

Оферта (пропозиція)

укласти договір комплексного медичного страхування та страхування відповідальності іноземних громадян перед третіми особами серія Договору 21/01-10E №138-2025 від 28.07.2025 року

1. Дана пропозиція-Оферта (надалі – Оферта) є офіційною пропозицією **ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП»**, (код ЄДРПОУ – 24175269, зареєстроване як фінансова установа Розпорядженням Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг №1224 від 24.06.2004, надалі – Страховик), що адресується невизначеному колу споживачів, укласти зі Страховиком Договір «Комплексного медичного страхування та страхування відповідальності іноземних громадян перед третіми особами, серія Договору 21/01-10E» (надалі – Договір страхування) у відповідності до Умов страхування до Договору комплексного медичного страхування та страхування відповідальності іноземних громадян перед третіми особами 21/01-10E, які є невід’ємною частиною цієї Оферти (Додаток № 1).

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

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

4. Адреса місця знаходження Страховика: **04050, м. Київ, вул. Глибочицька, 44**, вебсайт: www.kniazha.ua ЄДРПОУ/ІПН 24175269

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

6. Страхування здійснюється на умовах визначеної цією Офертою, на підставі Ліцензії, виданої Національним банком України від 23.04.2024 щодо діяльності із страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування) за повним переліком всіх умов (ризиків в межах класів)

Offer (Proposal)

to Enter into Agreement on Comprehensive Health Insurance and Liability of Foreign Citizens to Third Parties, Agreement series 21/01-10E No. №138-2025 dated 28.07.2025

1. This Offer (hereinafter the “Offer”) is the official proposal of **PRIVATE JOINT-STOCK COMPANY “UKRAINIAN INSURANCE COMPANY “KNIAZHA VIENNA INSURANCE GROUP”** (EDRPOU code 24175269, registered as a financial institution by Order of the National Commission for State Regulation of Financial Services Markets No. 1224 dated 24/06/2004, hereinafter the “Insurer”), which is designated for an unlimited circle of consumers, to conclude with the Insurer the “Agreement on Comprehensive Health Insurance and Liability Insurance of Foreign Citizens to Third Parties, Agreement series 21/01-10E” (hereinafter the “Insurance Agreement”) in accordance with the Insurance Terms and Conditions to the Agreement on Comprehensive Health Insurance and Liability of Foreign Citizens to Third Parties, Agreement series 21/01-10E, which are an integral part of this Offer (Annex No. 1).

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

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

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

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

6. Insurance is made on the conditions defined by this Offer, on the basis of the License issued by the National Bank of Ukraine on 23.04.2024 for insurance activities (direct insurance and inward reinsurance), under a complete list of all classes (risks within classes) of direct insurance and inward reinsurance and in

прямого страхування та вхідного перестраховування та відповідно до Закону України "Про страхування" № 1909-IX від 18.11.2021 та Загальних умов страхового продукту «Комплексне медичне страхування та страхування відповідальності іноземних громадян перед третіми особами, серія Договору 21/01-10Е», затверджених Наказом 171 від 09.07.2024, які діють з 10.07.2024 (далі – Умови), а також у відповідності до чинного законодавства України. Страхування здійснюється за класом страхування 2, «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» та класом страхування 13, «Страхування іншої відповідальності (ніж передбачена класами 10, 11, 12)».

7. Технологія (порядок) укладання та підписання Договору страхування.

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

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

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

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

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

accordance with Law of Ukraine No. 1909-IX dated 18/11/2021 "On Insurance" and the General Terms and Conditions of the insurance product "Agreement on Comprehensive Health Insurance and Liability Insurance of Foreign Citizens to Third Parties, Agreement series 21/01-10E" approved by Order 171 dated 09.07.2024, in force from 10.07.2024 (hereinafter the "Conditions"), as well as in accordance with the effective legislation of Ukraine. Insurance is made under insurance class 2 "Health insurance (including medical insurance)" and insurance class 13 "Insurance of other liability (other than the one stipulated by classes 10, 11, 12)".

7. Procedure for Concluding and Signing the Insurance Agreement.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Шляхом підписання Договору страхування одноразовим ідентифікатором Страхувальник:

9.1. Підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та передає Страховику згоду на звернення

7.5. Unconditional acceptance of the Insurer's Offer to conclude the Insurance Agreement in electronic form shall be the signing of the Policy by the client by affixing an electronic signature using a one-time identifier in accordance with the requirements of Article 12 of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce" and payment of the insurance premium.

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

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

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

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

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

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

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

9.1. Confirms that he/she has received from the Insured Persons and forwards to the Insurer consent to

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 страхування.

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

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

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

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

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

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

the Insurer submitting inquiries to healthcare facilities, Law Enforcement Authorities and other competent institutions that can furnish explanations on circumstances of the insured event, including information on the Insured Person's state of health and the medical aid granted, as well as consent to the Insurer obtaining diagnoses, case records of the Insured Person and other information constituting confidential patient information, and using such information in accordance with the terms and conditions of this Insurance Agreement.

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

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

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

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

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

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

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

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

Страховик/ The Insurer:

Голова Правління/ Chairman of the Board

Дмитро ГРИЦУТА/ Dmytro GRYTSUTA

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

Ігор ЖИЖАРА/ Ihor ZHYZHARA

Додаток 1 до Оферти (пропозиції)

укласти договір комплексного медичного страхування та страхування відповідальності іноземних громадян перед третіми особами серія Договору 21/01-10E №138-2025 від 28.07.2025.

Умови страхування до договору комплексного медичного страхування та страхування відповідальності іноземних громадян перед третіми особами серія Договору 21/01-10E (далі – «Умови страхування»).

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 – Поліса (індивідуальна частина) та Оферти (пропозиції) укласти договір комплексного медичного страхування та страхування відповідальності іноземних громадян перед третіми особами №138-2025 від 28.07.2025, яка розміщена на веб-сайті Страховика www.kniazha.ua. Цей 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.

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

1.2.1.1. медичного страхування;

1.2.1.2. страхування відповідальності.

1.2.2. Договір страхування укладений за класом страхування 2, «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» та класом страхування 13, «Страхування іншої відповідальності (ніж передбачена класами 10, 11, 12)».

Annex 1 to the Offer (Proposal)

to Enter into Agreement on Comprehensive Health Insurance and Liability Insurance of Foreign Citizens to Third Parties, Agreement series 21/01-10E No.138-2025 dated 28.07.2025.

Insurance Terms and Conditions to the Agreement on Comprehensive Health Insurance and Liability Insurance of Foreign Citizens to Third Parties, Agreement series 21/01-10E (hereinafter the “Insurance Terms and Conditions”).

1. GENERAL PROVISIONS.

1.1. The Insurer is PrJSC “UIC “KNIAZHA VIENNA INSURANCE GROUP”, registered address: 44 Hlybochytska Street, Kyiv, Ukraine, 04050.

1.2. The Insurance Agreement is an agreement between the Insurer and the Policyholder under which the Insurer undertakes to pay the Policyholder/Insured Person or another person designated in the Insurance Agreement the insurance benefit upon occurrence of the insured event, whereas the Policyholder undertakes to pay insurance premiums within the established terms and perform other terms and conditions of the Insurance Agreement. The Insurance Agreement consists of integral parts — the Policy (individual part) and Offer (proposal) to Enter into an Agreement on Comprehensive Health Insurance and Liability Insurance of Foreign Citizens to Third Parties No.138-2025 dated 28.07.2025, posted on the Insurer’s website at www.kniazha.ua. Such Insurance Agreement shall be concluded in electronic form in accordance with the Law of Ukraine “On Electronic Commerce”, which is equivalent to written form. The Parties undertake to reproduce the Agreement in hard copy, where necessary.

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

1.2.1.1. medical insurance;

1.2.1.2. liability insurance.

1.2.2. The Insurance Agreement is concluded by insurance class 2 “Health insurance (including medical insurance)” and insurance class 13 “Insurance of other liability (other than the one stipulated by classes 10, 11, 12)”.

2. ВИЗНАЧЕННЯ.

2.1. Опції страхування – це погоджений між Сторонами перелік послуг певного обсягу та видів страхування, що можуть бути включені додатково в Програму страхування.

2.2. Програма страхування – це погоджений між Сторонами перелік медичних та додаткових послуг певного обсягу, що будуть організовані та/або оплачені Застрахованій особі (її законним представником, якщо Застрахована особа є неповнолітньою), або Вигодонабувачу, при настанні страхового випадку. Конкретний перелік медичних (та додаткових) послуг у складі Програм страхування, визначений у Розділі 9 цих Умов страхування.

2.3. 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.

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

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

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

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

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

2.9. Застрахована особа – фізична дієздатна особа, на користь якої укладений Договір страхування та яка 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

2. DEFINITIONS.

2.1. Insurance options are a list of services of a certain volume and types of insurance agreed between the Parties, which can be additionally included in the Insurance Program.

2.2. Insurance Program is a list of medical and additional services of a certain volume agreed between the Parties, which will be organised and/or paid for the Insured Person (his/her legal representatives if the Insured Person is a minor) or Beneficiary in case of an insured event. A specific list of medical (and additional) services within the Insurance Programs is defined in section 9 of these Insurance Terms and Conditions.

2.3. Insured amount is the monetary amount within which the Insurer shall pay an Insurance Benefit upon occurrence of the insured event in accordance with the insurance terms and conditions. The insured amount is specified in the Policy.

2.4. Sub-limit of the insured amount is a limit established within the insured amount, which limits the amount of the insurance indemnity.

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

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

2.7. Deductible is a portion of the losses that is not indemnified for by the Insurer. Deductible shall be specified in the Policy.

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

2.9. The Insured Person is a legally capable natural person for the benefit of whom the Insurance Agreement is concluded and who is specified in the Policy. This Insurance Agreement can be concluded by the Policyholder for his/her benefit (then he/she is the Insured Person at the same time), or for the benefit of third parties (the Insured Persons) upon their consent. The Insured Person may acquire rights and obligations of

особа може набути прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

2.10. Вигодонабувач – особа, визначена Страхувальником для отримання належних сум страхових виплат в разі смерті Застрахованої особи.

2.10.1. Вигодонабувачем за даним Договором є:

2.10.1.1. в частині Медичних Витрат – медичний заклад, який надав Страхувальнику/Застрахованій особі медичну допомогу, в т.ч. екстрену або Застрахована особа (Страхувальник, Спадкоємець Застрахованої особи або законний представник Застрахованої особи, якщо вона є неповнолітньою), за самостійно оплачену вартість наданої їй медичної допомоги медичним закладом.

2.10.1.2. У випадку смерті Застрахованої особи Вигодонабувачем є:

2.10.1.2.1. спадкоємці Застрахованої особи (або законні представники Застрахованої особи, якщо вона є неповнолітньою), які самостійно оплатили витрати, пов'язані з похованням або репатріацією тіла Застрахованої особи

2.10.1.2.2. треті особи, які здійснили та оплатили комплекс заходів пов'язаних з похованням тіла Застрахованої особи в Україні або репатріацією тіла Застрахованої особи в країну громадянської належності;

2.10.1.3. за добровільним страхуванням Відповідальності:

2.10.1.3.1. при примусовому поверненні – приймаюча сторона;

2.10.1.3.2. при примусовому видворенні – територіальний орган центрального органу виконавчої влади, що забезпечує реалізацію державної політики у сфері міграції та здійснює видворення Застрахованої особи з території України (далі – міграційна служба) або приймаюча сторона, якщо вона оплатила міграційній службі витрати, передбачені цим Договором.

3. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ.

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

4. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ.

4.1. Об'єктом страхування за цим Договором є

4.1.1. життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи;

4.1.2. відповідальність Застрахованої особи, пов'язана з відшкодуванням Застрахованою особою заподіяної нею шкоди третім особам, пов'язаної з

the Policyholder in accordance with the Insurance Agreement.

2.10. Beneficiary is a person designated by the Policyholder to receive the appropriate amounts of insurance benefits in case of the Policyholder's death.

2.10.1. The Beneficiary under this Agreement is:

2.10.1.1. in terms of Medical Expenses — the healthcare facility that provided the Policyholder/Insured Person with medical care, including emergency one, or the Insured Person (Policyholder, Heir of the Insured Person or legal representative of the Insured Person if he/she is a minor), for the self-paid cost of medical care provided to him/her by the healthcare facility.

2.10.1.2. In case of death of the Insured Person, the Beneficiary is:

2.10.1.2.1. heirs of the Insured Person (or legal representatives of the Insured Person if he/she is a minor), who independently paid the expenses related to the burial or repatriation of the Insured Person's body;

2.10.1.2.2. third parties who carried out and paid for a set of measures related to the burial of the Insured Person's body in Ukraine or the repatriation of the Insured Person's body to the country of nationality;

2.10.1.3. under the voluntary Liability insurance:

2.10.1.3.1. in case of forced return — the receiving party;

2.10.1.3.2. in case of forced deportation — the territorial body of the central executive body ensuring the implementation of the state policy in the field of migration and carrying out the deportation of the Insured Person from the territory of Ukraine (hereinafter the "migration service"), or the receiving party if it paid the migration service the expenses stipulated by this Agreement.

3. SUBJECT MATTER OF THE INSURANCE.

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

4. OBJECT OF THE INSURANCE.

4.1. The object of insurance under this Agreement shall be

4.1.1. life, health and ability to work of the Insured Person;

4.1.2. liability of the Insured Person related to compensation by the Insured Person for the damage caused by him/her to third parties, related to the forced

примусовим поверненням Застрахованої особи в країну громадянської належності або примусовим видворенням Застрахованої особи з території України – у разі обрання відповідної опції страхування.

5. СТРАХОВИЙ РИЗИК.

5.1. За умовами страхування медичних витрат:

5.1.1. Страховими ризиками є ймовірність та випадковість настання наступних подій – раптового захворювання, нещасного випадку, інших подій, відшкодування витрат за якими передбачено Програмою.

5.2. За умовами страхування відповідальності:

5.2.1. Страховим ризиком є прийняття рішення судом про примусове видворення Застрахованої особи з території України або прийняття рішення територіальним органом центрального органу виконавчої влади, що забезпечує реалізацію державної політики у сфері міграції чи органу Служби безпеки України про примусове повернення Страхувальника/Застрахованої особи в країну громадянської належності.

6. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК.

6.1. **Страховим випадком в частині медичного страхування** (далі – **МС**) є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до медичного закладу у зв'язку:

6.1.1. з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або травмою, отруєнням, наслідками нещасного випадку, з метою отримання медичної допомоги та медичних послуг в т.ч. наслідки військових дій для цивільних осіб у межах та в обсязі Програми медичного страхування;

6.1.2. з інфекційним захворюванням – Коронавірусна хвороба (COVID-19), що викликана SARS-CoV-2 (підтвердженої результатами лабораторної діагностики методом ПЛР (полімеразно-ланцюгової реакції) на Covid-19 - закладами охорони здоров'я), з метою отримання медичної допомоги та медичних послуг у межах та на умовах Опції «С», якщо відповідна опція зазначена в Полісі.

6.2. **Страховим випадком в частині страхування відповідальності** (далі – **ВВ**) є пред'явлення Страхувальнику/Застрахованій особі претензії щодо відшкодування витрат, пов'язаних з виконанням рішення суду про примусове видворення Застрахованої особи з території України або рішення територіального органу центрального органу виконавчої влади, що забезпечує реалізацію державної політики у сфері міграції чи органу Служби безпеки України про примусове повернення Страхувальника/Застрахованої особи в країну громадянської належності. Страховик несе відповідальність за претензіями третіх осіб, що

return of the Insured Person to the country of nationality or forced deportation of the Insured Person from the territory of Ukraine — in case of choosing the appropriate insurance option.

5. INSURANCE RISK.

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

5.1.1. The insurance risks are the probability and randomness of the occurrence of the following events — a sudden illness, an accident, other events, compensation of expenses for which are provided for by the Program.

5.2. According to the Liability Insurance Terms and Conditions:

5.2.1. The insurance risk is the adoption by the court of a decision on the forced deportation of the Insured Person from the territory of Ukraine or the adoption by the territorial body of the central executive body ensuring the implementation of the state policy in the field of migration or the body of the Security Service of Ukraine of a decision on the forced return of the Policyholder/Insured Person to the country of nationality.

6. INSURED EVENT.

6.1. **An insured event in terms of medical insurance** (hereinafter referred to as “**MI**”) is the Insured Person's turning to a healthcare facility during the term of the Agreement in connection with:

6.1.1. with an acute illness, exacerbation of a chronic illness, or injury, poisoning, consequences of an accident, in order to receive medical care and medical services, including the consequences of military actions for civilians within the scope and extent of the Medical Insurance Program;

6.1.2. an infectious disease — Coronavirus disease (COVID-19) caused by SARS-CoV-2 (confirmed by the results of laboratory diagnostics using the PCR (polymerase chain reaction) method for Covid-19 — by healthcare facilities), with the purpose of obtaining medical care and medical services within the limits and under the conditions of Option “C”, if the corresponding option is specified in the Policy.

6.2. **An insured event in terms of liability insurance** (hereinafter referred to as “**LB**”) is the filing to the Policyholder/Insured Person of a claim for the compensation of expenses related to the enforcement of a court decision on the forced deportation of the Insured Person from the territory of Ukraine or a decision of the territorial body of the central executive body ensuring the implementation of the state policy in the field of migration or the body of the Security Service of Ukraine on the forced return of the Policyholder/Insured Person to the country of nationality. The Insurer shall be liable for third-party claims filed to the Policyholder/Insured

заявлені Страхувальнику/Застрахованій особі у зв'язку з настанням страхового випадку протягом строку дії Договору.

6.3. Події, передбачені пп.6.1–6.2 цих Умов страхування, визнаються страховими випадками за умови, що вони сталися під час дії та у місці дії Договору, підтверджені документами, виданими компетентними органами. До моменту прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати та оформлення страхового акту події, передбачені пп.6.1–6.2 цих Умов страхування, у рамках Договору, називається «подія, що має ознаки страхового випадку».

7. МІСЦЕ (ТЕРИТОРІЯ) ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

7.1. Договір діє на території України окрім: тимчасово окупованих територій; територій, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження; територій населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення (розмежування) та територій, на яких ведуться бойові дії (перелік таких територій визначається на дату подій, що має ознаки страхового випадку, відповідно до законодавства); територій, на яких на дату настання події, що має ознаки страхового випадку, проводилась антитерористична операція або операція об'єднаних сил; територій проведення оголошеної або не оголошеної війни.

8. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

8.1. Строк дії Договору страхування визначений в Полісі.

9. ПРОГРАМИ ТА ОПЦІЇ СТРАХУВАННЯ.

9.1. Програма «А»

9.1.1. В разі настання під час дії Договору страхового випадку, зазначеного в п. 6.1.1 цих Умов страхування, Страховик оплачує наступні витрати:

Витрати на екстрене лікування - це витрати, що виникли при наданні екстреної медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе:

- **надання екстреної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем** (консультації, лікарські послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, необхідні засоби фіксації) в межах 50% страхової суми;

- **надання екстреної стаціонарної допомоги в медичних закладах** (діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, медикаментозне лікування, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних) - в межах страхової суми;

Person in connection with the occurrence of an insured event during the term of the Agreement.

6.3. The events specified in clauses 6.1–6.2 of these Insurance Terms and Conditions, are recognised as insured events, provided that they occur during the term and at the place of validity of the Agreement and are confirmed by documents issued by competent authorities. Until the Insurer decides to pay an insurance benefit and draw up a claim report, the events specified in clauses 6.1–6.2 of these Insurance Terms and Conditions are called “events with the signs of an insured event” within the framework of the Agreement.

7. TERRITORY OF THE INSURANCE AGREEMENT.

7.1. The Agreement shall be valid in the territory of Ukraine, except for: temporarily occupied territories; territories in which state authorities temporarily do not exercise their powers in full or in part; territories of settlements located on the line of contact (demarcation) and territories where hostilities are taking place (the list of such territories shall be determined on the date of events with the signs of an insured event in accordance with the legislation); territories where an anti-terrorist operation or an operation of joint forces was conducted on the date of occurrence of an event with the signs of an insured event; territory of a declared or undeclared war.

8. TERM OF THE INSURANCE AGREEMENT.

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

9. INSURANCE PROGRAMS AND OPTIONS.

9.1. Program “A”

9.1.1. In case of occurrence of an insured event specified in clause 6.1.1 of these Insurance Terms and Conditions during the term of the Agreement, the Insurer shall pay for the following expenses:

Emergency treatment expenses are the expenses incurred during the provision of the emergency medical care to the Insured Person, which include:

- **emergency outpatient care in the healthcare facility or by the certified doctor** (consultations, doctor's services, diagnostic tests, medicines, bandages, necessary bracing means) within 50% of the insured amount;

- **emergency inpatient care in healthcare facilities** (diagnostic and treatment procedures, surgical interventions, drug treatment, use of any medical equipment necessary for treatment, consulting services, cost of staying in wards, including resuscitation) — within the insured amount;

- **організація та оплата вартості екстреної медичної допомоги,** що надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги в межах страхової суми;
- **надання невідкладної стоматологічної допомоги** (надалі НСД) в межах 500 грн, якщо інше не зазначено в графі «Особливі умови» Поліса;
- **надання екстреної амбулаторної та стаціонарної допомоги в результаті військових дій** для цивільних осіб в межах 10% від страхової суми.

Витрати на транспортування Застрахованої особи в процесі надання екстреної допомоги:

- до найближчого медичного закладу чи лікаря;
- до спеціалізованого медичного закладу;

9.1.2. Програма страхування “А” забезпечує надання тільки екстреної медичної допомоги і не містить ризик репатріації тіла.

9.1.3. Медична допомога проводиться в державних, відомчих та приватних медичних закладах. Медична допомога в приватних медичних закладах проводиться за направленням та погодженням Страховика.

9.2. ПРОГРАМА “В”

9.2.1. В разі настання під час дії договору страхового випадку зазначеного в п. 6.1.1 цих Умов страхування, Страховик оплачує наступні витрати:

Витрати на екстрене лікування - це витрати, що виникли при наданні екстреної медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе:

- **надання екстреної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем** (консультації, лікарські послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, необхідні засоби фіксації) в межах 50% страхової суми;
- **надання екстреної стаціонарної допомоги в медичних закладах** (діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, медикаментозне лікування, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних) - в межах страхової суми;
- **організація та оплата вартості екстреної медичної допомоги,** що надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги- в межах страхової суми;

- **organisation and payment of the cost of emergency medical care** provided by general and/or specialised emergency medical care teams within the limits of the insured amount;

- **emergency dental care** (hereinafter “EDC”) within the amount of UAH 500, unless otherwise specified in the “Special Conditions” column of the Policy;

- **provision of emergency outpatient and inpatient care as a result of military actions** for civilians within 10% of the insurance amount.

Expenses for the transportation of the Insured Person in the process of providing emergency care:

- to the nearest healthcare facility or doctor;
- to the specialised healthcare facility;

9.1.2. Insurance program “A” provides only emergency medical care and does not include the risk of body repatriation.

9.1.3. Medical care is provided in state, departmental and private healthcare facilities. Medical care in private healthcare facilities is provided upon the referral and approval of the Insurer.

9.2. PROGRAM “B”

9.2.1. In case of occurrence of an insured event specified in clause 6.1.1 of these Insurance Terms and Conditions during the term of the Agreement, the Insurer shall pay for the following expenses:

Emergency treatment expenses are the expenses incurred during the provision of the emergency medical care to the Insured Person, which include:

- **emergency outpatient care in the healthcare facility or by the certified doctor** (consultations, doctor’s services, diagnostic tests, medicines, bandages, necessary bracing means) within 50% of the insured amount;
- **emergency inpatient care in healthcare facilities** (diagnostic and treatment procedures, surgical interventions, drug treatment, use of any medical equipment necessary for treatment, consulting services, cost of staying in wards, including resuscitation) — within the insured amount;
- **organisation and payment of the cost of emergency medical care** provided by general and/or specialised emergency medical care teams within the limits of the insured amount;

- **надання невідкладної стоматологічної допомоги** (надалі НСД) в межах 500,00 (п'ятсот) грн. Якщо Страхувальник сплачує страхові платежі в іноземній валюті (євро), ліміт на надання невідкладної стоматологічної допомоги становить 1000,00 грн або в межах іншого ліміту, який зазначається в графі «Особливі умови» Поліса;

- **надання екстреної амбулаторної та стаціонарної допомоги в результаті військових дій** для цивільних осіб в межах 10% від страхової суми.

Витрати на транспортування Застрахованої особи в процесі надання екстреної допомоги:

- до найближчого медичного закладу чи лікаря;
- до спеціалізованого медичного закладу;
- до конкретного пункту країни постійного місця проживання (за рішенням Страховика щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), якщо транспортування є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку;

Витрати на подорож супроводжуючої особи (до конкретного пункту країни постійного проживання і назад), на утримання і перебування в готелі однієї особи, що супроводжує Застраховану особу, якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного проживання, і це підтверджено медичним висновком - в межах 25% від страхової суми;

У випадку репатріації (транспортування) тіла Застрахованої особи, Страховик оплачує в межах страхової суми, якщо страхова сума встановлена в національній валюті України (гривня), або 10% від страхової суми, якщо страхова сума встановлена в іноземній валюті (євро) наступні витрати:

- розтин тіла, зберігання тіла Застрахованої особи в морзі на період оформлення документів, бальзамування тіла для транспортування на великі відстані, спеціальний контейнер, оформлення необхідної документації, в т.ч. апостилю, санітарної довідки, дозволу приймаючої сторони, митне оформлення, оформлення вантажу на вантажному терміналі – необхідних для внутрішнього та міжнародного перевезення;

- на транспортування тіла Застрахованої особи одним з наступних видів транспортного сполучення: авіаційним, водним, залізничним або автомобільним. При цьому вид транспорту, маршрут репатріації визначає Страховик за погодженням з родичами Застрахованої особи або законними представниками Застрахованої особи.

9.3. ОПЦІЯ “С”

Дана опція може бути додатково включена в Програму страхування «А» або «В» та вважається

- **emergency dental care** (hereinafter “EDC”) within the amount of UAH 500 (five hundred hryvnias). If the Policyholder pays insurance premiums in a foreign currency (EUR), the limit for providing emergency dental care is UAH 1,000.00 or within another limit specified in the “Special Conditions” column of the Policy;

- **provision of emergency outpatient and inpatient care as a result of military actions** for civilians within 10% of the insurance amount

Expenses for the transportation of the Insured Person in the process of providing emergency care:

- to the nearest healthcare facility or doctor;
- to the specialised healthcare facility;
- to a specific point in the country of permanent residence (according to the Insurer’s decision regarding the destination, route, type, class of transport) if transportation is necessary for medical reasons in the presence of a medical report;

Expenses for the travel of an accompanying person (to a specific point in the country of permanent residence and back), for the maintenance and stay in a hotel of one person accompanying the Insured Person, if the Insured Person cannot independently return to the country of permanent residence due to his/her physical condition, and this is confirmed by a medical report — within 25% of the insured amount;

In case of repatriation (transportation) of the Insured Person’s body, the Insurer shall pay the following costs within the limits of the insured amount if the insured amount is set in the national currency of Ukraine (UAH), or 10% of the insured amount if the insured amount is set in a foreign currency (EUR):

- autopsy, storage of the Insured Person’s body in the morgue for the period of paperwork, embalming of the body for long-distance transportation, special container, preparation of the necessary documentation, including apostille, sanitary certificate, permission of the receiving party, customs clearance, cargo clearance at the cargo terminal — necessary for domestic and international transportation;

- for the transportation of the Insured Person’s body by one of the following types of transport: by air, water, rail or road. At the same time, the type of transport and the route of repatriation shall be determined by the Insurer in agreement with the relatives of the Insured Person or legal representatives of the Insured Person.

9.3. OPTION “C”

This option can be additionally included in Insurance Program “A” or “B” and is considered included if “A+C”

включеною, якщо в Полісі в графі «Програма страхування» зазначено «А+С» або «В+С» (в залежності від того до якої програми була додана ця опція), та сплачений додатковий страховий платіж.

9.3.1. В разі сплати страхового платежу в національній валюті України (грн), незалежно від валюти страхової суми:

9.3.1.1. В разі настання під час дії договору страхового випадку зазначеного в п. 6.1.2 цих Умов страхування, Страховик оплачує наступні витрати в межах встановленого ліміту в залежності від страхової суми:

Витрати на екстрене лікування - це витрати, що виникли при наданні екстреної медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе:

- **надання екстреної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем** (діагностичне дослідження на COVID-19, консультації, лікарські послуги, медикаменти) в межах 50% від встановленого ліміту;

- **надання екстреної стаціонарної допомоги в медичних закладах (або в обсерваторії (Обсерватори - це тимчасові заклади охорони здоров'я (спеціалізовані шпитали)) - (діагностичні дослідження на COVID-19, лікувальні процедури, медикаментозне лікування, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних) - в межах встановленого ліміту;**

- **організація та оплата вартості екстреної медичної допомоги, що надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги- в межах встановленого ліміту.**

9.3.1.2. В разі укладання Договору:

9.3.1.2.1. зі страховою сумою за МВ 10 000 грн та більше – покриття за ризиком зазначеним в п. 6.1.2 цих Умов страхування відбувається в межах ліміту 10 000 грн від страхової суми за МВ, якщо інше не зазначено в графі «Особливі умови» в Полісі.

9.3.1.2.2. зі страховою сумою за МВ меншою ніж 10 000 грн - покриття за ризиком зазначеним в п. 6.1.2 цих Умов страхування відбувається в межах страхової суми за МВ, якщо інше не зазначено в графі «Особливі умови» в Полісі.

9.3.1.2.3. або в межах іншого ліміту, який зазначається в графі «Особливі умови» в Полісі за опцією «С».

9.3.1.3. **Медична допомога проводиться в державних, відомчих та приватних медичних закладах. Медична допомога в приватних медичних закладах**

or “B+C” is indicated in the “Insurance Program” column in the Policy (depending on the program such option was included into) and an additional insurance premium has been paid.

9.3.1. In case of payment of the insurance premium in the national currency of Ukraine (UAH), regardless of the currency of the insured amount:

9.3.1.1. In case of occurrence of an insured event specified in clause 6.1.2 of these Insurance Terms and Conditions during the term of the Agreement, the Insurer shall pay for the following expenses within the set limit, depending on the insured amount:

Emergency treatment expenses are the expenses incurred during the provision of the emergency medical care to the Insured Person, which include:

- **emergency outpatient care in the healthcare facility or by the certified doctor** (diagnostic test for COVID-19, consultations, doctor's services, medicines) within 50% of the set limit;

- **emergency inpatient care in healthcare facilities (or in an observatory (Observatories are temporary healthcare facilities (specialised hospitals))** (diagnostic tests for COVID-19, treatment procedures, drug treatment, use of any medical equipment necessary for treatment, consulting services, cost of staying in wards, including resuscitation) — within the set limit;

- **organisation and payment of the cost of emergency medical care** provided by general and/or specialised emergency medical care teams within the set limit.

9.3.1.2. In case of conclusion of the Agreement:

9.3.1.2.1. with the insured amount for ME of UAH 10,000 or more — coverage under the risk specified in clause 6.1.2 of these Insurance Terms and Conditions shall be made within the limit of UAH 10,000 from the insured amount for ME, unless otherwise specified in the “Special Conditions” column of the Policy;

9.3.1.2.2. with the insured amount for ME of less than UAH 10,000 — coverage under the risk specified in clause 6.1.2 of these Insurance Terms and Conditions shall be made within the insured amount for ME, unless otherwise specified in the “Special Conditions” column of the Policy;

9.3.1.2.3. or within another limit to be specified in the “Special Conditions” column of the Policy under Option “C”.

9.3.1.3. **Medical care is provided in state, departmental and private healthcare facilities. Medical care in private healthcare facilities is**

проводиться за направленням та погодженням Страховика.

9.3.2. В разі сплати страхового платежу в іноземній валюті (євро, долари США), незалежно від валюти страхової суми:

9.3.2.1. В разі настання під час дії договору страхового випадку зазначеного в п. 6.1.2 цих Умов страхування, Страховик оплачує наступні витрати в межах ліміту 30 000 грн в межах страхової суми по МВ або в межах іншого ліміту, який зазначається в графі «Особливі умови» в Полісі за опцією «С»:

Витрати на екстрене лікування - це витрати, що виникли при наданні екстреної медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе:

- надання екстреної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (діагностичне дослідження на COVID-19, консультації, лікарські послуги, медикаменти) в межах 50% встановленого ліміту.*;

- надання екстреної стаціонарної допомоги в медичних закладах (або в обсерваторії (Обсерватори - це тимчасові заклади охорони здоров'я (спеціалізовані шпитали)) - (діагностичні дослідження на COVID-19, лікувальні процедури, медикаментозне лікування, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних) - в межах встановленого ліміту.*;

- організація та оплата вартості екстреної медичної допомоги, що надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги- в межах встановленого ліміту.*.

* Медична допомога надається в державних, відомчих та приватних медичних закладах. Медична допомога в приватних медичних закладах надається за направленням та погодженням Страховика. При цьому всі витрати за всіма видами допомоги разом не можуть перебільшувати суму встановленого за опцією ліміта в п. 9.3.1.2., п. 9.3.2.1 цих Умов страхування.

10. ПОРЯДОК ВСТУПУ В ДІЮ ДОГОВОРУ.

10.1. Договір діє в межах оплачених у повному обсязі періодів страхування, визначених в п.8. Поліса.

10.1.1. Договір починає свою дію з моменту сплати на поточний рахунок Страховика страхової премії у повному розмірі, з урахуванням дати/часу, зазначеного в графі «Період дії Договору» в Полісі, та закінчує свою дію о 23:59:59 за київським часом дати, указаної в Полісі як дата закінчення періоду дії Договору.

provided upon the referral and approval of the Insurer.

9.3.2. In case of payment of the insurance premium in a foreign currency (EUR, USD), regardless of the currency of the insured amount:

9.3.2.1. In case of occurrence of an insured event specified in clause 6.1.2 of these Insurance Terms and Conditions, the Insurer shall pay for the following expenses within the limit of UAH 30,000 within the insured amount for ME, or within another limit to be specified in the “Special Conditions” column of the Policy under Option “C”:

Emergency treatment expenses are the expenses incurred during the provision of the emergency medical care to the Insured Person, which include:

- emergency outpatient care in the healthcare facility or by the certified doctor (diagnostic test for COVID-19, consultations, doctor's services, medicines) within 50% of the set limit*;

- emergency inpatient care in healthcare facilities (or in an observatory (Observatories are temporary healthcare facilities (specialised hospitals)) (diagnostic tests for COVID-19, treatment procedures, drug treatment, use of any medical equipment necessary for treatment, consulting services, cost of staying in wards, including resuscitation) — within the set limit*;

- organisation and payment of the cost of emergency medical care provided by general and/or specialised emergency medical care teams within the set limit.*.

* Medical care is provided in state, departmental and private healthcare facilities. Medical care in private healthcare facilities is provided upon the referral and approval of the Insurer. At the same time, all expenses for all types of care together cannot exceed the amount of the limit established for the option in clauses 9.3.1.2 and 9.3.2.1 of these Insurance Terms and Conditions.

10. ENTRY INTO FORCE OF THE AGREEMENT.

10.1. The Agreement shall be valid within the limits of the fully paid insurance periods specified in clause 8 of the Policy.

10.1.1. The Agreement shall enter into force from the moment of payment in full to the Insurer's current account considering the date/time specified in the “Term of the Agreement” column in the Policy and expire at 23:59:59 Kyiv time on the date specified in the Policy as the Agreement expiration date.

10.1.2. Відповідальність Страховика в частині програми страхування медичних витрат «Амбулаторно-поліклінічна допомога» та «Лікування в умовах стаціонару» починається через 7 (сім) календарних днів з моменту оплати страхового платежу у повному розмірі, за виключенням випадків, коли в графі «Сплатити до» в Полісі зазначена дата, яка пізніше початку дії Договору. В таких випадках датою від якої йде відлік 7 (сім) днів вважається дата початку дії Договору.

10.2. Якщо Страхувальник не сплатив або сплатив не в повному розмірі страхову премію у строки, визначені Договором, Договір вважається таким, що не набрав чинності.

10.3. У випадку, коли з дати, встановленої в п.8.1.3. Поліса, як гранична дата строку сплати страхового платежу за відповідний період страхування, пройшло 30 (тридцять) календарних днів, а за цей період часу Страхувальник не сплатив страховий платіж на поточний рахунок Страховика, то такий Договір не може бути поновлений. При цьому Договір припиняє дію з наступного дня після закінчення відповідного періоду страхування, за який отримано оплату, без попереднього повідомлення про це Страхувальника.

10.4. Продовження строку дії цього Договору не передбачається.

10.5. Відомості для сплати страхового платежу за Договором.

10.5.1. Міжнародний номер банківського рахунку (IBAN) Страховика для сплати страхової (-их) премії (-ій) та код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ) визначено у розділі **Помилка! Джерело посилання не знайдено.** Поліса.

10.5.2. Страховий платіж вважається сплаченим з дня надходження безготівкових коштів на номер банківського рахунку Страховика.

10.5.3. Під час сплати страхового платежу в призначенні платежу визначається наступне: «Страховий платіж за Договором № (вказується номер Договору) від (вказується дата Договору)».

10.6. Порядок повідомлення Страхувальника про зміну банківського рахунку Страховика (у випадку, якщо Договором передбачено сплату страхового платежу частинами): Страховик повідомляє про зміну банківських реквізитів шляхом направлення відповідного повідомлення на електронну адресу Страхувальника, яка визначена у розділі 2 Поліса, а також шляхом розміщення відповідної інформації на веб-сайті Страховика за посиланням www.kniazha.ua. За даним посиланням Страхувальник може самостійно в будь-який момент ознайомитись з актуальною інформацією.

10.1.2. The Insurer's liability in terms of the medical expenses insurance program "Outpatient polyclinic care" and "Hospital treatment" shall begin seven (7) calendar days upon payment of the insurance premium in full, except when the "Payable before" column of the Policy specifies a date later than the effective date of the Agreement. In such cases, the date from which seven (7) days are counted shall be the effective date of the Agreement.

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

10.3. In case thirty (30) calendar days pass from the date established in clause 8.1.3 of the Policy as the deadline for payment of the insurance premium for the relevant insurance period, and the Policyholder does not pay the insurance premium to the Insurer's current account during such period, such Agreement cannot be renewed. At the same time, the Agreement shall cease to be effective from the day following the end of the relevant insurance period, for which payment has been received, without prior notice to the Policyholder.

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

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

10.5.1. The Insurer's international bank account number (IBAN) for payment of the insurance premium(s) and code from the Unified State Register of Enterprises and Organisations of Ukraine (EDRPOU) are given in section **Помилка! Джерело посилання не знайдено.** of the Policy.

10.5.2. The insurance premium shall be deemed paid from the date of receipt of non-cash funds to the Insurer's bank account number.

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

10.6. The procedure for notifying the Policyholder about a change of the Insurer's bank account (if the Agreement provides for payment of the insurance premium in instalments): The Insurer shall notify about a change in banking details by a corresponding notice to the Policyholder's e-mail address specified in section 2 of the Policy, and by posting the relevant information on the Insurer's website at www.kniazha.ua. Using this link, the Policyholder can independently familiarise him/herself with the relevant information at any time.

11. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

11.1. Страховик не сплачує за медичну допомогу та/або лікування:

11.1.1. всіма видами нетрадиційних методів лікування;

11.1.2. захворювань та нещасних випадків, які виникли в результаті військових дій (окрім умов страхового покриття, визначеного п.9.1 та 9.2. Умов), активної участі в заворушеннях, страйках, мітингах тощо, якщо це не пов'язано з виконанням службових обов'язків;

11.1.3. захворювань та нещасних випадків, котрі виникли внаслідок активної участі в спортивних чи інших змаганнях або підготовки до них, а також при заняттях альпінізмом, спелеологією, підводним плаванням, повітроплаванням, гірськими лижами, тощо та іншими видами занять, що пов'язані з підвищеним ризиком для здоров'я та життя, якщо інше не зазначено в Полісі або за це не сплачено додатковий платіж;

11.1.4. захворювання, що стало наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, пов'язаного із хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища;

11.1.5. ендогенних психічних захворювань, алкоголізму і наркоманії, а також лікування захворювань, травм та отруєнь, що настали внаслідок вживання наркотиків, алкоголю та психотропних речовин;

11.1.6. будь-якого захворювання або його наслідків, що було діагностовано у Застрахованій особи до моменту укладення Договору, та які потребують постійного планового лікування;

11.1.7. захворювань органів репродуктивної сфери (порушень менструального циклу, безпліддя, імпотенції, штучне запліднення, проведення абортів без медичних показань, мастопатії, генікомастії, мастодинія, кісти та полікістозу яєчників, клімактеричного синдрому);

11.1.8. захворювань, з моменту встановлення діагнозу окрім витрат на уточнюючу діагностику (для визначення стадії та методів лікування):

11.1.8.1. хронічних захворювань, що потребують замісної гормональної терапії (за винятком невідкладних станів);

11.1.8.2. цукрового діабету (за винятком невідкладних станів);

11.1.8.3. новоутворень будь-якої локалізації, злоякісних та доброякісних;

11.1.8.4. вроджених вад розвитку або спадкових захворювань;

11. EXCEPTIONS FROM INSURED EVENTS AND INSURANCE LIMITATIONS.

11.1. The Insurer shall not pay for medical care and/or treatment:

11.1.1. by all types of non-traditional methods of treatment;

11.1.2. diseases and accidents resulting from military actions (except for the insurance coverage conditions specified in clauses 9.1 and 9.2 of the Terms), active participation in riots, strikes, demonstrations, etc., unless related to the performance of official duties;

11.1.3. of diseases and accidents that occurred as a result of active participation in or training for sports or other competitions, as well as during mountaineering, speleology, scuba diving, air sailing, mountain skiing, etc. and other types of activities associated with increased risk for health and life, unless otherwise specified in the Policy or an additional payment has been made for it;

11.1.4. of a disease resulting from a sudden deterioration of the ecological situation associated with chemical and/or bacteriological and/or radiation pollution of the environment;

11.1.5. of endogenous mental diseases, alcoholism and drug addiction, as well as treatment of diseases, injuries and poisonings caused by the use of drugs, alcohol and psychotropic substances;

11.1.6. of any disease or its consequences, which was diagnosed in the Insured Person before the conclusion of the Agreement and which require regular planned treatment;

11.1.7. of diseases of reproductive organs (menstrual cycle disorders, infertility, impotence, artificial insemination, abortion without medical indications, mastopathy, gynecomastia, mastodynia, cysts and polycystic ovaries, climacteric syndrome);

11.1.8. of the following diseases, from the moment of diagnosis, in addition to costs on clarifying diagnostics (to determine the stage and methods of treatment):

11.1.8.1. chronic diseases requiring hormone replacement therapy (except for emergency conditions);

11.1.8.2. diabetes mellitus (except for emergency conditions);

11.1.8.3. neoplasms of any localisation, malignant and benign;

11.1.8.4. congenital malformations or hereditary diseases;

11.1.8.5. променевої хвороби;	11.1.8.5. radiation sickness;
11.1.8.6. хронічних захворювань крові та органів кровотворення;	11.1.8.6. chronic diseases of the blood and hematopoietic organs;
11.1.8.7. саркоїдозу, муковісцидозу, туберкульозу;	11.1.8.7. sarcoidosis, cystic fibrosis, tuberculosis;
11.1.8.8. системних захворювань сполучної тканини;	11.1.8.8. systemic diseases of connective tissue;
11.1.8.9. деструктивних та інших захворювань опорно-рухового апарату, що призводять до стійкого порушення функцій руху;	11.1.8.9. destructive and other diseases of the musculoskeletal system, which lead to a persistent violation of movement functions;
11.1.8.10. набутого імунodefіциту та порушення імунітету;	11.1.8.10. acquired immunodeficiency and impaired immunity;
11.1.8.11. хронічної ниркової та печінкової недостатності;	11.1.8.11. chronic kidney and liver failure;
11.1.8.12. розсіяного склерозу;	11.1.8.12. multiple sclerosis;
11.1.8.13. нервово-м'язових захворювань, спадкових мієлінопатій та демієлінізуючих захворювань, крім випадків, коли мова йде про надання невідкладної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи;	11.1.8.13. neuromuscular diseases, hereditary myelinopathy and demyelinating diseases, except for the cases when it comes to providing emergency medical care to save the life of the Insured Person;
11.1.8.14. TORCH інфекції (токсоплазмоз, цитомегаловірусна інфекція, інфекція вірусом краснухи, герпетична інфекція), інфекція Епштейн-Бар вірусом, h.pylori;	11.1.8.14. TORCH infections (toxoplasmosis, cytomegalovirus infection, rubella virus infection, herpes infection), Epstein-Barr virus infection, h.pylori;
11.1.9. Класичні венеричні захворювання, інфекції, які передаються переважно статевим шляхом: гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, гарднерельоз, генітальний герпес, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреплазмоз, хламідіоз; герпетичної інфекції;	11.1.9. of classic venereal diseases, infections that are transmitted mainly sexually: gonorrhea, syphilis, venereal lymphogranulomatosis, gardnerellosis, genital herpes, mycoplasmosis, papillomavirus infection, trichomoniasis, ureaplasmosis, chlamydia; herpes infection;
11.1.10. особливо небезпечних інфекцій відповідно до Наказу МОЗ України, окрім випадків оплати невідкладної медичної допомоги по захворюванню «Коронавірусна хвороба», якщо це передбачено Програмою страхування;	11.1.10. of especially dangerous infections in accordance with the Order of the Ministry of Health of Ukraine, except for the cases of payment for emergency medical care for the Coronavirus disease, if provided for by the Insurance Program;
11.1.11. хвороб, внаслідок яких оголошена епідемія, пандемія, окрім випадків оплати невідкладної медичної допомоги по захворюванню «Коронавірусна хвороба», якщо це передбачено Програмою страхування;	11.1.11. of diseases, as a result of which an epidemic or pandemic has been declared, except for the cases of payment for emergency medical care for the Coronavirus disease, if provided for by the Insurance Program;
11.1.12. стійких наслідків раніше перенесених травм і захворювань, стійких залишкових змін внаслідок органічних захворювань та травматичних пошкоджень головного і спинного мозку, периферійної нервової системи;	11.1.12. of persistent consequences of previously suffered injuries and diseases, persistent residual changes due to organic diseases and traumatic damage to the brain and spinal cord, peripheral nervous system;
11.1.13. трофічних порушень внаслідок варикозного розширення вен та тромбофлебітів;	11.1.13. of trophic disorders due to varicose veins and thrombophlebitis;
інфекційних захворювань, інкубаційний період яких не закінчився до моменту укладання Договору;	of infectious diseases, the incubation period of which has not ended before the conclusion of the Agreement;
11.1.14. грибкових захворювань шкіри та внутрішніх органів, в тому числі статевих органів, псоріазу, екзему (термін "дерматит" та "екзема"	11.1.14. of fungal diseases of the skin and internal organs, including the genitals, psoriasis, eczema (the terms "dermatitis" and "eczema" are used

використовуються як взаємозамінні синоніми), в т.ч.: атопічного дерматиту, себорейного дерматиту, будь-якого види алопеції, оніходистрофії, гіперкератозу, контагіозного моллюску, вугрової хвороби, вітіліго, паразитарних захворювань (демодекозу, коросту, педикульозу, гельмінтозів);

11.1.15.хронічних захворювань будь-якого типу в фазі ремісії, не стійкої ремісії;

11.1.16.професійних захворювань;

11.1.17.функціональних порушень (в т.ч. синдром подразненого кишечника, дисбактеріоз, дисбіоз, диспанкреатизм, диспепсія, функціональний закреп, дискінезія жовчовивідних шляхів, вазомоторний риніт);

11.1.18. поліноз та інші алергічні захворювання;

11.1.19.косметичні, пластичні, реконструктивні операції та витратні матеріали і одноразовий інструментарій для їх виконання (в т.ч. герніопластика кил, риноластика тощо), операції на серці та судинах, операції по усуненню недоліків зовнішності або інших фізичних вад та дефектів, всі види протезування, корекцію ваги, видалення колоїдних рубців;

11.1.20.послуги по підборі методів контрацепції (у тому числі введення і видалення ВМС);

11.1.21.діагностику та лікування гострих інфекційних гепатитів (за винятком гепатиту А та первинної одноразової якісної діагностики), хронічних гепатитів, цирозів та гепатоз печінки;

11.1.22.застосування профілактичних препаратів (вобензиму, хондро- та гепатопротекторів, імуномодуляторів, біостимуляторів, полівітамінів);

11.1.23.надання акушерсько-гінекологічних послуг, пов'язаних звагітністю та її ускладненнями, а також пологами;

11.1.24.планове оперативне втручання;

11.1.25.біологічно активні добавки, стимулятори загальної дії, ензими загальної дії, про- та еубіотики, пробіотики, бактеріофаги, гомеопатичні, антигомтоксичні препарати, вітаміни, вітамінно-мінеральні комплекси, адаптогени, загальнозміцнюючі засоби, гепатопротектори, препарати які запобігають каменеутворенню, засоби догляду, косметологічні засоби, дезінфікуючі засоби, препарати, які оподатковуються ПДВ, якщо це не передбачено програмою страхування в межах встановлених лімітів, медичні лікувальні та діагностичні прилади, засоби медичного призначення, пристрої, медичне обладнання, та витратні матеріали до них, в тому числі призначені з метою заміни та/або корегування функцій уражених органів (стеніти, набори для емболізації, деартерилізації, штучні зв'язки, комір Шанца, биндаж, еластичні бинти, резорбтивні болти, протези, ортези, фіксатори зубних протезів; фіксатори та обладнання для остеосинтезу не

interchangeably), including atopic dermatitis, seborrheic dermatitis, any type of alopecia, onychodystrophy, hyperkeratosis, molluscum contagiosum, acne, vitiligo, parasitic diseases (demodecosis, scabies, pediculosis, helminthiasis);

11.1.15.of chronic diseases of any type in the phase of remission, not persistent remission;

11.1.16.of occupational diseases;

11.1.17.of functional disorders (including irritable bowel syndrome, dysbacteriosis, dysbiosis, dyspancreatism, dyspepsia, functional constipation, biliary tract dyskinesia, vasomotor rhinitis), hay fever and other allergic diseases;

11.1.18.pollinosis and other allergic diseases;

11.1.19.cosmetic, plastic, reconstructive surgery, consumables and disposable tools for their performance (including keel hernioplasty, rhinoplasty, etc.), surgery on the heart and blood vessels, surgery to eliminate appearance or other physical defects, all types of prosthetics, weight correction, removal of colloid scars;

11.1.20.services for selection of contraceptive methods (including insertion and removal of IUDs);

11.1.21.diagnosis and treatment of acute infectious hepatitis (except for hepatitis A and primary one-time qualitative diagnostics), chronic hepatitis, cirrhosis and hepatosis of the liver;

11.1.22.use of prophylactic drugs (vobenzym, chondro- and hepatoprotectors, immunomodulators, biostimulants, multivitamins);

11.1.23.provision of obstetric and gynecological services related to pregnancy and its complications, as well as childbirth;

11.1.24.planned surgical intervention;

11.1.25.biologically active supplements, stimulants of general action, enzymes of general action, pro- and eubiotics, probiotics, bacteriophages, homeopathic, antihomotoxic drugs, vitamins, vitamin-mineral complexes, adaptogens, tonics, hepatoprotectors, drugs that prevent stone formation, care products, cosmetology products, disinfectants, drugs that are subject to VAT, if this is not provided for by the insurance program within the established limits, medical treatment and diagnostic devices, medical devices and medicinal products, medical equipment and consumables for it, including those intended for the purpose of replacing and/or correcting the functions of affected organs (stents, sets for embolisation, dearterialisation, artificial ligaments, surgical collar, bandages, resorbable bolts, prostheses, orthoses, retainers for dental prostheses; retainers and equipment for osteosynthesis of non-domestic production), staplers, endoscopic racks, devices for suturing the intestine, sets for coronary angiography, loops for polypectomies, etc.), medical instruments

вітчизняного виробництва), скоби для степлера, ендоскопічні стійки, апарати для зшивання кишківника, набори для коронарографії, петлі для поліпектомій та ін.), медичний інструментарій (крім шприців, крапельниць, а також одноразових хірургічних матеріалів, що необхідні для проведення хірургічного втручання); препарати хондропротекторної дії, біфосфонати та інші препарати, що впливають на структуру і мінералізацію кісток, препарати інгібітори фактору некрозу пухлин, моноклональні антитіла, препарати, що знижують рівень ліпідів в крові, кардіопротектори, ноотропи, антитромботичні засоби для систематичного чи профілактичного застосування (клопідогрель («плавікс»), тиклопідин та інші), продукція торгових марок «Bionorica», «DHU», «Heel»;

11.1.26.благодійна допомога;

11.1.27.збитки, які виникли внаслідок звернення Застрахованої особи в приватні медичні заклади без попереднього погодження та направлення Страховика.

11.2. Страховими випадками в частині амбулаторно – поліклінічного лікування не визнаються й не оплачуються Страховиком:

амбулаторне лікування після виписки зі стаціонару; проходження курсу реабілітації після хвороби; амбулаторне лікування у випадку відмови Страхувальника/Застрахованої особи від пропонованого лікування в умовах стаціонару.

11.3. Страховими випадками в частині стаціонарної допомоги не визнаються й не оплачуються Страховиком захворювання, стани здоров'я Застрахованої особи та обставини: які не потребують цілодобового медичного спостереження з боку медперсоналу; які можна лікувати в умовах поліклініки (за станом здоров'я); які потребують проходження курсу реабілітації після хвороби та санаторно-курортне лікування.

11.4. Програма страхування медичних витрат припиняє дію у випадках:

- недотримання або порушення лікувального режиму;
- невиконання призначень лікаря.

11.5. Вартість обстеження, лікування, медичних препаратів і предметів медичного призначення, послуг що не входять у дану програму страхування медичних витрат, а так само суму, що перевищила ліміт відповідальності за Договором, Страхувальник/Застрахована особа оплачує самостійно.

11.6. Не підлягають відшкодуванню:

- 11.7.1. непрямі збитки;
- 11.7.2. моральна шкода;
- 11.7.3. неотримані прибутки;

(except for syringes, droppers, as well as disposable surgical materials necessary for surgical intervention); chondroprotective drugs, bisphosphonates and other drugs affecting the structure and mineralisation of bones, tumour necrosis factor inhibitor drugs, monoclonal antibodies, drugs that lower the level of lipids in the blood, cardioprotectors, nootropics, antithrombotic agents for systematic or prophylactic use (clopidogrel ("plavix"), ticlopidine and others), products of the Bionorica, DHU and Heel trademarks;

11.1.26.charitable aid;

11.1.27.losses that occurred as a result of the Insured Person's application to private healthcare facilities without the prior approval and referral of the Insurer.

11.2. The following shall not be recognised as insured events in terms of outpatient polyclinic treatment and shall not be paid for by the Insurer:

outpatient treatment after discharge from the hospital; undergoing a rehabilitation course after an illness; outpatient treatment in case of refusal of the Policyholder/Insured Person from the proposed treatment in hospital conditions.

11.3. The following diseases, states of health of the Insured Person and circumstances shall not be recognised as insured events in terms of inpatient care and shall not be paid for by the Insurer: which do not require round-the-clock medical supervision by medical personnel; which can be treated in a polyclinic (depending on the state of health); which require a course of rehabilitation after an illness and health resort treatment.

11.4. The medical expenses insurance program shall cease to be valid in the following cases:

- non-compliance or violation of the medical regimen;
- non-performance of doctor's orders.

11.5. The Policyholder/Insured Person shall independently pay the cost of examination, treatment, medical drugs and medical items, services not included in such medical expenses insurance program, as well as the amount exceeding the limit of liability under the Agreement.

11.6. The following are not subject to compensation:

- 11.7.1. indirect losses;
- 11.7.2. moral harm;
- 11.7.3. lost profit;

11.7.4. збитки, які настали з причин, що були відомі Страхувальнику/Застрахованій особі до початку дії Договору;

11.7.5. збитки, нанесені поза межами місця дії Договору

11.7.6. збитки, що стали наслідком протиправних інтересів, змови Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача і третіх осіб.

12. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ.

12.1. Страхувальник зобов'язаний:

12.1.1. Сплачувати страхову премію у порядку та строки, визначені в розділі 8 Поліса.

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

12.1.3. Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені розділом 13 цих Умов страхування, а також виконувати всі вимоги, встановлені в розділі 13 цих Умов страхування.

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

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

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

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

12.1.8. Повідомити Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дати настання суттєвих змін в своїй діяльності /ідентифікаційних даних, а також

11.7.4. losses that occurred for reasons that were known to the Policyholder/Insured Person before the effective date of the Agreement;

11.7.5. losses caused outside the place of validity of the Agreement;

11.7.6. losses resulting from illegal interests, collusion of the Policyholder/Insured Person/Beneficiary and third parties.

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

12.1. The Policyholder shall:

12.1.1. Pay the insurance premium in the manner and within the terms specified in section 8 of the Policy.

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

12.1.3. Notify the Insurer of the occurrence of an event with the signs of an insured event in the manner and within the terms specified in section 13 of these Insurance Terms and Conditions, and comply with all the requirements established in section 13 of these Insurance Terms and Conditions.

12.1.4. Take measures to prevent the occurrence of an insured event and reduce the consequences of an insured event.

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

12.1.6. When concluding the Agreement, inform the Insurer about other valid insurance agreements regarding the object of insurance.

12.1.7. Before and/or when concluding the Agreement, provide the Insurer (insurance intermediary) with identification data for verification in terms of the legislation on the prevention and counteraction of the legalisation (laundering) of proceeds from crime, financing of terrorism, financing of the proliferation of weapons of mass destruction (hereinafter “AML/CFT”).

12.1.8. Notify the Insurer within ten (10) business days from the date of occurrence of significant changes in his/her activity/identification data, as well as in the

в інформації (даних), наданих в анкеті (опитувальнику) Страховику, подавши оновлену анкету (опитувальник) та підтверджуючі документи на виконання вимог законодавства України щодо ПВК/ФТ.

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

12.1.10.Повідомити кожному Застраховану особу за Договором про укладений на її користь Договір страхування.

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

12.1.12.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 і Асистанс (Страховика) про стан свого здоров'я та наявні ризики його погіршення.

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

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

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

12.1.16.Протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання події повідомити Страховика або Асистуючу компанію за будь-яким цілодобовим номером телефону або через програми «Viber» «WhatsApp», «Messenger», по електронній пошті чи за телефоном, що зазначений в розділі 13 цих Умов страхування.

information (data) provided in the questionnaire to the Insurer, by submitting an updated questionnaire and supporting documents to comply with the requirements of the AML/CFT legislation of Ukraine.

12.1.9. Provide information (official documents) necessary for proper verification, data updating, as well as for the Insurer to perform other requirements of the AML/CFT legislation at the Insurer's oral and/or written request.

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

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

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

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

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

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

12.1.16.Within twenty-four (24) hours upon occurrence of the event, inform the Insurer or the Assisting Company by any 24/7 telephone number or via Viber, WhatsApp, Messenger, by e-mail or phone specified in section 13 of these Insurance Terms and Conditions.

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

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

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

12.1.20. Підписанням Договору страхування, 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 страхування.

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

12.2. Страховик зобов'язаний:

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

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

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

12.2.4. Повідомити Страхувальника у письмовій формі про прийняте рішення про відмову у здійсненні страхової виплати з обґрунтуванням підстави відмови у передбачений розділом 17 цих Умов страхування строк.

12.2.5. Не розголошувати відомості про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом. З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття. Страховик, особи, які входять до складу органів управління та контролю

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

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

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

12.1.20. By signing the Insurance Agreement, he/she forwards to the Insurer consent to the Insurer submitting inquiries to healthcare facilities, Law Enforcement Authorities and other competent institutions that can furnish explanations on circumstances of the Insured Event, including information on the Insured Person's state of health and the medical aid granted, as well as consent to the Insurer obtaining diagnoses, case records of the Insured Person and other information constituting confidential patient information, and using such information in accordance with the terms and conditions of this Insurance Agreement.

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

12.2. The Insurer shall:

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

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

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

12.2.4. Notify the Policyholder in writing about the decision to deny the insurance benefit with justification of the reason for denial within the term provided for in section 17 of these Insurance Terms and Conditions.

12.2.5. Not disclose data on the Policyholder and his/her property status, except as otherwise prescribed by the law. Subject to the requirements of the effective legislation, ensure the storage and protection of information constituting the insurance secret in order to prevent its illegal disclosure. The Insurer, persons who are part of the management and supervisory bodies of the Insurer, auditors, responsible actuaries, other

Страховика, аудитори, відповідальні актуарії, інші особи, які є працівниками Страховика, страхові посередники та їх працівники, інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, зобов'язані забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб з метою недопущення її незаконного розкриття. За розголошення таємниці страхування передбачено настання відповідальності згідно з чинним законодавством.

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

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

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

12.3. Страхувальник (застрахована особа) має право:

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

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

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

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

- if it is impossible to identify and/or verify the Policyholder, or establish data allowing to establish the ultimate beneficial owners;
- if the Insurer has doubts about the fact that the Policyholder acts on his/her own behalf;
- establishment of an unacceptably high level of risk for the Policyholder;
- the Policyholder does not provide documents or information necessary for his/her proper verification;
- the Policyholder or his/her representative submits to the Insurer false information or submits information with the aim of misleading the Insurer;
- if it is impossible to identify the person for or on behalf of which the financial transaction is carried out and to establish its ultimate beneficial owner or beneficiary under the financial transaction;
- in other cases stipulated by the legislation of Ukraine.

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

12.3.1. Receive the insurance indemnity and/or insurance benefit in case of self-payment for the Services, subject to prior approval of the Assistance/Insurer, taking into account the terms and conditions of sections 15, 16 and 17 of these Insurance Terms and Conditions.

12.3.2. 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.

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

12.3.4. Дострокове припинення дії Договору відповідно до умов, визначених у розділі 18 цих Умов страхування.

12.3.5. Відмову від укладеного Договору у випадках, передбачених розділом 19 цих Умов страхування.

12.3.6. Сплачувати страхову премію у порядку та строки, визначені в розділі 8 Поліса.

12.4. Страховик має право:

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

12.4.2. Відмовити у страховій виплаті в разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору та повідомити про це рішення Страхувальника в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови в строк, визначений в розділі 17 цих Умов страхування.

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

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

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

12.4.6. Відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати у випадках та на строк, що передбачені п. 14.3. цих Умов страхування.

12.3.2. Be provided with the services under the Insurance Agreement (depending on the chosen Insurance Program) (without approval by the Assisting Company or the Insurer), and pay for them at his/her own expense within EUR 100.

12.3.3. Appeal the Insurer's denial of the insurance benefit in court.

12.3.4. Terminate the Agreement early in accordance with the terms and conditions specified in section 18 of these Insurance Terms and Conditions.

12.3.5. Withdraw from the concluded Agreement in the cases provided for in section 19 of these Insurance Terms and Conditions.

12.3.6. Pay the insurance premium in the manner and within the terms specified in section 8 of the Policy.

12.4. The Insurer shall be entitled to:

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

12.4.2. Deny the insurance benefit in case the Policyholder (Insured Person) fails to perform the terms and conditions of the Agreement and notify the Policyholder of such decision in writing with justification of the reasons for denial within the term specified in section 17 of these Insurance Terms and Conditions.

12.4.3. Independently find out the reasons and circumstances of the occurrence of an event with the signs of an insured event, and make requests for information related to the occurrence of such an event to competent bodies (law enforcement agencies), enterprises, institutions and organisations that have information about the circumstances of the occurrence of the event. At the same time, such actions of the Insurer shall not be considered as recognition of the event as an insured event. For this purpose, the Insurer has the right to appoint independent experts/assessors and to order an expert study (a conclusion of a specialist of an expert organisation, a conclusion of an assessor).

12.4.4. In case of receipt of information about the circumstances that caused an increase in the insurance risk, demand amendments to the terms and conditions of the Agreement or payment of an additional insurance benefit in proportion to the increase in the risk.

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

12.4.6. Postpone the decision on paying the insurance benefit in the cases and for the period stipulated by clause 14.3 of these Insurance Terms and Conditions.

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

12.4.8. Достроково припинити дію Договору страхування.

12.4.9. Страховик має переважне право на вибір лікувального закладу.

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

12.5. Застрахована особа набуває прав та обов'язків Страхувальника за Договором. Невиконання особою, відповідальність якої застрахована, обов'язків, визначених в п. 12.1. цих Умов страхування, окрім обов'язків щодо сплати страхової премії, спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх безпосередньо Страхувальником.

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

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

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

12.9. Сторони звільняються від відповідальності, якщо причиною невиконання або неналежного виконання обов'язків стали обставини непереборної сили (військові дії, окрім наслідків військових дій для цивільних осіб та в межах ліміту передбаченого

12.4.7. Act on behalf of the Policyholder (Insured Person) in judicial authorities or in relations with initiators of claims by his/her order.

12.4.8. Terminate the Insurance Agreement early.

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

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

12.5. The Insured Person shall acquire rights and obligations of the Policyholder under the Agreement. Non-performance by the person, whose liability is insured, of the obligations specified in clause 12.1 of these Insurance Terms and Conditions, except for the obligations to pay the insurance premium, shall cause the same consequences as the non-performance thereof directly by the Policyholder.

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

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

12.8. The Parties have agreed that in case of a legal dispute arising out of the Agreement regarding the denial of the insurance benefit, and/or the recognition of the event as an insured event, and/or regarding the amount of the insurance benefit, and/or the terms of the Insurer's decision regarding the claimed event (in case when the claim was submitted to the court before the Insurer made a decision on the claimed event), no penalties or other sanctions shall be charged for improper performance of obligations provided for by the effective legislation of Ukraine (inflation charges, fines, 3% per annum, etc.) for the period from the date of receipt of the claim by the court until the court decision enters into force.

12.9. The Parties are released from liability if the cause of failure to perform or improper performance of obligations was due to force majeure circumstances (military actions, except for the consequences of military actions for civilians and within the limits provided by the

Договором страхування, масові безладдя, зміни законодавства тощо).

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

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

13.1. При настанні гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або травми, отруєння, наслідків нещасного випадку Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний негайно до звернення в медичний заклад (протягом 24 години з моменту настання події), в будь-який час доби, звернутися за телефоном **0 800 212 303** (цілодобово), вказаним у Договорі страхування. При цьому Страхувальник/Застрахована особа повинен повідомити наступну інформацію:

13.1.1. прізвище, ім'я та по-батькові;

13.1.2. причину звернення;

13.1.3. адресу;

13.1.4. контактні телефони.

13.2. На підставі отриманих даних Страховик прийме наступні рішення щодо звернення Страхувальника/Застрахованої особи:

13.2.1. надасть усну або письмову консультацію щодо подальших дій;

13.2.2. організує виклик бригади невідкладної або швидкої медичної допомоги (при станах, які передбачені в переліку невідкладних станів згідно Наказу № 370 МОЗ України від 01.06.2009 р.);

13.2.3. організує медичну або інший вид допомогу в наступні строки:

13.2.3.1. амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога – не пізніше 24 годин з моменту звернення Страхувальника/Застрахованої особи, за умови можливості надання такої допомоги в такі строки в медичних закладах регіону;

13.2.3.2. організація медикаментозного забезпечення – протягом 3-4 годин з моменту звернення /згідно з графіком роботи аптек або служби доставки.

13.2.3.3. при скаргах на гострий зубний біль, що є гострим захворюванням – надання стоматологічної допомоги повинно бути в межах 24 годин з моменту озвучення скарг за умови можливості надання такої допомоги в такі строки в медичних закладах регіону.

13.2.4. інші види допомоги – протягом 2-х робочих днів.

Insurance Agreement, mass riots, changes in legislation, etc.).

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

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

13.1. In case of an acute illness, exacerbation of a chronic illness or injury, poisoning, consequences of an accident, the Policyholder/Insured Person shall immediately contact a healthcare facility (within 24 hours following the event), at any time of the day, by phone number **0 800 212 303** (24/7) specified in the Insurance Agreement. At the same time, the Policyholder/Insured Person shall state the following information:

13.1.1. full name;

13.1.2. reason of the call;

13.1.3. address;

13.1.4. contact phone numbers.

13.2. Based on the received data, the Insurer shall make the following decisions regarding the Policyholder's/Insured Person's application:

13.2.1. to provide oral or written advice on further actions;

13.2.2. to organise the call of an emergency medical care team (for conditions provided for in the list of emergency conditions in accordance with Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 370 dated 01/06/2009);

13.2.3. to organise medical or other care within the following terms:

13.2.3.1. outpatient polyclinic and inpatient care — within 24 hours following the Policyholder's/Insured Person's application, provided that such care can be provided in healthcare facilities of the region within such terms;

13.2.3.2. organisation of medication supply — within 3–4 hours following the application / according to the work schedule of pharmacies or delivery service;

13.2.3.3. in case of complaints of acute toothache, which is an acute disease — dental care must be provided within 24 hours upon voicing the complaints, provided that such care can be provided in healthcare facilities of the region within such terms;

13.2.4. other types of care — within 2 business days.

13.2.5. строки організації медичної допомоги можуть змінюватись в залежності від графіку роботи Медичних закладів.

13.3. Якщо у Страхувальника/Застрахованої особи з об'єктивних причин не було можливості звернутися до лікаря-координатора диспетчерської служби Страховика і без його відома розпочато надання медичної допомоги, Страхувальник/Застрахована особи (його представник) зобов'язані повідомити про це Страховика протягом 3 (трьох) календарних днів з моменту, коли було розпочато надання медичної допомоги.

13.4. протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту припинення лікування Страхувальник/Застрахована особа особисто (або через представників) повинна надати Страховику документи, визначені у п. 7.

13.5. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або внаслідок травми, отруєння, наслідків нещасного випадку або при настанні Події в частині страхування відповідальності Вигодонабувач зобов'язаний:

13.5.1. протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту смерті надати Страховику Заяву, за формою встановленою Страховиком;

13.5.2. надати Страховику документи, передбачені розділом 14 цих Умов страхування.

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

14.1. Страховик здійснює страхову виплату на підставі наступних документів:

14.1.1. в частині МВ:

14.1.1.1. акта виконаних робіт та рахунку медичного закладу, який надавав Страхувальнику/Застрахованій особі медичну допомогу – якщо виплата здійснюється медичному закладу;

14.1.1.2. документів, що засвідчують факт надання Страхувальнику/Застрахованій особі медичної допомоги (консультативні висновки спеціалістів, виписки із медичних карт амбулаторного (стаціонарного) хворого, епікризи, довідки, листки лікарських призначень, направлення, рецепти тощо) – якщо Страхувальник/Застрахована особа медичну допомогу отримав і оплатив самостійно та/або самостійно придбав лікарські засоби;

14.1.2. в випадку репатріації:

14.1.2.1. свідоцтво про смерть,

14.1.2.2. лікарська довідка про смерть та/або довідка про причини смерті,

13.2.5. The terms of organising medical care may vary depending on the work schedule of the Healthcare Facilities.

13.3. If the Policyholder/Insured Person did not have the opportunity to contact the physician-coordinator of the Insurer's dispatch service for objective reasons and the provision of medical care was started without its knowledge, the Policyholder/Insured Person (his/her representative) shall notify the Insurer thereof within three (3) calendar days following the commencement of medical care.

13.4. The Policyholder/Insured Person shall personally (or through representatives) provide the Insurer with the documents specified in clause 7 within fifteen (15) calendar days following the termination of treatment.

13.5. In case of death of the Insured Person as a result of an acute disease, exacerbation of a chronic disease or an injury, poisoning, consequences of an accident or in case of occurrence of the Event in terms of liability insurance, the Beneficiary shall:

13.5.1. submit to the Insurer an Application in the form established by the Insurer within fifteen (15) calendar days upon death;

13.5.2. submit to the Insurer the documents provided for in section 14 of these Insurance Terms and Conditions.

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

14.1. The Insurer shall pay the insurance benefit on the basis of the following documents:

14.1.1. in terms of ME:

14.1.1.1. a certificate of work performed and a bill of the healthcare facility that provided the Policyholder/Insured Person with medical care — if the payment is made to the healthcare facility;

14.1.1.2. documents confirming the provision of medical care to the Policyholder/Insured Person (consultative opinions of specialists, extracts from outpatient (inpatient) medical records of a patient, epicrisis, certificates, referrals, prescriptions, etc.) — if the Policyholder/Insured Person independently received and paid for medical care and/or purchased medicines;

14.1.2. in case of repatriation:

14.1.2.1. death certificate,

14.1.2.2. medical certificate of death and/or certificate of cause of death,

14.1.2.3.	свідоцтво про право на спадщину,	14.1.2.3.	certificate of inheritance rights,
14.1.2.4.	документи щодо оплати послуг по перевезенню тіла Застрахованої особи,	14.1.2.4.	documents regarding the payment of services for the transportation of the Insured Person's body,
14.1.2.5.	інші необхідні документи за вимогою Страховика.	14.1.2.5.	other necessary documents at the request of the Insurer.
14.1.3.	в частині Відповідальності:	14.1.3.	in terms of Liability:
14.1.3.1.	рішення про примусове повернення Страхувальника/Застрахованої особи (з вказанням підстав прийняття та наслідків невиконання такого рішення) та/або постанови адміністративного суду про примусове видворення Страхувальника/Застрахованої особи за межі України;	14.1.3.1.	decision on the forced return of the Policyholder/Insured Person (with the indication of the grounds and consequences of non-compliance with such a decision) and/or ruling of the administrative court on the forced deportation of the Policyholder/Insured Person outside of Ukraine;
14.1.3.2.	паспортного документу з відміткою про скасування візи;	14.1.3.2.	passport document with a note on visa cancellation;
14.1.3.3.	кошторису витрат, необхідних для виконання рішення про примусове повернення або примусове видворення;	14.1.3.3.	estimate of expenses necessary to implement the decision on forced return or forced deportation;
14.1.3.4.	документів, які підтверджують факт та розмір витрат (у випадках, коли отримувачем страхової виплати є приймаюча сторона).	14.1.3.4.	documents confirming the fact and amount of expenses (in cases where the beneficiary of the insurance benefit is the receiving party).
14.2.	Для отримання страхової виплати особа, яка звернулась за такою виплатою, повинна надати:	14.2.	To receive the insurance benefit, the person applying for such a benefit must provide:
14.2.1.	заяву про здійснення страхової виплати (якщо страхова виплата здійснюється медичному закладу замість заяви про здійснення страхової виплати надається акт виконаних робіт);	14.2.1.	application for the insurance benefit (if the insurance benefit is paid to a healthcare facility, certificate of work completed shall be provided instead);
14.2.2.	Договір (примірник Страхувальника);	14.2.2.	Agreement (the Policyholder's copy);
14.2.3.	документи, що посвідчують особу одержувача страхової виплати, її право на отримання страхової виплати та довідку про присвоєння ідентифікаційного номера (у разі наявності);	14.2.3.	documents certifying the identity of the beneficiary of the insurance benefit, his/her right to receive the insurance benefit and certificate of identification number assignment (if available);
14.2.4.	документи, передбачені п.14.1 <u>цих Умов страхування</u> .	14.2.4.	documents provided for in clause 14.1 <u>of these Insurance Terms and Conditions</u> .
14.3.	Документи, передбачені п.14.1 <u>цих Умов страхування</u> , повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином. Неподання цих документів (або їх подання неналежним чином), протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту подання Страховикові документів, дає Страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати або відстрочити здійснення страхової виплати до отримання належним чином оформлених документів в частині, що не підтверджена цими документами. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє Страхувальника/Застраховану особу (Вигодонабувача) в письмовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту виявлення таких порушень. В разі виникнення сумнівів щодо причин, часу та інших факторів настання Події Страховик	14.3.	The documents provided for in clause 14.1 <u>of these Insurance Terms and Conditions</u> must be authentic, submitted in the number of copies required by the Insurer, duly executed and certified. Non-submission (or improper submission) of such documents within thirty (30) calendar days upon submission of the documents to the Insurer shall entitle the Insurer to deny the insurance benefit or postpone the insurance benefit until receipt of duly executed documents in the part not confirmed by such documents. In case of such inconsistencies and violations, the Insurer shall notify the Policyholder/Insured Person (Beneficiary) in writing within five (5) business days upon the date of detection of such violations. In case of doubts regarding the reasons, time and other factors of the occurrence of the Event, the Insurer has the right to request the provision of other documents not specified in clause 14.1 <u>of these Insurance Terms and Conditions</u> .

має право вимагати надання інших документів, не зазначених у п.14.1 цих Умов страхування.

14.4. Приймаюча сторона протягом 30 (тридцяти) днів з дати здійснення видворення Застрахованої особи зобов'язана надати Страховику документи, які підтверджують факт видворення Застрахованої особи за межі України та оплату витрат, пов'язаних з таким видворенням. У випадку ненадання приймаючою стороною зазначених у цьому пункті документів у визначений строк, Страховик має право на повернення суми здійсненої, на рахунок приймаючої сторони, страхової виплати (або її частини).

15. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

15.1. Розмір страхової виплати визначається:

15.1.1. в частині страхування медичних витрат – в розмірі фактичної вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги;

15.1.2. в частині страхування відповідальності – Страховик оплачує витрати, які входять до кошторису витрат в розмірі вартості:

15.1.2.1. проїзних квитків для Застрахованої особи та, у випадку примусового видворення, для осіб, які його супроводжують;

15.1.2.2. послуг з утримання Застрахованої особи в пунктах тимчасового перебування іноземців та осіб без громадянства, які незаконно перебувають в Україні – у випадку примусового видворення;

15.1.2.3. послуг з ідентифікації особи – у випадку примусового видворення;

15.1.2.4. послуг з оформлення документів та вчинення інших дій, пов'язаних із примусовим видворенням.

15.2. Страховик здійснює страхову виплату в межах встановленої в Договорі страхової суми та лімітів відповідальності, передбачених програмою страхування медичних витрат, зменшених, на суму страхових виплат.

16. УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

16.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі заяви Страхувальника/Застрахованої особи (Вигодонабувача) про здійснення страхової виплати та страхового акта, складеного Страховиком.

16.2. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 20 (двадцять) робочих днів, з моменту надання Страхувальником/Застрахованою особою (Вигодонабувачем) усіх необхідних документів і відомостей про факт та причини настання Події та документів, що підтверджують

14.4. The receiving party shall, within thirty (30) days from the date of deportation of the Insured Person, provide the Insurer with documents confirming the fact of deportation of the Insured Person outside of Ukraine and payment of expenses related to such deportation. In case the receiving party fails to provide the documents specified in this clause within the specified term, the Insurer has the right to the refund of the amount of the insurance benefit (or a part thereof) paid to the account of the receiving party.

15. PROCEDURE FOR CALCULATING INSURANCE BENEFITS.

15.1. The size of the insurance benefit shall be determined by:

15.1.1. in terms of medical expenses insurance — in the amount of the actual cost of medical care provided to the Insured Person;

15.1.2. the Insurer pays the expenses included in the cost estimate in the amount of:

15.1.2.1. travel tickets for the Insured Person and, in case of forced deportation, for persons accompanying him/her;

15.1.2.2. services for the maintenance of the Insured Person in the points of temporary stay of foreigners and stateless persons illegally staying in Ukraine — in case of forced deportation;

15.1.2.3. personal identification services — in case of forced deportation;

15.1.2.4. services for processing documents and performing other actions related to forced deportation.

15.2. The Insurer shall pay the insurance benefit within the limits of the insured amount established in the Agreement and the limits of liability provided for by the medical expenses insurance program, reduced by the amount of insurance premiums.

16. TERMS AND CONDITIONS FOR PAYMENT OF INSURANCE BENEFITS.

16.1. The Insurer shall pay an insurance benefit on the basis of the Policyholder's/Insured Person's (Beneficiary's) application for the insurance benefit and the claim report drawn up by the Insurer.

16.2. The Insurer shall decide whether to pay or deny the insurance benefit within twenty (20) business days after the Policyholder/Insured Person (Beneficiary) provides all the necessary documents and information about the fact and reasons for the occurrence of the Event and documents confirming the Policyholder's/Insured

витрати Страхувальника/Застрахованої особи (Вигодонабувача). Рішення про здійснення страхової виплати оформляється страховим актом.

16.3. Страховик здійснює страхову виплату за умови, що обсяг медичної допомоги:

16.3.1. співвідноситься із вказаним діагнозом;

16.3.2. відповідає стандартам якості медичної допомоги, що діють на території надання такої допомоги;

16.3.3. носить характер необхідної (без надання якої медичний стан Застрахованої особи значно погіршиться) та достатньої для медичного стану, що існував на момент її надання.

16.4. Якщо в Договір були внесені зміни стосовно розмірів страхової суми або лімітів відповідальності Страховик здійснює страхову виплату з урахуванням останньої зміни, у разі, якщо Подія настала після внесення таких змін.

16.5. Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складання страхового акту.

16.6. Страхова виплата здійснюється:

16.6.1. Страхувальнику/Застрахованій особі в частині оплати вартості отриманих нею медичних послуг, у разі самостійної оплати медичних послуг або придбання лікарських засобів, після надання всіх необхідних документів;

16.6.2. Медичному закладу, який надавав Страхувальнику/Застрахованій особі медичну допомогу або Страхувальнику/Застрахованій особі – у разі якщо Страхувальник /Застрахована особа самостійно оплатила надану їй медичну допомогу;

16.6.3. міграційній службі, яка здійснює видворення Страхувальника/застрахованої особи з території України або приймаючій стороні у випадку, якщо приймаюча сторона оплатила міграційній службі витрати по видворенню Страхувальника/Застрахованої особи з території України.

16.6.4. родичам Страхувальника/Застрахованої особи, які самостійно оплатили витрати, пов'язані з похованням або репатріацією тіла Застрахованої особи

16.6.5. третій особі, яка здійснила та оплатила комплекс заходів пов'язаних з похованням тіла Застрахованої особи в Україні або репатріацією тіла Застрахованої особи в країну громадянської належності.

17. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

17.1. Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є:

Person's (Beneficiary's) expenses. Decision to pay the insurance benefit shall be formalised in a claim report.

16.3. The Insurer shall pay the insurance benefit provided that the amount of medical care:

16.3.1. correlates with the indicated diagnosis;

16.3.2. meets the quality standards of medical care in force in the territory of providing such care;

16.3.3. is necessary (without which the Insured Person's medical condition will significantly deteriorate) and sufficient for the medical condition that existed at the time of its provision.

16.4. If the Agreement was amended in terms of the size of the insured amount or limits of liability, the Insurer shall pay the insurance benefit taking into account the latest amendment, if the Event occurred after such amendments were made.

16.5. The Insurer shall pay the insurance benefit within five (5) business days from the claim report execution date.

16.6. Insurance benefit shall be paid:

16.6.1. to the Policyholder/Insured Person in terms of payment of the cost of medical services received by him/her, in case of self-payment for medical services or purchase of medicines, after providing all necessary documents;

16.6.2. to the healthcare facility that provided the Policyholder/Insured Person with medical care or to the Policyholder/Insured Person in case the Policyholder/Insured Person paid for the medical care provided to him/her at his/her own expense;

16.6.3. to the migration service carrying out deportation of the Policyholder/Insured Person from the territory of Ukraine, or to the receiving party in case the receiving party paid the migration service expenses for the deportation of the Policyholder/Insured Person from the territory of Ukraine;

16.6.4. to the relatives of the Policyholder/Insured Person, who independently paid expenses related to the burial or repatriation of the Insured Person's body;

16.6.5. to a third party who carried out and paid for a set of measures related to the burial of the Insured Person's body in Ukraine or the repatriation of the Insured Person's body to the country of nationality.

17. REASONS FOR REFUSAL TO PAY THE INSURANCE BENEFIT.

17.1. Reasons for refusal to pay the insurance benefit shall include:

17.1.1. вчинення Страхувальником/Застрахованою особою навмисних дій, спрямованих на настання Події, крім випадків, пов'язаних з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація таких дій встановлюється згідно з чинним законодавством України;

17.1.2. вчинення Страхувальником/Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

17.1.3. подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання Події;

17.1.4. невиконання чи неналежне виконання Страхувальником/Застрахованою особою обов'язків, покладених на нього умовами Договору;

17.1.5. неповідомлення Страхувальником/Застрахованою особою (Вигодонабувачем) Страховика у строк, передбачений розділом 13 цих Умов страхування, про настання Події без поважних на це причин, невиконання умов розділу 13 цих Умов страхування, або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру заподіяної шкоди;

17.1.6. 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);

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

17.1.8. захворювання Застрахованої особи та/або отримання медичної допомоги поза строком та місцем дії Договору;

17.1.9. самостійна оплата Страхувальником/Застрахованою особою витрат, пов'язаних з примусовим поверненням або примусовим видворенням.

17.1.10. інші випадки, передбачені законом.

17.2. Страховик має право зменшити страхову виплату у разі невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення

17.1.1. the Policyholder/Insured Person committing deliberate actions aimed at the occurrence of the Event, except for the cases related to the performance of their civil or official duties, as a forced defence (without exceeding its limits) or protection of property, life, health, honour, dignity and business reputation. Such actions shall be qualified in accordance with the effective legislation of Ukraine;

17.1.2. the Policyholder/Insured Person committing an intentional crime that has led to the occurrence of the insured event;

17.1.3. submission by the Policyholder/Insured Person of deliberately false data on the subject matter of the Agreement or the fact of the occurrence of the Event;

17.1.4. non-performance or improper performance by the Policyholder/Insured Person of the obligations under the Agreement;

17.1.5. non-notification of the Insurer by the Policyholder/Insured Person (Beneficiary) of the occurrence of the Event without a good reason within the term provided for by section 13 of these Insurance Terms and Conditions, non-performance of section 13 of these Insurance Terms and Conditions, or impeding the Insurer in determination of the circumstances, nature and amount of caused damage;

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

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

17.1.8. illness of the Insured Person and/or receipt of medical care outside the term and place of validity of the Agreement;

17.1.9. independent payment by the Policyholder/Insured Person of expenses related to forced return or forced deportation;

17.1.10. other cases provided for by the legislation.

17.2. The Insurer shall have the right to reduce the insurance benefit in case the Insured Person fails to follow the doctor's recommendations, which has resulted

стану її здоров'я та – як наслідок, збільшення медичних витрат.

17.3. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик впродовж 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє Страхувальнику/Застрахованій особі (Вигодонабувачу) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

17.4. Відмова Страховика у здійсненні страхової виплати може бути оскаржена в судовому порядку.

17.5. Повернення грошових коштів, сплачених Страховиком до прийняття рішення про відмову у виплаті здійснюється Страхувальником/Застрахованою особою Страховику протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту отримання рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати.

18. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ.

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

18.2. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

18.2.1. Закінчення строку дії Договору.

18.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

18.2.3. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків, передбачених нормами Закону України «Про страхування»).

18.2.4. смерті Застрахованої особи;

18.2.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

in deterioration of his/her condition and, as a result, higher medical expenses.

17.3. The Insurer shall notify the Policyholder/Insured Person (Beneficiary) in writing of the decision to deny the insurance benefit within ten (10) business days from the date of such decision with justification of the reason for denial.

17.4. The Insurer's denial of the insurance benefit can be appealed in court.

17.5. The Policyholder/Insured Person shall return the funds paid by the Insurer before the decision to deny payment within ten (10) calendar days upon receipt of the Insurer's decision to deny the insurance benefit.

18. MODIFICATION AND TERMINATION OF THE AGREEMENT.

18.1. All amendments and supplements made to the Agreement after its conclusion shall be accepted by agreement of the Parties through the conclusion of a supplemental agreement to the Agreement forming an integral part thereof. The intention to amend and (or) supplement the Agreement shall be notified to the other Party in writing not later than five (5) business days before the proposed (expected) deadline for making amendments and (or) supplements. The Parties agree that proposals for amendments and supplements to the Agreement may be made by sending a letter from one Party to the Agreement to the other one by e-mail or by postal means to the addresses of the Parties to the Agreement specified in sections 1 and 2 of the Policy. If either Party does not agree to amendments and/or supplements to the Agreement, the issue of its effect on previous conditions or on its termination shall be resolved within five (5) business days upon final consideration of the proposal for amendments and/or supplements to the Agreement.

18.2. The validity of the Agreement shall be terminated with the consent of the Parties, as well as in case of:

18.2.1. Expiration of the Agreement.

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

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

18.2.4. Death of the Insured Person.

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

18.2.6. Якщо протягом дії Договору виявлено, що на Страхувальника накладено санкції Європейського Союзу, Великобританії, США (OFAC), Ради національної безпеки і оборони України (РНБО) - з дати внесення такої особи до списків та/або з дати виявлення відповідної обставини.

18.2.7. Якщо протягом дії Договору виявлено, що Страхувальника внесено до переліку терористів - з дати внесення такої особи до списків та/або з дати виявлення відповідної обставини.

18.2.8. Набрання законної сили рішення суду про визнання Договору недійсним.

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

18.2.10.В інших випадках, передбачених законодавством України.

18.3. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Дія Договору не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору.

18.4. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.

18.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

18.6. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

18.7. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю.

18.8. При достроковому припиненні дії Договору у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань

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

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

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

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

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

18.3. The Agreement can be terminated early upon request of the Policyholder or the Insurer. The Agreement cannot be terminated early by the Insurer, unless the Insured performing all the terms and conditions of the Agreement has consented to this.

18.4. Either Party shall notify the other Party of its intention to terminate the Agreement early not later than thirty (30) calendar days before the Agreement termination date.

18.5. In case of early termination of the Agreement upon request of the Policyholder, the Insurer shall refund it the insurance premium for the period remaining till the expiration of the Agreement, with the deduction of expenses directly related to the conclusion and execution of the Agreement and actual insurance benefits paid under the Agreement. If the Policyholder's claim is due to a breach of the terms and conditions of the Agreement by the Insurer, the latter shall refund the Policyholder the insurance premiums paid in full.

18.6. In case of early termination of the Agreement upon request of the Insurer, the Policyholder shall be refunded the insurance premiums paid in full. If the Insurer's claim is due to the Policyholder's failure to perform the terms and conditions of the Agreement, the Insurer shall refund the Policyholder the insurance premiums for the period remaining till the expiration of the Agreement, with the deduction of expenses directly related to the conclusion and execution of the Agreement and actual insurance benefits paid under the Agreement.

18.7. In case the Insurer ceases its activity and execution of the insurance portfolio, the Insurer shall refund the Policyholder the insurance premiums paid in full.

18.8. In case of early termination of the Agreement due to the Insurer's performance of its obligations to the

перед Страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.

18.9. При припиненні дії Договору відповідно до п. 18.2.6. – п. 18.2.7. цих Умов страхування, порядок повернення страхової премії здійснюється у порядку норм законодавства України в сфері фінансового моніторингу.

18.10. Повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору.

18.11. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

18.12. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

19. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ.

19.1. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня його укладення та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви в письмовій (електронній) формі, окрім випадків, передбачених законодавством, зокрема:

19.1.1. Якщо строк дії Договору становить менше 30 календарних днів.

19.1.2. Якщо за Договором повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку.

19.2. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору, такий Договір вважається не укладеним, а Сторони Договору повинні повернути одна одній все отримане за Договором і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором.

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

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

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

Policyholder in full, the paid insurance premium shall not be refunded.

18.9. When the Agreement is terminated in accordance with clauses 18.2.6 - 18.2.7 of these Insurance Terms and Conditions, the insurance premium shall be refunded in accordance with the financial monitoring legislation of Ukraine.

18.10. The Insurer shall refund the paid insurance premium or a part thereof within ten (10) business days from the Agreement early termination date.

18.11. In case of early termination of the Agreement with remaining unsettled insured events, the final settlement between the Policyholder and the Insurer shall be made after the Insurer decides to recognise the event as insured and pay the insurance benefit, or decides not to recognise the event as insured, and/or decides to deny the insurance benefit.

18.12. In case of early termination of the Agreement, cash refunds are not allowed if the insurance premium was paid in cashless form.

19. WITHDRAWAL FROM THE AGREEMENT.

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

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

19.1.2. If the occurrence of an event with the signs of an insured event is notified under the Agreement.

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

19.2.1. The refund of the insurance premium shall be carried out in non-cash form only according to the details specified in the application.

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

19.2.3. The refund of the insurance premium shall be carried out within ten (10) banking days from the date of submission by the Policyholder of an application for withdrawal from the Agreement specifying the details.

20. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

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

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

21. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СТРАХУВАЛЬНИКІВ (СПОЖИВАЧІВ) СТРАХОВИКОМ.

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

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

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

У зверненні має бути зазначено прізвище, ім'я, по батькові, адреса/місце перебування, викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення повинно бути підписано заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні також має бути зазначено електронну поштову адресу, на яку заявнику може бути надіслано відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку з ним. Застосування електронного цифрового підпису для громадян, споживачів страхових послуг, при надсиланні електронного звернення не вимагається. Застосування мов у сфері звернень громадян визначає Закон України "Про забезпечення функціонування української мови як державної". Звернення, оформлене без дотримання зазначених вимог, повертається заявнику. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане автором (авторами), а також те, з якого неможливо встановити авторство, визнається анонімним і розгляду не підлягає. Не розглядаються повторні звернення від одного й того ж споживача з одного й того ж питання, якщо перше вирішено по суті, а також ті скарги, які подано з порушенням термінів,

20. DISPUTE RESOLUTION.

20.1. All disputes regarding non-performance or improper performance of the terms and conditions of the Agreement shall be resolved through negotiations and, if necessary, with the involvement of independent experts. If it is impossible to resolve disputes through negotiations, they shall be resolved in accordance with the procedure established by the effective legislation of Ukraine, including by applying to the court.

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

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

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

- oral — by means of telephone communication at the Insurer's 24/7 hotline number **0 800 501 486**;

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

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

передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

Скарга на дії чи рішення Страховика подається у порядку:

- до Національного банку України (на електронну пошту nbu@bank.gov.ua, використовуючи спеціальну форму <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>; або на адресу вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601, Україна, тел: 0 800 505 240);
- безпосередньо до суду, в т.ч. у разі незгоди Страхувальника (споживача) з прийнятим за скаргою рішенням (звернення до Національного банку України не позбавляє права Страхувальника (споживача) звернутися до суду відповідно до чинного законодавства).

Інші умови порядку вирішення спорів визначені у розділі 22 цих Умов страхування.

22. ІНШІ УМОВИ.

22.1. Цей Договір не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за Договором.

22.2. Фактична частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням цього Договору, становить **70 %** страхового платежу.

22.3. Дані Умови викладено англійською та українською мовами, у разі виникнення конфлікту між англійською версією цих Умов та будь-яким їх перекладом, українська версія матиме перевагу.

22.4. Страховик здійснює ідентифікацію та верифікацію Страхувальника (клієнта) до укладання або під час укладання Договору самостійно та/або із залученням страхового посередника. Ідентифікація та верифікація Страхувальника (клієнта) здійснюється у порядку та на умовах, визначених законодавством.

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

Ukraine “On Appeals of Citizens”, and appeals of persons recognised incapable by the court.

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

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

Other terms and conditions of the dispute resolution procedure are defined in section 22 of these Insurance Terms and Conditions.

22. MISCELLANEOUS.

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

22.2. The actual share of the Insurer's expenses directly related to the conclusion and execution of this Agreement is **70%** of the insurance premium.

22.3. These Terms and Conditions are presented in English and Ukrainian. In case of a conflict between the English version of these Terms and Conditions and any translation thereof, the Ukrainian version shall prevail.

22.4. The Insurer performs the identification and verification of the Policyholder (client) before or during the conclusion of the Agreement independently and/or with the involvement of an insurance intermediary. The identification and verification of the Policyholder (client) are carried out in accordance with the procedures and conditions defined by the legislation.

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

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.

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

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

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

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

22.8. Страховик не вважається зобов'язаним надавати страхове покриття та не зобов'язаний здійснювати страхове відшкодування чи здійснювати інші платежі за цим Договором

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

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

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

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

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

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

22.8. The Insurer shall not be considered obliged to provide insurance coverage and shall not pay the insurance indemnity or make other payments under the Agreement to the extent to which this insurance

страхування 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).

22.9. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує:

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

22.9.2. Що до укладання цього Договору Страхувальник повідомив Страховика про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування, у т.ч. стосовно особи, відповідальність якої застрахована.

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

22.9.4. Надання безвідкличної згоди Страховику на обробку (збір, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання та поширення, розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення його персональних даних з метою здійснення статутної діяльності, в т.ч. для забезпечення реалізації відносин, що виникають з укладеного Договору (враховуючи перестрахування), з метою формування статистичних даних, а також з метою організації поштових розсилок, розсилок SMS, Viber-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника в цілях надання інформації

coverage, insurance indemnity or other payments will result in any sanctions, bans or restrictions for the Insurer in accordance with the resolutions of the United Nations or trade or economic sanctions, laws or rules of the European Union, Ukraine or United States of America (provided that it does not violate any rules or national legislation applicable to the Insurer).

22.9. The Policyholder hereby acknowledges and agrees that:

22.9.1. He/she is properly and fully acquainted with all the terms and conditions of the Agreement set forth in all sections of the Agreement, and agrees with them and undertakes to perform them in full.

22.9.2. Regarding the conclusion of this Agreement, the Policyholder has notified the Insurer of the existence of an insurable interest related to the object of insurance, including in relation to the person whose liability is insured.

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

22.9.4. He/she grants to the Insurer irrevocable consent to the processing (collection, registration, accumulation, storage, adaptation, change, renewal, use and distribution, dissemination, sale, transfer), depersonalisation, destruction of his/her personal data for the purpose of carrying out statutory activities, including to ensure the implementation of relations arising from the concluded Agreement (including reinsurance), for the purpose of generating statistical data, as well as for the purpose of organising postal mailings, SMS mailings, Viber messages and e-mail mailings to the Policyholder's address for the purpose of providing information about the execution of the

про виконання Договору, в маркетингових цілях передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших компаній фінансової групи ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП в Україні.

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

22.9.6. Що Застраховані особи (їх законні представники) ознайомлені з умовами цього Договору, та надали свою згоду на обробку їх персональних даних, відповідно до розділу 22 цих Умов страхування. Страховик здійснює захист переданих йому Страхувальником персональних даних Застрахованих осіб відповідно до вимог чинного законодавства України.

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

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

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

Agreement, for marketing purposes of transmitting informational and advertising messages about the Insurer's services, as well as the services of other companies of VIENNA INSURANCE GROUP in Ukraine.

22.9.5. Has received a notice about the data subject's rights in accordance with the Law of Ukraine "On Protection of Personal Data".

22.9.6. The Insured Persons (their legal representatives) have familiarised themselves with the terms and conditions of this Agreement and given their consent to the processing of their personal data in accordance with section 22 of these Insurance Terms and Conditions. The Insurer shall protect personal data of the Insured Persons provided by the Policyholder in accordance with the requirements of the effective legislation of Ukraine.

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

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

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

інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття. За розголошення таємниці страхування передбачено настання відповідальності згідно з чинним законодавством.

22.12. Цей Договір Сторонами прочитаний, відповідає їх намірам та досягнутим домовленостям, що засвідчується електронними підписами Сторін або їх уповноважених представників, які діють у повній відповідності з наданими їм повноваженнями. Сторони погодили, що Договір може бути також підписаний в порядку, визначеному в Законі України «Про електронну комерцію», «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги» через сервіс електронного документообігу «Вчасно».

prevent its illegal disclosure. The Parties shall be liable for the disclosure of insurance secret in accordance with the effective legislation.

22.12. This Agreement has been read by the Parties, corresponds to their intentions and the agreements reached, as evidenced by the electronic signatures of the Parties or their authorised representatives, who act in full accordance with the powers granted to them. The Parties have agreed that the Agreement can also be signed in the manner specified in the Law of Ukraine “On Electronic Commerce”, “On Electronic Identification and Electronic Trust Services” through the electronic document management service “Vchasno”.

Оферта (пропозиція) укласти договір комплексного медичного страхування та страхування відповідальності іноземних громадян перед третіми особами серія Договору 2101-10Е №138-2025 від 28.07.2025 року.pdf
Номер документу: 138-2025

Тип сертифікату: кваліфікований