

**ІНФОРМАЦІЙНИЙ ДОКУМЕНТ
ПРО СТАНДАРТНИЙ СТРАХОВИЙ ПРОДУКТ
«СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ»**

Цей документ містить загальну інформацію про страховий продукт та не є пропозицією щодо укладення договору страхування. Зазначена інформація потрібна для розуміння сутності, ризиків, потенційних вигод та збитків цього продукту і допомагає порівняти його з іншими продуктами.

№з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення страховиком
1	2	3
1		1. Інформація про страховика
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІЄННА ІНШУРАНС ГРУП», код ЄДРПОУ 24175269
3	Номер і дата витягу з Реєстру	Ліцензія, видана Національним банком України від 23.04.2024 щодо діяльності із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховання) за повним переліком всіх класів (ризиків в межах класів) прямого страхування та вхідного перестраховання та відповідно до Закону України "Про страхування" № 1909-ІХ від 18.11.2021
4	Місцезнаходження страховика	вул. Глибочицька, 44, м. Київ, 04050, Україна
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	http://www.kniazha.ua
6		2. Основні умови страхового продукту
7	Клас страхування та опис страхового продукту	<p>7.1. Клас страхування 1 Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання). Об'єкт страхування - життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.</p> <p>7.2. Продукт забезпечує страховий захист у разі настання нещасного випадку з Застрахованою особою, який може призвести до:</p> <ul style="list-style-type: none"> • смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку; • стійкої втрати працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку (встановлення Застрахованій особі I, II, III групи інвалідності, встановлення категорії «дитина з інвалідністю»); • травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (перелік пошкоджень та розмір страхових виплат зазначений у Додатку №1 до Загальних умов страхового продукту «Страхування від нещасних випадків» «Таблиця розмірів страхових виплат при травматичних ушкодженнях та/або функціональних розладах здоров'я застрахованої особи»;



		<ul style="list-style-type: none"> • тимчасової втрати Застрахованою особою працездатності внаслідок нещасного випадку. <p>7.3. Конкретний перелік страхових випадків визначається Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування та зазначається в Договорі страхування.</p>
8	Страхові ризики та обмеження страхування	<p>Страховим ризиком є нещасний випадок, який відбувся протягом строку дії Договору страхування та на території його дії, а саме: раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи) подія, що фактично відбулась внаслідок дії чинників навколишнього середовища та призвела до порушення анатомічної цілості та/або фізіологічних функцій тканин, органів, систем Застрахованої особи або її смерті, а саме: травма (перелом, вивих, розрив або розтяг сухожилля, опік, обмороження, забій, струс, розрив або поріз органів або м'яких тканин, інші ушкодження), асфіксія, укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи чужорідних тіл, ураження електричним струмом або блискавкою, утоплення, випадкове гостре отруєння хімічними речовинами, ліками, отруйними рослинами, недоброякісними харчовими продуктами, грибами (за винятком харчової токсикоінфекції, дизентерії, сальмонельозу).</p> <p>Договір страхування не може бути укладено відносно:</p> <ul style="list-style-type: none"> • осіб, які на момент укладання Договору страхування перебувають на обліку в онкологічних, наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах та ін.; • осіб, які на момент укладання Договору страхування страждають такими захворюваннями, як пухлина головного мозку, пухлини спинного мозку та хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний; • ВІЛ – інфікованих або хворих на СНІД осіб; • осіб, які мають психічні розлади; • осіб, які хворіють на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію; • осіб, яким встановлено інвалідність I групи або категорію «дитина з інвалідністю» (якщо інше не зазначено в Договорі страхування); • осіб, які визнані недієздатними у встановленому законодавством порядку.
9	Територія та строк дії договору страхування	<p>9.1. Територія дії - весь світ, або Україна. 9.2. Строк дії договору – від 1 дня до 1 року</p>
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	Страхова сума - від 5 000,00 грн до 200 000, 00 грн., якщо інше не передбачено Договором страхування.
11	Франшиза	<p>Застосовується за страховим випадком «Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку» та може бути:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 днів • 5 днів



12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	<p>12.1. Розмір страхової премії: 100,00 – 50 000,00 грн.</p> <p>12.2. Розмір страхового тарифу: 0,14 – 50%</p>
13	Порядок та строки сплати страхової премії	<p>13.1. Якщо Страхувальником виступає фізична особа або фізична особа-підприємець, то, страхова премія сплачується одноразово.</p> <p>13.2. Якщо Страхувальником виступає юридична особа, договір укладається строком на 1 рік та страхова премія за Договором страхування складає 100 000 грн, то, страхова премія може сплачуватися:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Одноразово • Щопівроку • Щоквартально • Щомісячно
14	Обов'язки сторін	<p>14.1. Страхувальник зобов'язаний:</p> <p>14.1.1. Сплачувати страхову премію у порядку та строки, визначені Договором страхування.</p> <p>14.1.2. Перед укладенням Договору страхування надати Страховику інформацію, яка визначена у п. 22.2. Загальних умов страхового продукту, 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. 22.2. Загальних умов страхового продукту) 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.</p> <p>14.1.3. Інформувати Страховика про настання Події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені розділом 15 Загальних умов страхового продукту, а також виконувати всі вимоги, встановлені в розділі 15 Загальних умов страхового продукту.</p> <p>14.1.4. Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку.</p> <p>14.1.5. Перед укладенням Договору страхування повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у т.ч. стосовно застрахованої особи, Вигодонабувача.</p> <p>14.1.6. При укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкта страхування.</p> <p>14.1.7. До укладання та/або при укладанні Договору страхування 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).</p> <p>14.1.8. Повідомити Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дати настання суттєвих змін в своїй діяльності /ідентифікаційних даних, а також в інформації (даних), наданих в анкеті (опитувальнику) Страховику, подавши оновлену анкету</p>



(опитувальник) та підтверджуючі документи на виконання вимог законодавства України щодо ПВК/ФТ.

14.1.9. 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.

14.1.10. Повідомити кожну Застраховану особу за Договором страхування про укладений на її користь Договір страхування.

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

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

14.2. Застрахована особа зобов'язана:

14.2.1. Надати результати відповідних діагностичних обстежень (рентгенографія, КТ, МРТ, УЗД тощо), що підтверджують факт, характер та ступінь ушкодження - у випадках отримання травматичних ушкоджень, які за своїм характером потребують інструментального підтвердження.

14.2.2. Надати результати токсикологічних та/або лабораторних досліджень, що дають можливість встановити факт, причину та характер інтоксикації - у разі випадкового гострого отруєння хімічними речовинами, лікарськими засобами, отруйними рослинами, недоброякісними харчовими продуктами, грибами (за винятком харчової токсикоінфекції, дизентерії, сальмонельозу).

14.2.3. На вимогу Страховика проходити медичні огляди для підтвердження факту настання страхового випадку.

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

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

14.2.6. 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 Загальними умовами страхового продукту.



14.3. Страховик зобов'язаний:

14.3.1. Ознайомити Страхувальника з Умовами страхування до укладання Договору страхування.

14.3.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного страхового відшкодування.

14.3.3. При настанні страхового випадку здійснити страхове відшкодування у строк, передбачений п. 18.9 цих Загальних умов страхового продукту.

14.3.4. Повідомити Страхувальника у письмовій формі про прийняте рішення про відмову у здійсненні страхової виплати з обґрунтуванням підстави відмови у передбачений розділом 13 Загальних умов страхового продукту строк.

14.3.5. 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 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;

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

14.3.7. 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



		<p>якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим;</p> <ul style="list-style-type: none"> • в інших випадках, передбачених законодавством України.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	<p>15.1. Дія Договору припиняється та Договір страхування втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:</p> <p>15.1.1. Закінчення строку дії Договору;</p> <p>15.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;</p> <p>15.1.3. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків, передбачених нормами Закону України «Про страхування»);</p> <p>15.1.4. Смерті Застрахованої особи;</p> <p>15.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;</p> <p>15.1.6. 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;</p> <p>15.1.7. 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;</p> <p>15.1.8. Набрання законної сили рішення суду про визнання Договору недійсним;</p> <p>15.1.9. В інших випадках, передбачених законодавством України.</p> <p>15.2. Дія Договору страхування 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.</p> <p>15.3. 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.</p> <p>15.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.</p> <p>15.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.</p>



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

15.7. При достроковому припиненні дії Договору страхування у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.

15.8. При припиненні дії Договору страхування відповідно до п. 15.1.6. – п. 15.1.7. цього Інформаційного документа, порядок повернення страхової премії здійснюється у порядку норм законодавства України в сфері фінансового моніторингу.

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

15.10. При достроковому припиненні дії Договору страхування, 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.

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

15.12. Порядок відмови від Договору страхування.

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

- Якщо строк дії Договору становить менше 30 календарних днів.
- Якщо за Договором повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку.

15.12.2. 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.

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

15.12.4. Датою припинення Договору (відмови від Договору) є дата отримання Страховиком заяви із зазначенням реквізитів. Строк повернення страхової премії – протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору із зазначенням реквізитів.

16

3. Здійснення страхових виплат

17

Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку

17.1. При настанні Події Страхувальник (Застрахована особа/Вигодонабувач) зобов'язаний:

17.1.1. повідомити Страховика протягом 3 (трьох) календарних днів з моменту настання події, за номером безкоштовної гарячої лінії 0-



800-501-486 та + 38 044 364 20 63 або іншими каналами зв'язку:



чат-боти Viber/Telegram/WhatsApp

e-mail: 103@kniazha.ua

17.1.2. протягом 72 (семидесяти двох) годин з моменту настання події Застрахована особа зобов'язана звернутись за медичною допомогою, використовуючи будь-які доступні способи;

17.1.3. протягом 7 (семи) календарних днів надати Страховику Заяву про настання Події за формою, встановленою Страховиком. Заяву про настання Події може написати представник Застрахованої особи у випадку, якщо за станом здоров'я Застрахована особа не може особисто написати таку Заяву;

17.1.4. протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту настання Події, зазначеної у пп. 6.1.1 – 6.1.3 Загальних умов страхового продукту та протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту закінчення лікування за Подією, визначеній у п. 6.1.4 Загальних умов страхового продукту надати Страховику документи, що визначені в розділі 18 цього Інформаційного Документу.

17.2. Якщо Страхувальник (Застрахована особа/Вигодонабувач) не мав фізичної можливості своєчасно виконати дії, передбачені п. 17.1. цього Інформаційного документу, він повинен підтвердити це відповідними документами.

18 Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат

18.1. Для підтвердження факту настання нещасного випадку та Події Страховику повинні бути надані наступні документи:

18.1.1. акт розслідування (спеціального розслідування) нещасного випадку, гострого професійного захворювання (отруєння), аварії (за наявності), складений у законодавчо встановленому порядку;

18.1.2. документи, видані компетентними органами, що містять відомості щодо дати, часу, обставин, причин настання нещасного випадку. Для випадків, коли період дії страхового захисту встановлений інший, ніж 24 години, в обов'язковому порядку додатково надається документ, який підтверджує факт настання нещасного випадку в період, що передбачений окремим Договором страхування/індивідуальною частиною Договору страхування, якщо він укладається шляхом приєднання;

18.1.3. довідка про дорожньо-транспортну пригоду, що оформлена працівниками відповідних підрозділів Національної поліції України у разі ДТП на території України або офіційні документи, які оформляються поліцією при ДТП з потерпілими за кордоном (Police Report для країн Європейського Союзу, Road Traffic Collision Report для Великої Британії та ін.);

18.1.4. виписка з медичної карти стаціонарного хворого за формою, встановленою МОЗ;

18.1.5. та / або виписка з медичної карти амбулаторного хворого та / або консультативний висновок спеціаліста та / або електронний медичний висновок за формою, встановленою МОЗ;

18.1.6. або медичні документи, видані закладом охорони здоров'я в країні настання події (крім медичних документів, виданих у



Російській Федерації або Республіці Білорусь), засвідчені відповідно до вимог законодавства України переклади на українську мову);

18.1.7. електронний медичний висновок про тимчасову непрацездатність. Категорії осіб, яким згідно чинного законодавства ЕМВ не видається, надають довідку за формою, передбаченою чинним законодавством. Медична довідка, оформлена закладом охорони здоров'я, яка обов'язково повинна містити: дату настання нещасного випадку та дату звернення за медичною допомогою; чітко визначений період лікування (дату початку та дату закінчення лікування); відомості про перебування на лікуванні (амбулаторному або стаціонарному); діагноз, що прямо пов'язаний із наслідками нещасного випадку; відмітку про травматичний характер ушкодження (за наявності); підпис лікаря та реквізити закладу охорони здоров'я. Медичні документи, що містять лише рекомендації щодо режиму (зокрема «постільний режим», «обмеження фізичного навантаження» тощо) без зазначення конкретного періоду лікування із визначеними датами не є належним підтвердженням тимчасової непрацездатності та не приймаються для здійснення страхової виплати;

18.1.8. довідка закладу охорони здоров'я про стан Застрахованої особи щодо наявності або відсутності алкогольного, наркотичного чи іншого токсичного сп'яніння на момент настання події, що має ознаки страхового випадку, видана закладом охорони здоров'я, уповноваженим на проведення відповідних оглядів згідно з вимогами нормативно-правових актів МОЗ України (за наявності);

18.1.9. результати інструментальних та/або лабораторних обстежень, зокрема рентгенографії, комп'ютерної томографії (КТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ, МРТ), ультразвукових досліджень (УЗД) та інших методів діагностики, що підтверджують характер, обсяг та ступінь отриманих ушкоджень. Результати інструментальних обстежень (рентгенографія, КТ, МРТ, УЗД тощо) надаються у вигляді медичного висновку та, за наявності, цифрових носіїв (знімків, записів), що дозволяють ідентифікувати проведені дослідження та його результати. У разі необхідності Страховик має право вимагати надання оригіналів або цифрових копій діагностичних матеріалів для проведення додаткової медичної експертизи. Результати інструментальних досліджень не є самостійною підставою для встановлення діагнозу та розглядаються Страховиком виключно у сукупності з медичним висновком лікаря;

18.1.10. результатами токсикологічних та/або лабораторних досліджень, що дають можливість встановити факт, причину та характер інтоксикації у випадку випадкового гострого отруєння хімічними речовинами, лікарськими засобами, отруйними рослинами, недоброякісними харчовими продуктами, грибами;

18.1.11. витяг з рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування, за формою, визначеною законодавством. Для Застрахованих осіб віком до 18 років надається медичний висновок про дитину з інвалідністю віком до 18 років (у випадку стійкої втрати працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку (встановлення Застрахованій



особі I групи інвалідності/категорії «дитина з інвалідністю»));

18.1.12. рекомендації, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідності (у випадку стійкої втрати працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку (встановлення Застрахованій особі I групи інвалідності/категорії «дитина з інвалідністю»));

18.1.13. свідоцтво про смерть та довідка про причину смерті Застрахованої особи за формою, затвердженою МОЗ - у разі загибелі чи смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

18.1.14. свідоцтво про право на спадщину (у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку);

18.1.15. свідоцтво про народження дитини (у разі, якщо Застрахованою особою є дитина до 18 років).

18.2. Для отримання страхової виплати особа, яка звернулась за такою виплатою, повинна надати:

18.2.1. заяву про настання Події;

18.2.2. документ, що посвідчує особу відповідно до Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус», та витяг з реєстру територіальної громади (за наявності), довідка про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи - для внутрішньо переміщеної особи (за наявності) - одержувача страхової виплати;

18.2.3. документ, що засвідчує реєстрацію особи в Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків, або копія сторінки паспорта громадянина України у формі книжечки з відміткою про наявність права здійснювати будь-які платежі за серією та номером паспорта/копія сторінки паспорта громадянина України у формі картки, до якого внесено запис із словом «відмова» - одержувача страхової виплати;

18.2.4. або паспортний документ іноземця або документ, що посвідчує особу без громадянства, - для іноземців та осіб без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах;

18.2.5. інші документи, на вимогу Страховика. Конкретний перелік документів, на підставі яких здійснюється страхова виплата, визначається Страховиком при з'ясуванні причин та обставин страхового випадку.

18.3. До розгляду можуть бути прийняті копії документів, вказаних в п. 18.1. та 18.2. цього Інформаційного документу в тому числі в електронній копії оригіналу паперового документа (фотокопія). На вимогу Страховика та у визначений ними термін Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач, підтверджують що копії документів (в т.ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документу. У разі, якщо після здійснення страхової виплати Страховиком було виявлено невідповідність копій документу оригіналу, Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач



зобов'язується повернути Страховику виплачену страхову виплату.

18.4. У визначених законом випадках за запитом Страховика особа, яка має право на отримання страхової виплати, зобов'язана протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання запиту Страховика надати документи, передбачені законодавством України у сфері фінансового моніторингу. У випадку ненадання запитуваних документів щодо фінансового моніторингу, строк здійснення страхової виплати подовжується на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

18.5. Документи, передбачені п. 18.1–18.2 цього Інформаційного документу, повинні бути достовірними, повними, поданими в обсязі, визначеному Страховиком, а також належним чином оформленими та засвідченими відповідно до вимог законодавства України. У разі встановлення невідповідності поданих документів зазначеним вимогам, їх недостатності або відсутності, Страховик має право звернутися до Страхувальника / Застрахованої особи / Вигодонабувача із письмовим запитом щодо надання додаткових та/або належним чином оформлених документів. Про виявлені невідповідності або порушення Страховик повідомляє у письмовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати подання заяви. Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач зобов'язаний(а) надати запитувані документи протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати отримання відповідного запиту Страховика. У разі ненадання документів у встановлений строк або подання їх з порушенням вимог цих Умов, Страховик має право: або відмовити у здійсненні страхової виплати у повному обсязі або в частині, що не підтверджена належними документами або відтермінувати прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати до моменту отримання належним чином оформлених документів.

18.6. В разі виникнення сумнівів щодо причин, часу та інших факторів настання Події Страховик має право вимагати надання інших документів, не зазначених у п. 18.1 – п. 18.2. цього Інформаційного документу.

18.7. Розмір страхової виплати визначається:

18.7.1. при травматичних ушкодженнях та/або функціональних розладах здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – у відсотку, визначеному за Таблицею розмірів страхових виплат при травматичних ушкодженнях та/або функціональних розладах здоров'я Застрахованої особи (Додаток 1 до цих Умов), від страхової суми/ліміту відповідальності на одну Застраховану особу;

18.7.2. при тимчасовій втраті працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку – 0,3 % (при амбулаторному лікуванні) або 0,5 % (при стаціонарному лікуванні) від страхової суми/ліміту відповідальності на одну Застраховану особу за кожен день лікування, але не більше 40 % страхової суми/ліміту відповідальності на одну Застраховану особу. Розрахунок страхової виплати здійснюється окремо за кожен період лікування залежно від його виду (стаціонарний або амбулаторний).

- для осіб, яким згідно із законодавством не формується



		<p>електронний медичний висновок про тимчасову непрацездатність (ЕМВ), період амбулаторного лікування не повинен перевищувати орієнтовний строк лікування, який становить 21 (двадцять один) календарний день.</p> <ul style="list-style-type: none"> • для осіб віком до 18 років, на яких відповідно до законодавства не поширюється формування електронного медичного висновку про тимчасову непрацездатність (ЕМВ), зазначене обмеження у 21 (двадцять один) календарний день не застосовується. Страхова виплата здійснюється за фактичну кількість календарних днів лікування, підтверджених медичними документами, що містять чітко визначений період лікування (дату початку та дату закінчення лікування), за умови безперервності такого періоду та його підтвердження послідовними медичними записами, але не більше строків лікування, передбачених стандартами медичної допомоги та/або клінічними протоколами (настановами), затвердженими МОЗ України. У разі надання медичного документа, що підтверджує факт травми, але не містить визначеного періоду лікування, страхова виплата здійснюється за перші 5 (п'ять) календарних днів амбулаторного лікування. Після надання медичного документа із зазначенням періоду лікування здійснюється перерахунок страхової виплати за фактичну кількість днів лікування з урахуванням раніше здійсненої виплати. <p>18.7.3. при стійкій втраті працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку в залежності від встановленої групи для осіб з інвалідністю (категорії «дитина з інвалідністю»):</p> <ul style="list-style-type: none"> • I група – 100 % від страхової суми на одну Застраховану особу; • II група – 80 % від страхової суми на одну Застраховану особу; • III група – 60 % від страхової суми на одну Застраховану особу; • особам віком до 18 років, яким встановлена категорія «дитина з інвалідністю» - 100 % від страхової суми на одну Застраховану особу. <p>18.7.4. у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – 100 % від страхової суми на одну Застраховану особу.</p>
		<p>18.8. Умови здійснення страхової виплати</p> <p>18.8.1. В разі, якщо в Договорі страхування не зазначені конкретні страхові випадки позначкою (галочкою) або були зазначені всі страхові випадки одночасно, та/або не зазначений період дії страхового захисту, та/або не визначене місце дії Договору, та/або не визначена група ризику за професією чи спортом, то розрахунок страхового відшкодування/страхової виплати проводяться на підставі пунктів, які складають найменшу виплату страхового відшкодування за Договором страхування.</p> <p>18.8.2. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі заяви Застрахованої особи (Страхувальника/Вигодонабувача) та страхового акту, складеного Страховиком.</p> <p>18.8.3. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту надання Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) усіх необхідних документів і відомостей про факт та причини настання Події та документів, що</p>



підтверджують ступінь ушкодження здоров'я чи смерть Застрахованої особи. Рішення про здійснення страхової виплати оформляється страховим актом.

18.8.4. Якщо нещасний випадок, який стався із Застрахованою особою, спричинив настання послідовності декількох страхових випадків, то розмір страхової виплати по кожному черговому страховому випадку з цієї послідовності зменшується на суму страхової виплати, раніше здійсненої Страховиком у зв'язку із даним нещасним випадком.

18.8.5. Якщо нещасний випадок відбувся та був заявлений Страховику під час дії Договору страхування, а смерть або стійка втрата працездатності внаслідок цього нещасного випадку настали протягом 1 (одного) року після закінчення строку дії Договору страхування, то страхова виплата здійснюється на загальних підставах.

18.8.6. Якщо в Договорі страхування передбачений період дії страхового захисту «під час занять спортом», або «під час виконання службових обов'язків/під час перебування в навчальному закладі», то страховий захист починається з моменту приходу Застрахованої особи в місце заняття спортом (виконання службових обов'язків, навчання і подібне) та продовжується під час її перебування в цьому місці і припиняється з моменту виходу Застрахованої особи з такого місця. Якщо обрано групу ризику за професією/навчанням та/або спортом з покриттям 24 години на добу, то страховий захист розповсюджується на всі обрані групи ризику протягом 24 годин на добу під час дії Договору страхування.

18.8.7. Якщо Застрахована особа є малолітньою чи неповнолітньою, відповідальність за виконання нею обов'язків та реалізацію прав по Договору страхування здійснюють законні представники цієї особи.

18.8.8. Загальна сума страхових виплат за однією Застрахованою особою не може перевищувати страхову суму, встановлену для такої Застрахованої особи в Додатку 1 до Договору «Список Застрахованих осіб».

18.8.9. Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття рішення:

- Застрахованій особі – у разі встановлення Застрахованій особі тимчасової чи стійкої втрати працездатності та/або у разі отримання травматичних ушкоджень/функціональних розладів здоров'я Застрахованою особою;
- Вигодонабувачу – у разі смерті Застрахованої особи. Якщо Вигодонабувач не зазначений в Договорі страхування, то страхова виплата здійснюється спадкоємцям Застрахованої особи згідно чинного законодавства України.

18.8.10. У разі смерті Застрахованої особи, яка на момент настання страхового випадку не досягла 18-річного віку, отримувачами страхової виплати є її батьки (усиновлювачі). Страхова виплата здійснюється без вимоги надання свідоцтва про право на спадщину. Виплата проводиться у рівних частках кожному з батьків (усиновлювачів), за умови підтвердження їх статусу відповідними документами. У разі відсутності одного з



		<p>батьків (усиновлювачів), або якщо один із них помер, визнаний безвісно відсутнім, недієздатним чи позбавлений батьківських прав, страхова виплата здійснюється іншому з батьків у повному обсязі. У випадку наявності судового спору між батьками (усиновлювачами) щодо права на отримання страхової виплати, Страховик має право призупинити здійснення страхової виплати до моменту набрання законної сили відповідним судовим рішенням.</p>
19	<p>Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті</p>	<p>19.1. Страховик не несе відповідальності, якщо нещасний випадок стався внаслідок:</p> <p>19.1.1. дій Застрахованої особи або отруєння Застрахованої особи в стані алкогольного сп'яніння або вживання його сурогатів, наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та/або прекурсорів, токсичних речовин, а також під впливом лікарських засобів, які вживались не за призначенням лікаря;</p> <p>19.1.2. дій, скоєних в результаті прямого чи опосередкованого впливу психічного захворювання Застрахованої особи;</p> <p>19.1.3. встановлення Застрахованій особі під час дії Договору страхування підвищеної групи інвалідності в порівнянні з тією групою інвалідності, яка була встановлена їй до дати укладення Договору страхування, крім випадку, коли таке підвищення стало наслідком нещасного випадку, що відбувся із Застрахованою особою протягом строку дії Договору страхування;</p> <p>19.1.4. самогубства (замаху на самогубство) Застрахованої особи за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджується компетентними органами;</p> <p>19.1.5. керування Застрахованою особою транспортним засобом без права на керування транспортним засобом або передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка не мала права на керування транспортним засобом;</p> <p>19.1.6. участі Застрахованої особи або впливу на Застраховану особу всякого роду воєнних дій чи воєнних заходів, незалежно від того, оголошено війну чи ні (війна, вторгнення, ворожі акти або воєнні дії, військова агресія, громадянська війна, страйк чи громадське заворушення, заколот, народне повстання, бунт, революція, громадське заворушення в масштабах або з кількістю учасників, що може бути прирівняне до повстання, узурпація влади, введення воєнного стану, облоги, будь-які військові маневри, навчання або інші військові заходи);</p> <p>19.1.7. терористичних актів;</p> <p>19.1.8. прямого чи непрямого впливу атомного вибуху, радіації чи радіоактивного ураження, пов'язаних з будь-яким застосуванням атомної енергії і використанням радіоактивних матеріалів, хімічного забруднення;</p> <p>19.1.9. перебування Застрахованої особи в місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, крім випадків коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними;</p> <p>19.1.10. медичних втручань, за винятком випадків, коли такі втручання були необхідним наслідком нещасного випадку;</p>



19.1.11. польоту Застрахованої особи на літальному апараті, керування останнім, крім випадків польоту як пасажир на літаку цивільної авіації, яким керував професійний пілот, або керування літальним апаратом Застрахованою особою, яка є професійним пілотом;

19.1.12. занять Застрахованою особою екстремальними видами спорту такими як: дельтапланеризм, рафтинг, авіаспорт, спелеологія, дайвінг, кінний спорт, альпінізм, скелелазіння, повітроплавання, парашутний спорт, мотоциклетний спорт, баджиджампінг та інші, що входять до підвищених груп ризику, за виключенням випадків, коли про це додатково зазначено в Договорі страхування та за це взято додатковий платіж;

19.1.13. виконання службових обов'язків, що входять до підвищених груп ризику, за виключенням випадків, коли про це додатково зазначено в Договорі страхування та за це взято додатковий платіж;

19.1.14. занять Застрахованою особою професійним спортом, участі у спортивних змаганнях або тренуваннях, якщо інше не визначено Договором страхування;

19.1.15. епілептичного нападу, а також інших пароксизмальних станів, що супроводжуються раптовою втратою свідомості, судомами або порушенням координації, якщо такі стани стали безпосередньою або супутньою причиною настання нещасного випадку (з урахуванням положень п. 13.3.5).

19.2. Страховик не здійснює страхову виплату у разі:

19.2.1. отримання Застрахованою особою саден, подряпин, поверхневих ран шкіри, що не потребують медичного втручання; забоїв (контузій) м'яких тканин без порушення анатомічної цілісності тканин та без необхідності медичного втручання; локальних припухлостей (набряків) м'яких тканин, що не супроводжуються функціональними порушеннями або необхідністю лікування;

19.2.2. укусів тварин, отруйних змій, комах або інших представників фауни, які спричинили виключно місцеві реакції (почервоніння, свербіж, незначний набряк, біль) без функціональних порушень або без клінічно значущого токсичного впливу, у тому числі випадки, коли єдиним наслідком є проведення профілактичних заходів (антирабічна вакцинація, введення імуноглобуліну або інше профілактичне лікування);

19.2.3. випадкового потрапляння в дихальні шляхи чужорідних тіл, якщо такі події не призвели до об'єктивно підтвердженого порушення функцій дихальної системи або не потребували проведення інвазивних чи спеціалізованих медичних втручань (зокрема бронхоскопії, ларингоскопії, інтубації, хірургічного втручання), та/або не підтверджені медичною документацією як факт аспірації стороннього тіла;

19.2.4. будь-яких захворювань зубів та ротової порожнини (у тому числі карієс, пульпіт, періодонтит, пародонтит, стоматит та інші); руйнування, тріщини, сколи або втрата зубів, що виникли під час прийому їжі або внаслідок жувального навантаження; ушкодження зубів, пов'язані з наявними захворюваннями або їх ускладненнями; зношення, стирання, підвищена крихкість зубів,



у тому числі внаслідок вікових або фізіологічних змін; стоматологічні втручання, протезування, імплантація, ортодонтичне лікування; ускладнення стоматологічного лікування.

19.3. Страховими випадками не визнаються будь-які ушкодження здоров'я, стани або захворювання, що не є наслідком раптового зовнішнього травмуючого впливу, зокрема:

19.3.1. будь-які захворювання, у тому числі гострі, хронічні або професійні;

19.3.2. фізіологічні відхилення, включаючи вроджені аномалії та особливості розвитку органів і систем;

19.3.3. дегенеративні та вікові зміни опорно-рухового апарату (у тому числі остеохондроз, артроз, протрузії, грижі міжхребцевих дисків без травматичного генезу);

19.3.4. функціональні порушення органів і систем, що не пов'язані з травмою;

19.3.5. раптові стани внутрішнього (нетравматичного) походження, тобто стани, що виникли внаслідок внутрішніх фізіологічних або патологічних процесів в організмі Застрахованої особи без впливу зовнішнього травмуючого фактору, включаючи, але не обмежуючись: гострими серцево-судинними станами (інфаркт, аритмії, гіпертонічні кризи тощо); гострими порушеннями мозкового кровообігу (інсульт, транзиторні атаки); епілептичними та іншими судомними станами; синкопальними станами (втрата свідомості); метаболічними порушеннями (зокрема гіпоглікемія); психоемоційними та вегетативними кризами; іншими станами, що виникли без дії зовнішнього травмуючого фактору; у тому числі якщо такі стани призвели до падіння, травмування або інших ушкоджень.

19.3.6. розриви або розтягнення сухожиль, що виникли: внаслідок дегенеративних змін; на фоні хронічних захворювань опорно-рухового апарату; за відсутності встановленого факту травмуючого впливу; під час звичайної фізіологічної активності без надмірного або нетипового навантаження; як наслідок повторних мікротравм або тривалого перевантаження; як ускладнення попередніх травм або захворювань;

19.3.7. захворювання органів зору, у тому числі інфекційні, запальні, алергічні та дегенеративні захворювання (кон'юнктивіт, кератит, блефарит, синдром «сухого ока», порушення зору, глаукома, катаракта тощо), якщо вони не є наслідком раптового зовнішнього травмуючого впливу.

19.4. Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності строком 5 днів або менше не вважається страховим випадком за Договором страхування і страхова виплата у таких випадках не здійснюється, окрім випадків, коли в розділі Франшиза Договору страхування зазначено 0 днів.

19.5. Якщо Страхувальник/Застрахована особа (Вигодонабувач) не надав всіх необхідних документів по заявленій Страховику Події, що визначені в Договорі страхування, протягом 60 (шістдесяти) календарних днів з дня надання Страховику повідомлення про страхову Подію, Страховик приймає рішення про відмову у



здійсненні страхової виплати та закриває розгляд такої страхової справи. За заявою Страхувальника/Застрахованої особи (Вигодонабувача) та за умови надання всіх необхідних документів (за умови, якщо така заява та документи подані у строк, що не перевищує 3 (три) роки з дня настання Події, що може бути визнана страховим випадком) Страховик відновлює розгляд закритої справи по такій Події.

19.6. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє Застрахованій особі (Вигодонабувачу) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови впродовж 3 (трьох) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

19.7. Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є:

19.7.1. 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;

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

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

19.7.4. неповідомлення Страхувальником/Застрахованою особою (Вигодонабувачем) Страховика у строк, передбачений розділом 15 цих Умов, про настання Події без поважних на це причин, невиконання умов розділів 15 – 16 цих Умов або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру заподіяної шкоди;

19.7.5. невиконання чи неналежне виконання 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, що призвело до додаткових витрат; відмова Застрахованої особи від проходження медичного огляду, призначеного за вимогою Страховика, для підтвердження факту настання страхового випадку; тощо);

19.7.6. винятки зі страхових випадків та обмеження страхування, визначені розділом 13 Загальних умов страхового продукту.

19.8. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє Страхувальнику/Застрахованій особі (Вигодонабувачу) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови у строки зазначені в п.18.3. Загальних умов страхування страхового продукту.

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



21	Форма договору страхування	Договори страхування укладаються у формі електронного документу відповідно до законодавства України про електронну комерцію.
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	Страховий продукт реалізується штатними працівниками страховика та страховими посередниками, які уклали зі страховиком договори доручення.
23	Інша інформація про страховий продукт	Інформація про страховий продукт надається Страхувальнику в паперовій або електронній формі, у тому числі засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика, та/або шляхом надання доступу до такої інформації через особистий кабінет клієнта чи програмний застосунок, або в інший спосіб за домовленістю. Заява на страхування в письмовій формі не передбачена.
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Загальні умови страхового продукту «СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ» - Публічна частина Договору розміщена на веб-сайті Страховика за посиланням https://kniazha.ua/downloads/zusp_3_26.pdf

