України 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 повернутися в Україну.

15.2.14. 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 п. 9 Умов страхування.

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

страхового випадку.

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

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

15.2.18. 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.

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

15.3. Страховик має право:

15.3.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію щодо предмету Договору страхування та страхового випадку.

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

15.3.3. Виступати від імені Страхувальника (Застрахованої особи) за його дорученням у судових органах або перед заявниками претензій.

15.3.4. 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.

15.3.5. Достроково припинити дію Договору страхування.

15.3.6. 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.

15.3.7. Страховик має переважне право на вибір лікувального закладу.

15.3.8. У разі необхідності призначати медичну комісію з метою обстеження Застрахованої особи, а також іншу експертизу стосовно страхової події.

15.3.9. 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 комерційну таємницю, і перевіряти достовірність наданої інформації.

15.3.10. 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.

15.3.11. Аргументовано відмовити у страховій виплаті частково або повністю, керуючись цими умовами Договору страхування.

15.3.12. Вимагати від Страхувальника повернення виплаченої страхової виплати, якщо Страховик отримав докази того, що Страхувальник не мав права на її отримання.

15.3.13. Протягом встановленого згідно з чинним законодавством України строку позовної давності, вимагати повернення страхової виплати, якщо на це будуть підстави, передбачені чинним законодавством України, Правилами страхування чи Договором страхування.

15.3.14. 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. Строк прийняття Страховиком рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати подовжується на період проведення медичного огляду, очікування документації та інформації про випадок від Асистансу, відповідей компетентних органів, закладів за запитом Страховика (Асистанса).

15.4. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

15.4.1. Укладати Договори страхування із Страховиком на власну користь та на користь інших осіб (Застрахованих осіб).

15.4.2. Ознайомитися з умовами Договору страхування та Правилами страхування.

15.4.3. Застрахована особа має право на отримання послуг передбачених Програмою страхування.

15.4.4. Ініціювати внесення змін умов Договору страхування.

15.4.5. На дострокове припинення дії Договору страхування.

15.4.6. Отримати страхове відшкодування та/або отримати страхову виплату при самостійній оплаті послуг, за умови попереднього погодження з Асистансом/Страховиком.

15.4.7. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті у порядку, встановленому законом.

15.4.8. 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 100 Євро.

15.5. Відповідальність Сторін:

15.5.1. 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, заякий нарахована пеня.

15.5.2. Страхувальник (Застрахована особа) несе відповідальність за достовірність наданої інформації в разі страхового випадку щодо стану здоров'я Застрахованої особи. В разі надання Страхувальником (Застрахованою

особою) недостовірної інформації (неправдивих відомостей) Страховик звільняється від виплати страхового відшкодування.

15.5.3. 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 страхування. Страховик повідомляє про зміну місцезнаходження, що зазначене у Договорі страхування, шляхом розміщення відповідної інформації на сайті (www.kniazha.ua).

15.5.4. У відповідності до Закону України «Про захист персональних даних», шляхом підписання даного Договору страхування, 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».

15.5.5. 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».

15.5.6. 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.

15.5.7. 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).

16. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ

Договір страхування вважається недійсним, у випадках:

- 16.1. передбачених Цивільним кодексом України;
- 16.2. його укладено після настання страхового випадку;
- 16.3. несплати Страхувальником страхової премії у повному обсязі;
- 16.4. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.
- 16.5. 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.